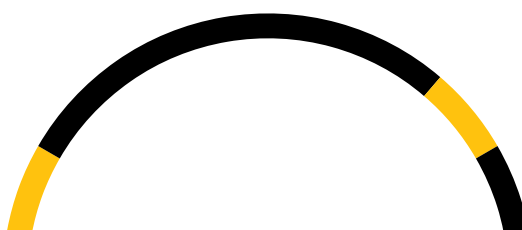
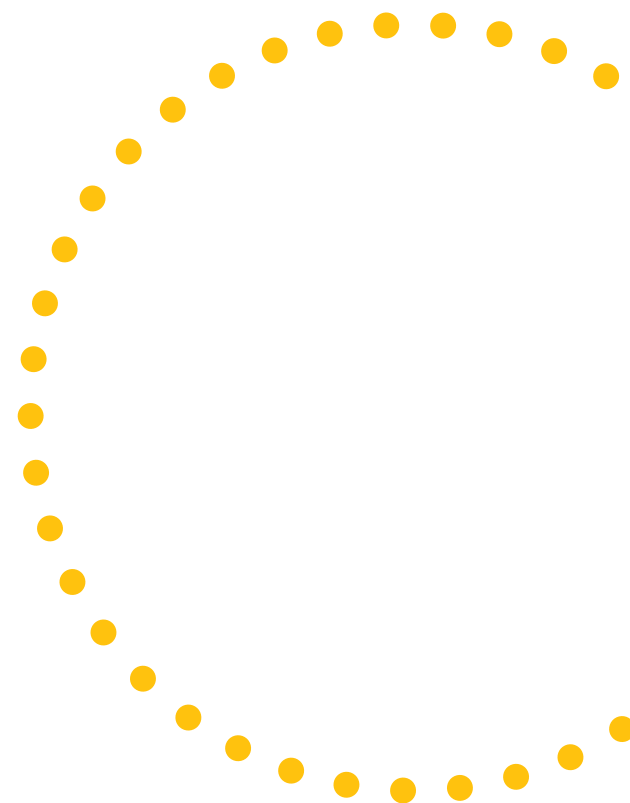




Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil

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

Sumário

	Apresentação	7
<hr/>		
PARTE 1 O SETOR PRIVADO	1 Saúde privada no Brasil: evolução recente, conjuntura atual e tendências à frente	43
	2 Abertura ao capital estrangeiro e dinâmicas recentes no setor privado de saúde no Brasil	115
	3 Subsídios ao setor privado de saúde no Brasil	158
	4 Governança e Regulação no Setor de Saúde	204
<hr/>		
PARTE 2 AS RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS	5 Profissionais de saúde: A prática entre o setor público e privado no Brasil	231
	6 Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas	278
	7 A expansão na demanda e oferta das clínicas populares no Brasil	310
	8 Gestão privada de serviços públicos de saúde: Evidência do modelo de OSS no Brasil	347
	9 Conexões Políticas na Saúde: Um Estudo sobre Doações de Campanha e Encontros com Autoridades Regulatórias na ANS	407

Biografia dos autores

RUDI ROCHA

Professor associado da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP) e diretor de pesquisa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Membro da NIHR Global Health Research Academy, presidente do Conselho Científico do Instituto Escolhas, membro do Comitê Científico do Núcleo Ciência pela Infância (NCPI), bolsista de produtividade do CNPq, e pesquisador associado do ESRC Research Centre on Micro-Social Change (MiSoC/Essex). Vencedor de prêmios nacionais e internacionais, como o Haralambos Simeonidis (Anpec), o Newton Advanced Fellowship (British Academy) e o Grand Challenges Explorations (Bill & Melinda Gates Foundation). Foi professor adjunto do IE-UFRJ e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Econometria. É graduado, mestre e doutor em economia.

HELENA ARRUDA

Pesquisadora do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Economista pela PUC-Rio com domínio adicional em Métodos Matemáticos para Economia e Mestre em Administração Pública e Governo pela EAESP/FGV. Foi consultora de avaliação de impacto na Beneficência Portuguesa e assistente de pesquisa no *Climate Policy Initiative*.

LEONARDO ROSA

Pesquisador do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Doutor em Economia da Educação pela Universidade Stanford, mestre em Economia pela Universidade de São Paulo (USP) e bacharel em Economia pela PUC-SP. Foi pós-doc em Stanford e INSPER, e consultor para organismos multilaterais (BID e Banco Mundial), governos e organizações não governamentais.

MATÍAS MREJEN

Doutor em Economia e Professor Adjunto do Departamento de Economia da Universidade Federal Fluminense. Foi pesquisador de pós-doutorado na Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV) e pesquisador sênior no Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). A sua pesquisa está focada em políticas de saúde, determinantes socioeconômicos da saúde e desigualdades de saúde, com ênfase no Brasil.

GUSTAVO CORDEIRO

Bolsista de doutorado do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Doutorando e mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e bacharel em Engenharia de Materiais, Engenharia Civil e Ciência e Tecnologia. Foi aluno visitante na University of St Andrews e possui interesse em estratégia empresarial, economia da saúde, parcerias público-privadas e análises de impacto.

MARCELLA SEMENTE

Analista de Relações Institucionais do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Doutoranda em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mestra em População, Território e Estatísticas Públicas, especialista em Gestão de Programas e Projetos Sociais, graduanda em Estatística e formada em Comunicação Social e Jornalismo pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Foi assistente de pesquisa no IPEA e analista de dados na Gênero e Número.

VICTOR NOBRE

Assistente de Relações Institucionais do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Mestrando em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas (FGV/EAESP) e bacharel em Economia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Foi bolsista PIBIC-UFRJ na área de Mercado de Trabalho e pesquisador voluntário no Manchetômetro-IESP-UERJ. Áreas de interesse incluem economia da saúde, análise de dados, políticas públicas e economia do crime.

ANA MARIA MALIK

Professora titular da FGV-EAESP. Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com doutorado em Medicina pela FMUSP e mestrado em Administração pela FGV-EAESP. Acadêmica eleita da Academia Brasileira de Qualidade e da Academy of Quality and Safety in Healthcare. Integra a Comissão de Saúde do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) e é coordenadora da Linha de Saúde do Mestrado Profissional em Gestão para Competitividade da FGV-EAESP.

CINTHIA COSTA

Profissional com 20 anos de experiência no mercado da saúde, exercendo atividades de gestão, consultoria e acadêmica. Mestre em Gestão da Saúde pela FGV-EAESP, Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde pela FGV-EAESP e MBA em Gestão de Projetos pela FIA. Atualmente é coordenadora de projetos de filantropia na BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo e pesquisadora associada do FGV Saúde.

KAREN CODAZZI

Bolsista de doutorado do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Economista e mestra pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutoranda em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas (FGV/EAESP). Foi pesquisadora do International Policy Centre for Inclusive Growth, na área de avaliação de políticas de proteção social entre 2021 e 2022. Atuou na área de Economia do Direito na LCA Consultores entre 2017 e 2020.

MAIRA COUBE

Doutora em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), com período sanduíche na Universidade Nova de Lisboa. Sua pesquisa foca em como modelos organizacionais e práticas gerenciais impactam o desempenho no setor de saúde e as desigualdades no acesso a serviços. Foi bolsista no Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) entre 2019 e 2022.

LUIZ FELIPE FONTES

Doutor em Economia pela Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EESP). Atualmente é professor de Economia do Insper e pesquisador convidado do Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL). Sua pesquisa foca em tópicos de economia da saúde, economia do trabalho, e microeconomia aplicada. Em 2023, recebeu o Prêmio CAPES de Tese pela melhor tese de doutorado em Economia no Brasil. Além disso, já teve seu trabalho publicado em importantes periódicos da área como The Economic Journal, American Economic Journal: Economic Policy e Journal of Public Economics.

ALEXANDRE RABELO

Bolsista de doutorado do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Doutor em economia pela Fundação Getúlio Vargas (FGV/EESP), mestre em economia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e bacharel em economia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Possui experiência como professor na FGV/EESP e na Escola de Relações Internacionais da FGV -SP. Realiza pesquisas em economia política e em economia do desenvolvimento.

Apresentação

AUTOR

	Victor Nobre
Rudi Rocha	Karen Codazzi
Helena Arruda	Maíra Coube
Leonardo Rosa	Luiz Felipe Fontes
Matías Mrejen	Alexandre Rabelo
Gustavo Cordeiro	Cinthia Costa
Marcella Semente	Ana Maria Malik

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 todo².

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 Umame, 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 in-

capacidade 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

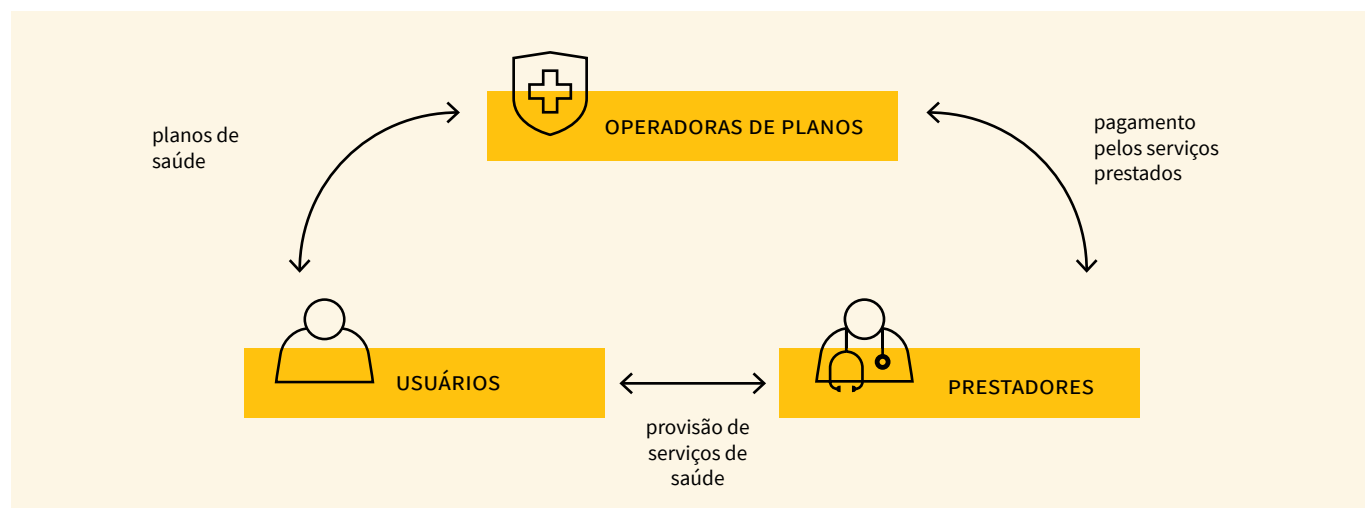
2

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.

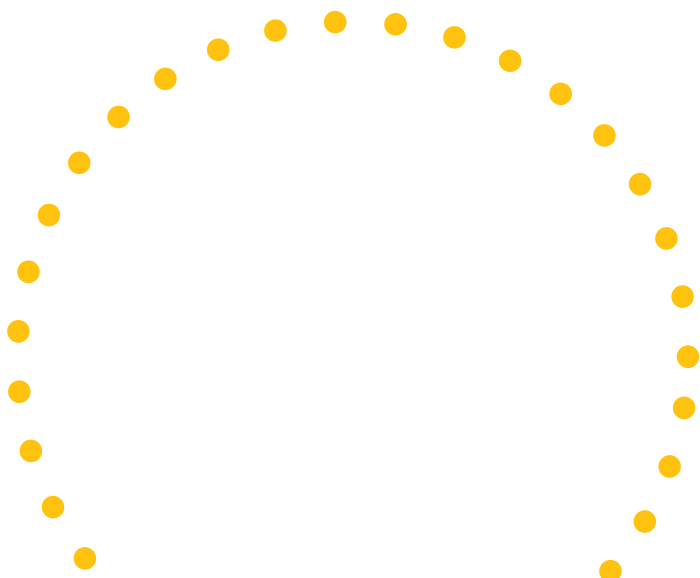
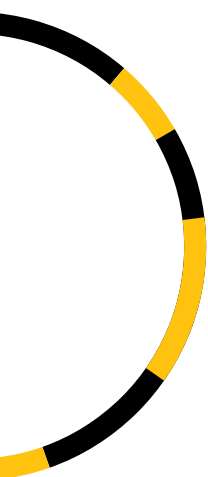
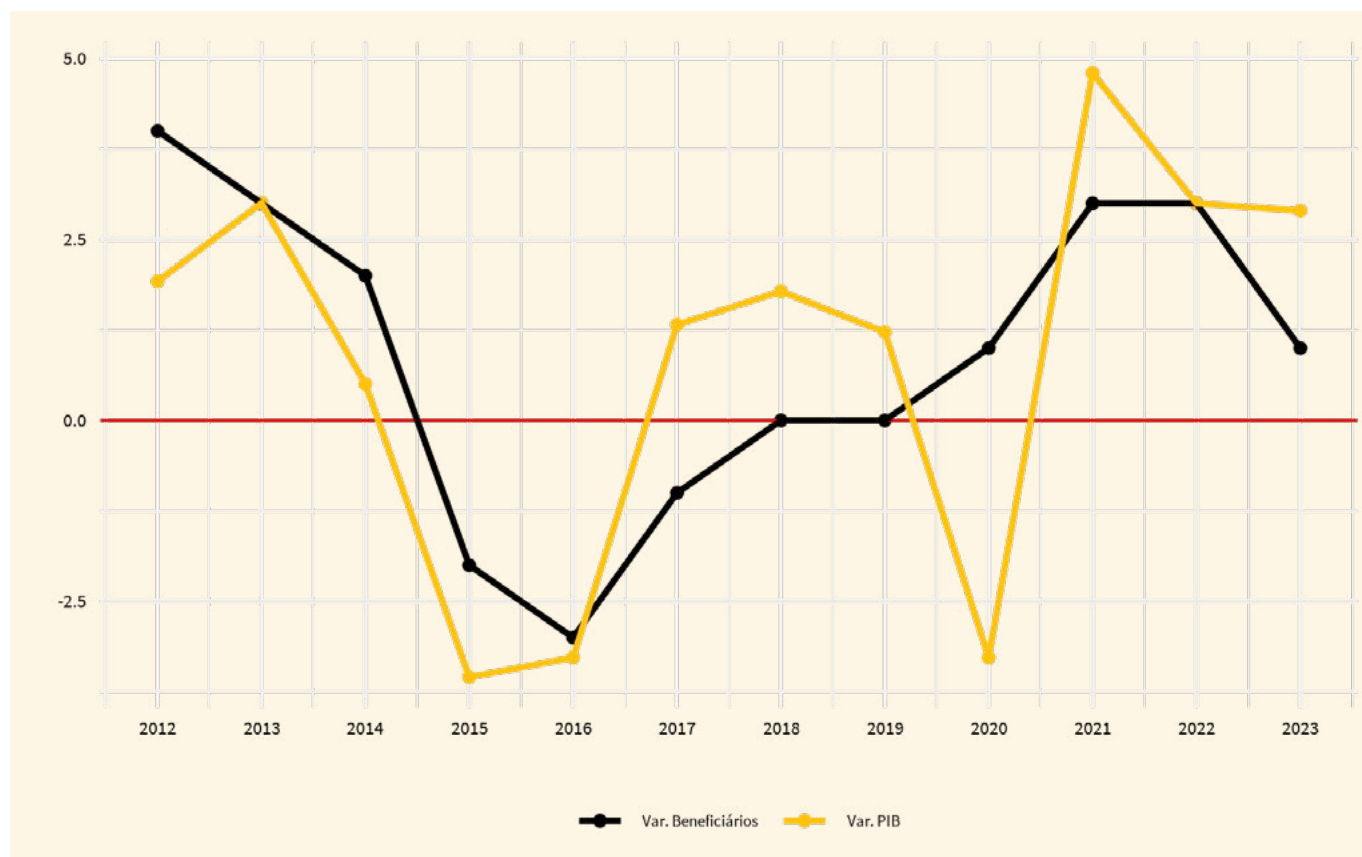


FIGURA 2 – EXPANSÃO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS PER CAPITA (PRIMEIRO E SEGUNDO GRÁFICO, COM PONTO INICIAL EM 2016 E VARIAÇÃO DE CRESCIMENTO ENTRE 2016-2021) E VARIAÇÃO ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE VS VARIAÇÃO DO PIB (TERCEIRO GRÁFICO)





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

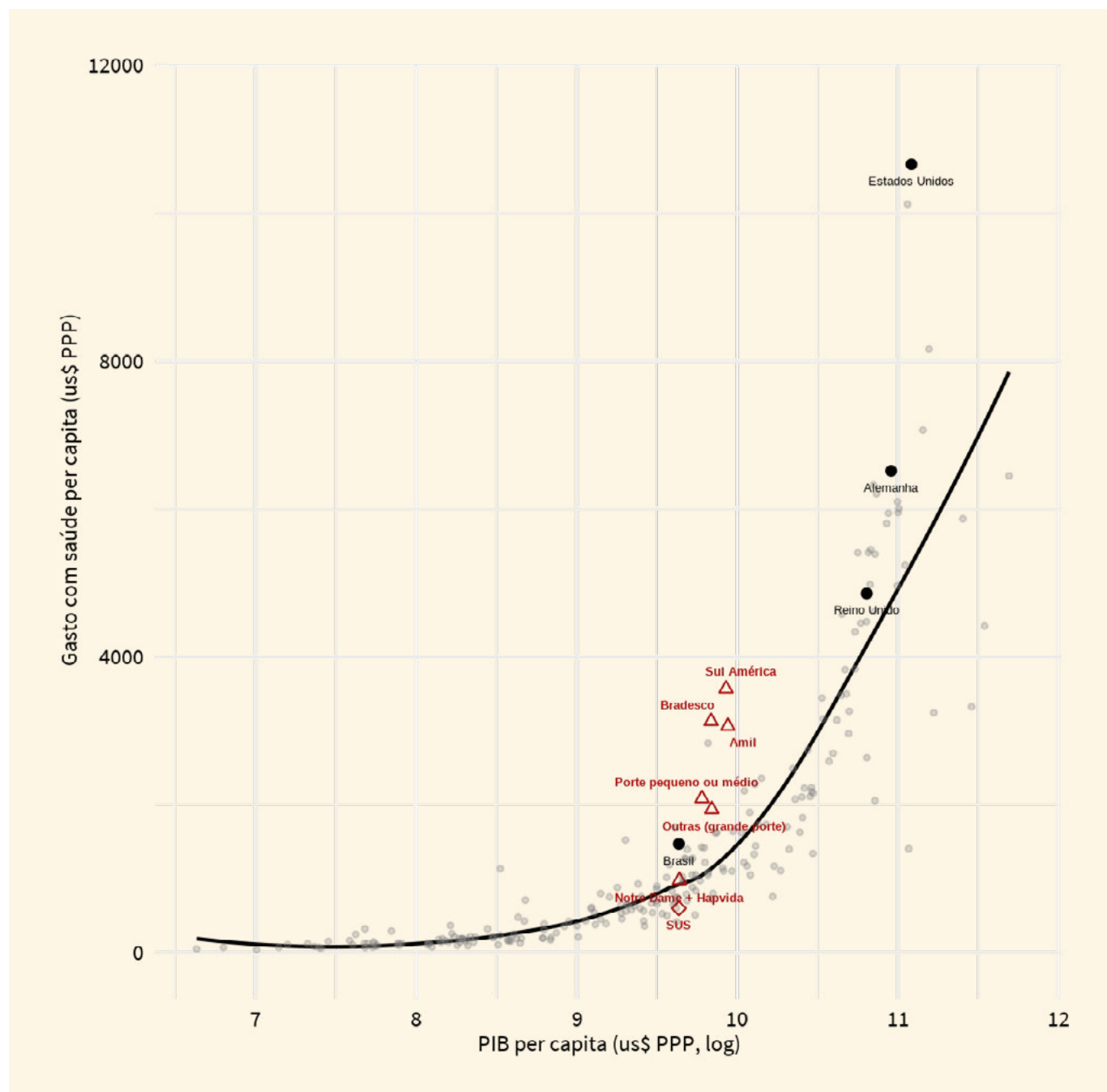
	BRASIL		OCDE	
	Público	Privado	Público	Privado
Total	\$603	\$1.892	\$3.370	\$1.913
Cuidados hospitalares	26%	33%	26%	17%
Cuidados ambulatoriais	38%	26%	24%	32%
Cuidados de longo prazo	1%	3%	20%	3%
Medicamentos e artigos médicos	5%	2%	15%	31%
Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	13%	17%	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%

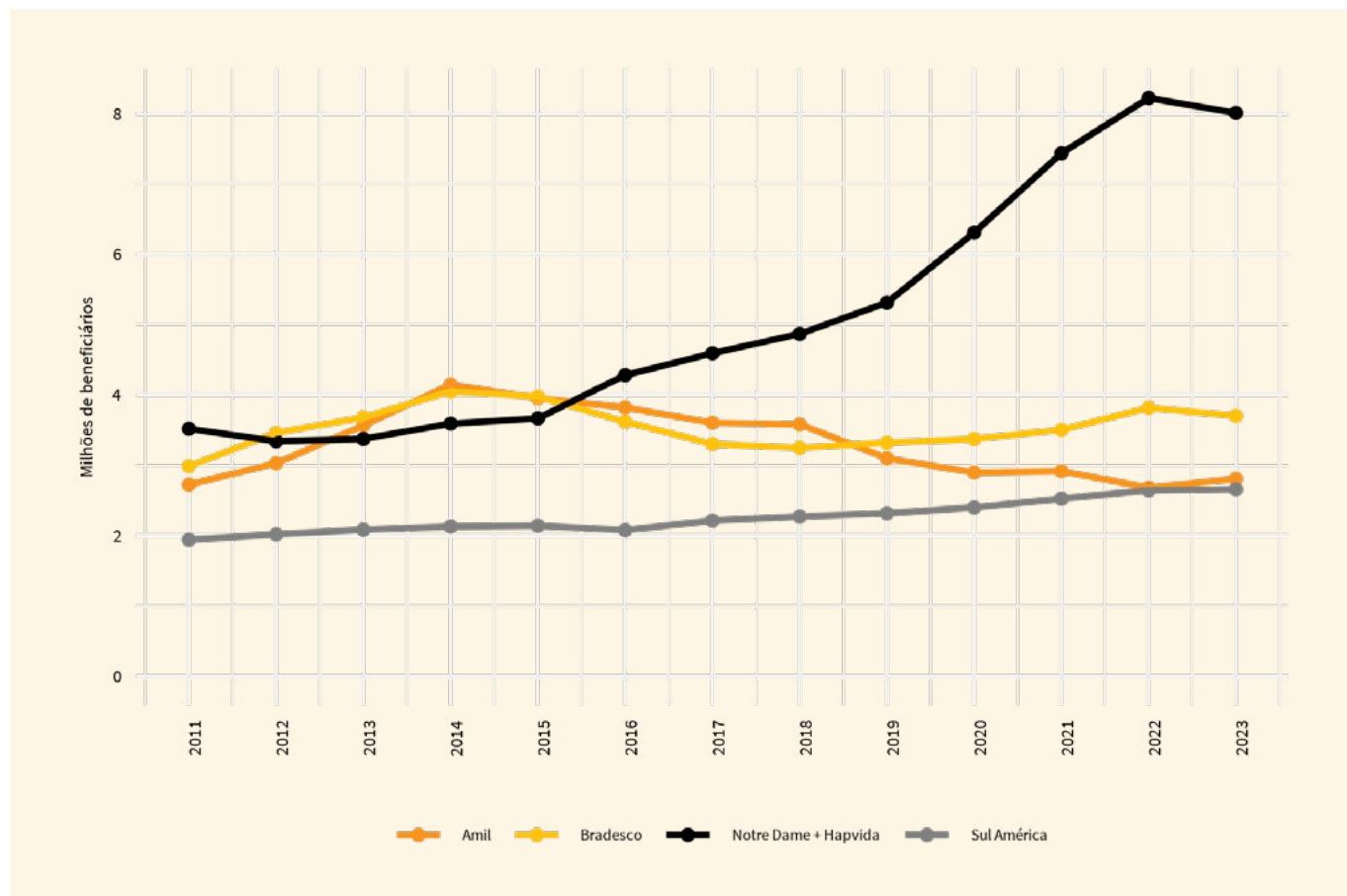
Nota: elaboração própria com base em dados da OCDE. A tabela mostra o gasto per capita por segurado em 2019 em dólares PPP. Os gastos por segurado foram calculados como a razão entre o gasto com saúde financiado pelo governo ou através de seguros de saúde compulsórios e a população coberta por seguros 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

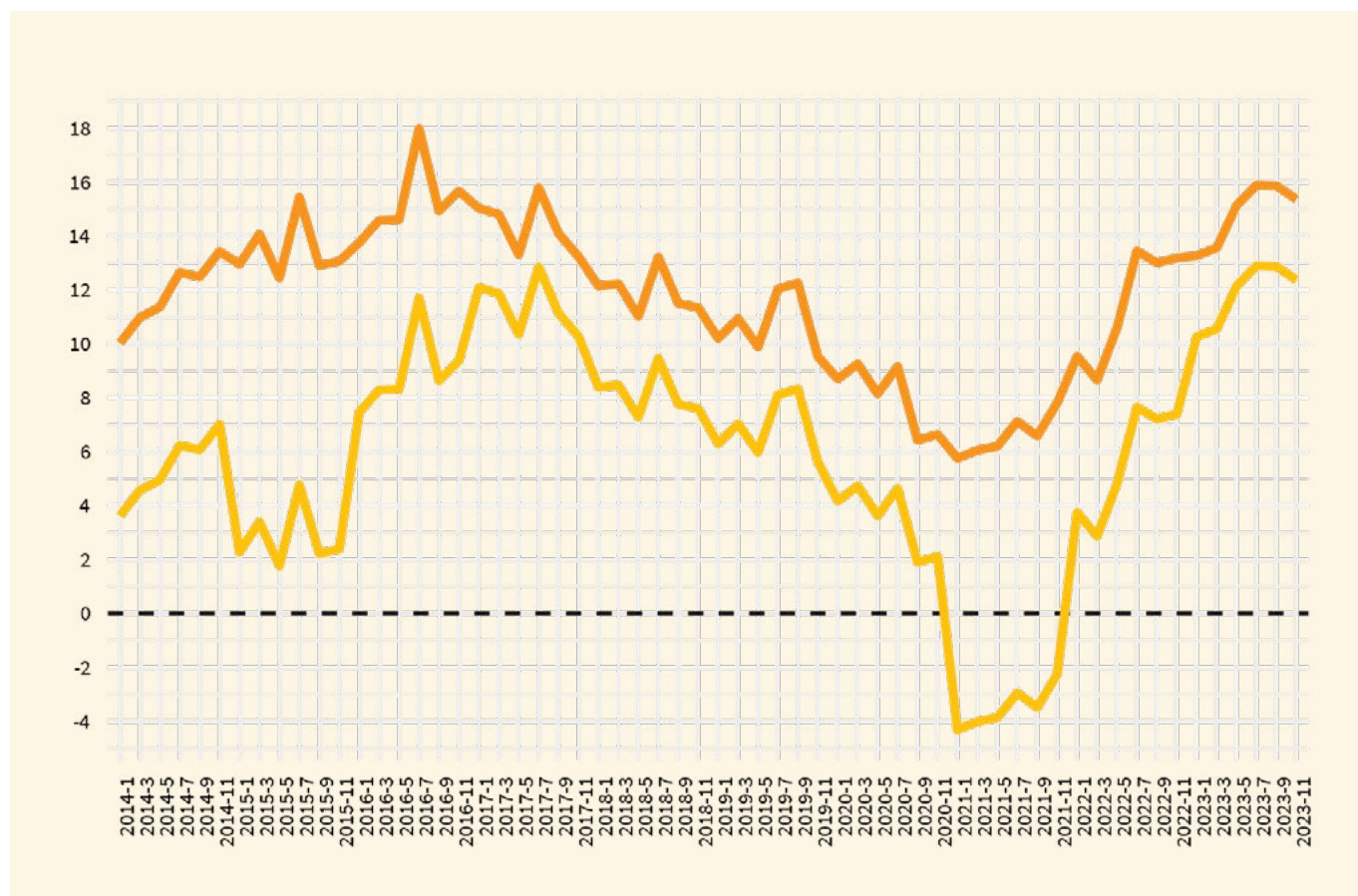
		ALVO				
		Biotecnologia	Equipamentos Médicos	Farmacêutica	Hospitais	Serviços de Saúde
PRÉ-2015 ADQUIRENTES	Biotecnologia	1	1	1	0	0
	Equipamentos Médicos	1	68	0	0	1
	Farmacêutica	3	3	51	0	0
	Financeiras	9	13	9	3	15
	Hospitais	0	0	0	27	3
	Outros	5	12	9	3	3
	Serviços de Saúde	0	1	0	6	38
PÓS-2015 ADQUIRENTES	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
VARIAÇÃO PRÉ E PÓS-2015 ADQUIRENTES	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%

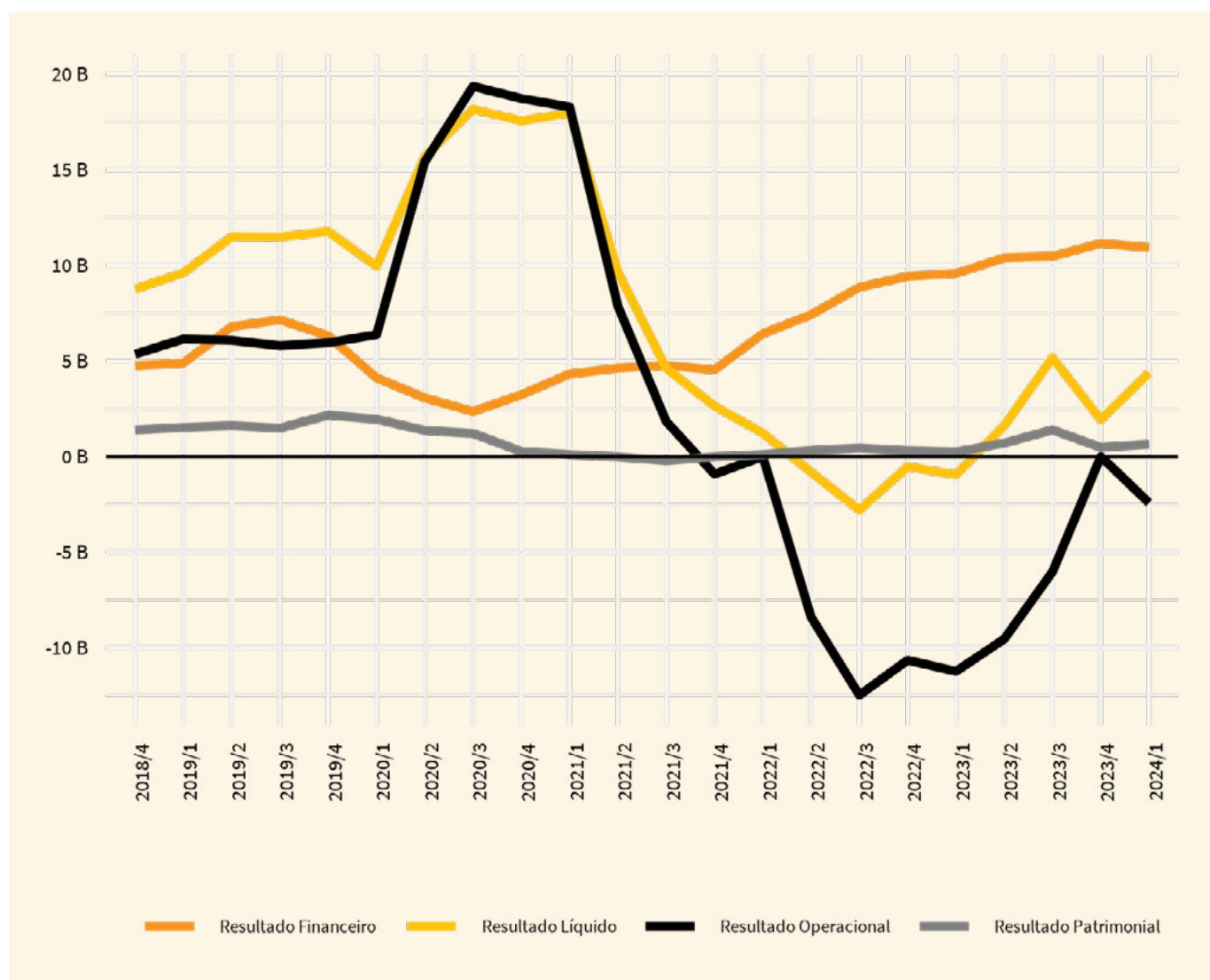
Fonte: LSEG-Eikon, Bloomberg e CADE.
Elaborado pelos autores.

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 ADEÇÃO (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.

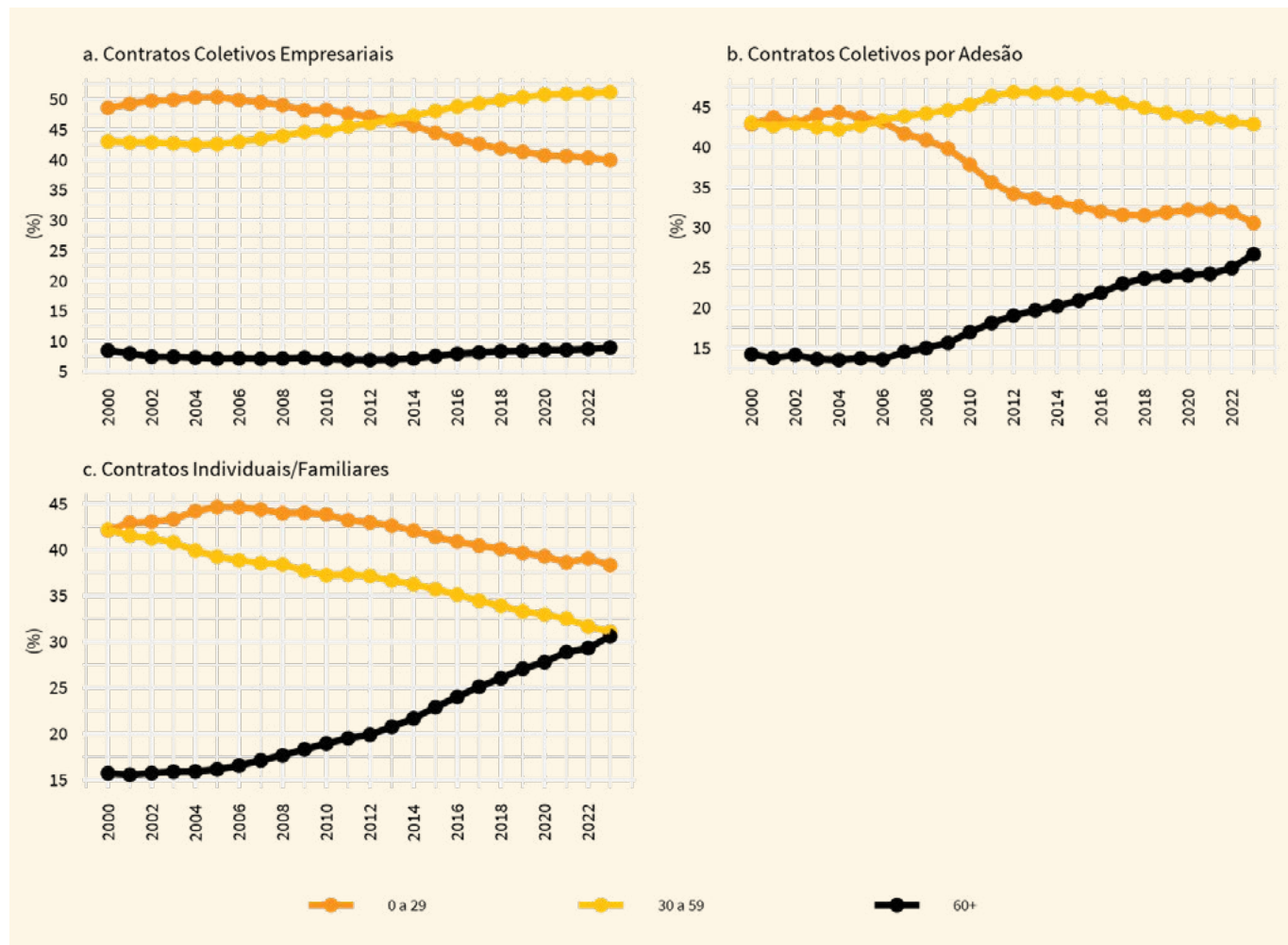
A despeito de uma melhora em aspectos conjunturais pós-pandemia, existem vetores estruturais de preocupação tanto no setor privado como para o SUS. Embora estas preocupações se manifestem de maneira mais clara no segmento das operadoras, através do qual se dá o fluxo de financiamento do setor privado, 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 desalinhamento 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.

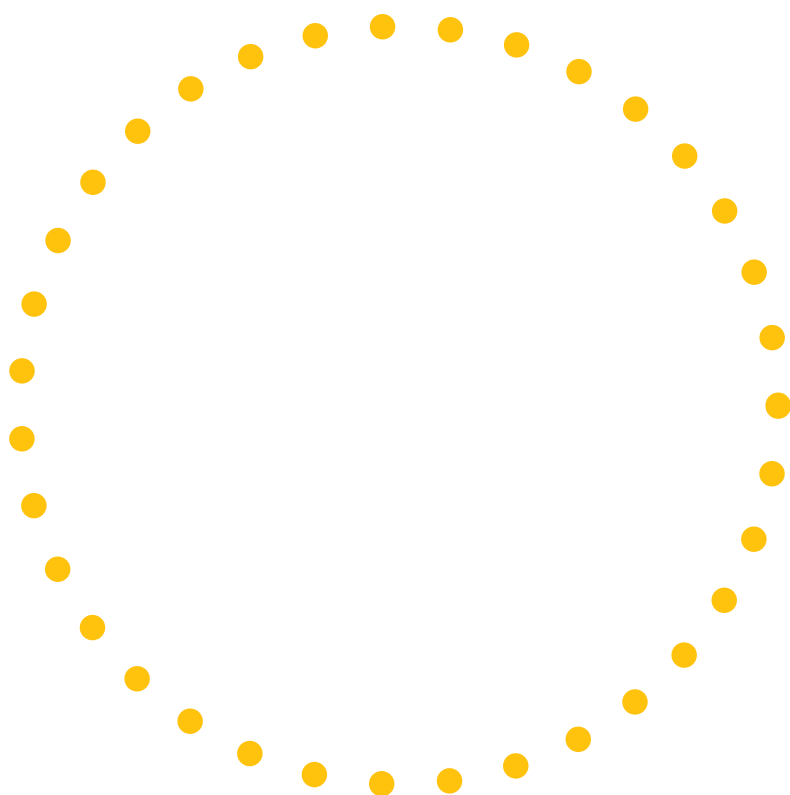
5. Não menos importante, restrições fiscais e dificuldades de ampliar o financiamento do SUS limitam a sustentação daquele que é constitucionalmente estabelecido como o mecanismo de seguro para toda a população brasileira. No limite, projeções indicam que, se o gasto público em saúde permanecer constante 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.

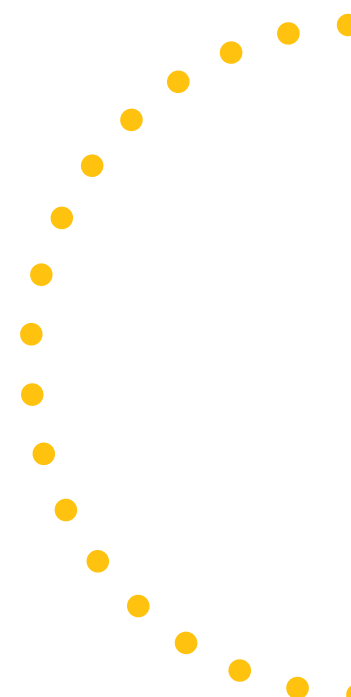
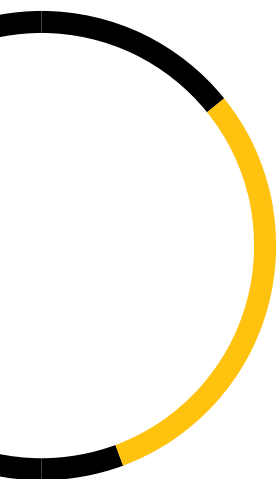
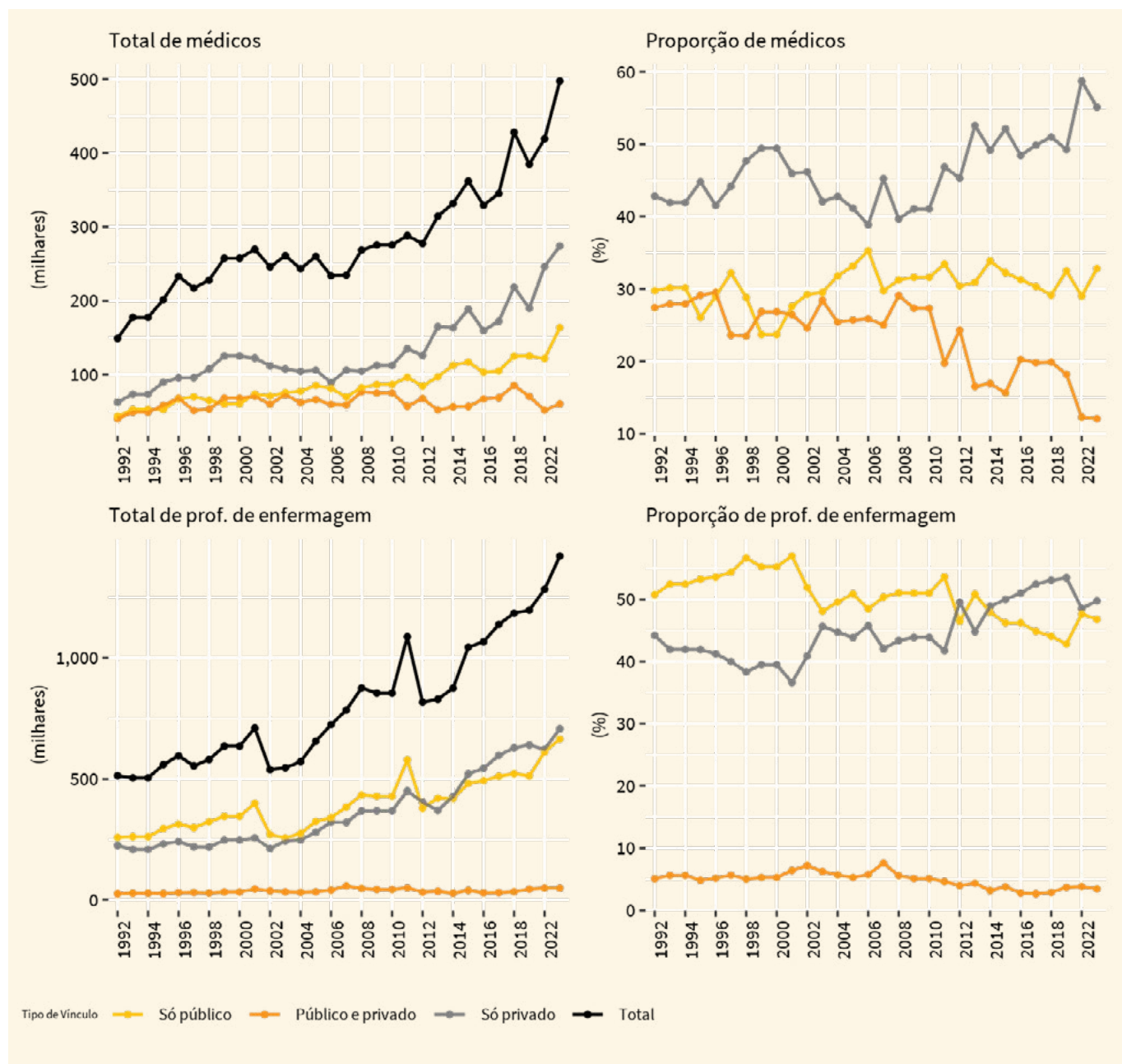


FIGURA 6 – NÚMERO TOTAL E PROPORÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS POR TIPO DE VÍNCULO, 1992-2023:
APENAS VÍNCULO PÚBLICO, APENAS PRIVADO, E DUPLO VÍNCULO



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

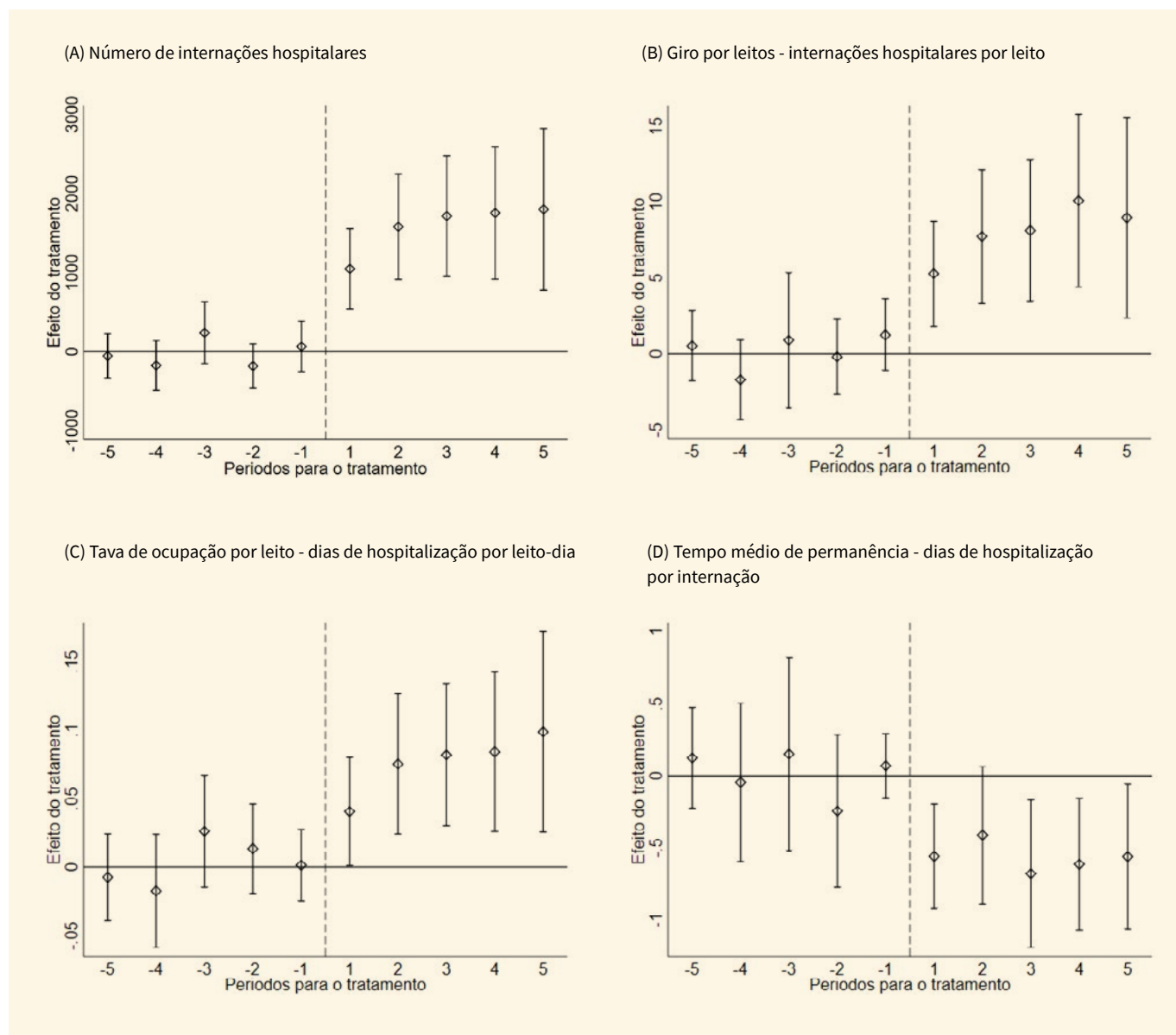
na administração desses serviços. Mas quais são os impactos da transferência de gestão de serviços públicos a entidades privadas? Quais são os ganhos e quais são os custos? Para avançar nessa questão, a análise das OSS se concentra sobre o setor hospitalar.

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 diminui 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.

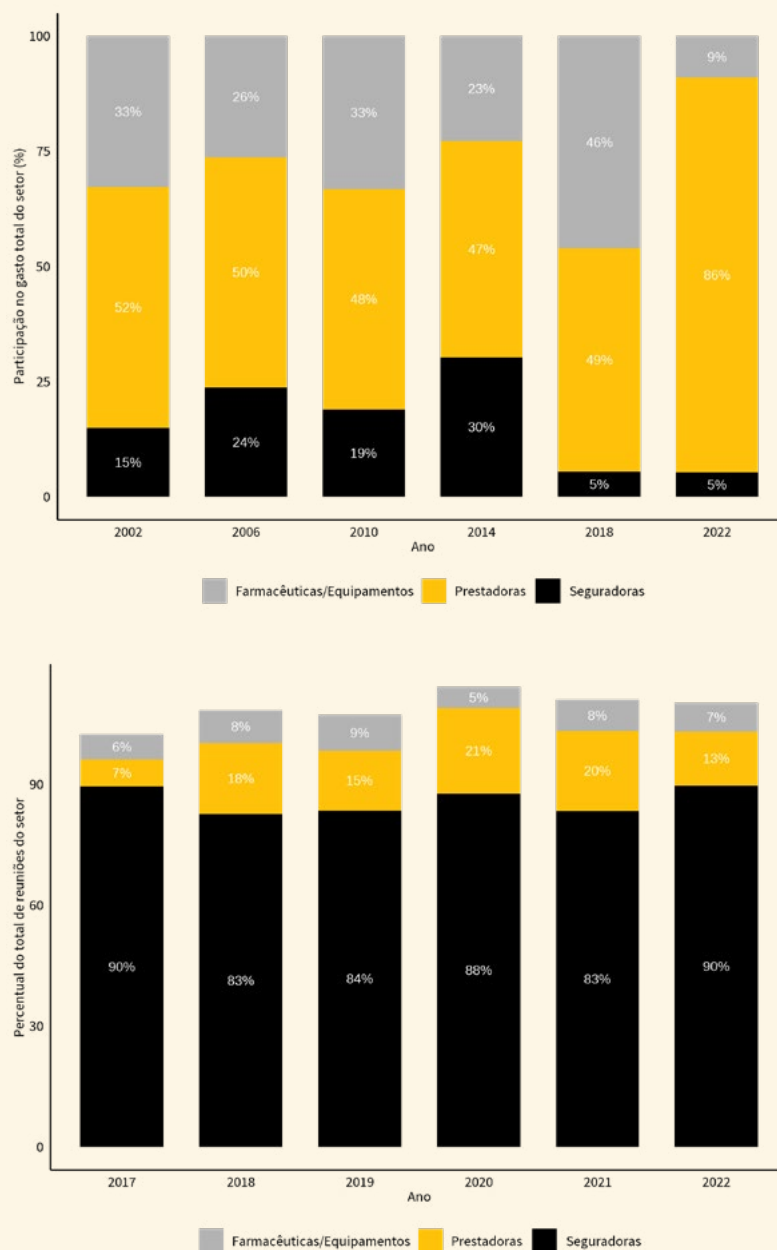
É possível que o crescimento das clínicas populares reflita, em parte, as limitações do SUS em atender às necessidades da população. Ao mesmo tempo, a expansão de serviços privados pode levar a uma fragmentação do sistema, prejudicando ações de saúde pública e vigilância, bem como estratégias importantes 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 inexistente 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.

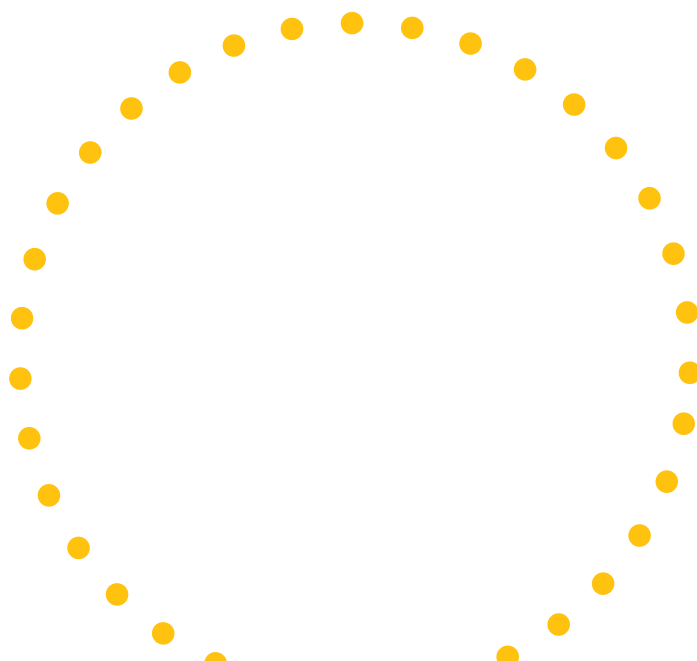
2.3 Devem-se estabelecer regras claras e unificadas que confirmem previsibilidade ao processo de incorporação de tecnologia e de mudanças na cobertura de procedimentos, de forma a reduzir processos de judicialização e garantir o acesso a cuidados de qualidade por parte dos usuários sem afetar a sustentabilidade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

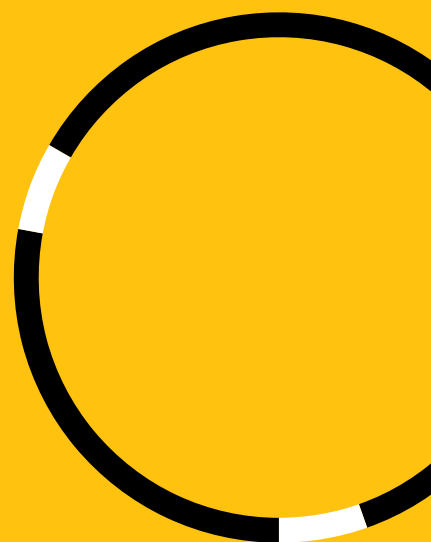
- É fundamental que a incorporação de tecnologia e de novos insumos seja disciplinada e baseada em evidências científicas consolidadas sobre custo-efetividade. Este processo deve levar em conta aspectos médicos, jurídicos e econômicos da questão.
- Ainda pelo lado dos custos assistenciais, práticas de 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.

■ 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.

3. Segurar é preciso, governança também

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.





Saúde privada no Brasil: evolução recente, conjuntura atual e tendências à frente

AUTORES

Helena Arruda (IEPS)

Leonardo Rosa (IEPS)

Matías Mrejen (UFF)

Rudi Rocha (FGV EAESP e IEPS)

Sumário Executivo

Neste estudo descrevemos a **evolução recente e a conjuntura atual** do setor privado de saúde no Brasil, e **discutimos questões relevantes para a sua trajetória futura e sua relação com o SUS**. Em particular:

- Levamos em conta os três grupos de atores que compõem o setor de saúde privado, bem com 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 da oferta de serviços em anos recentes, o surgimento de novos modelos de negócio e quais são os determinantes estruturais da trajetória do mercado. Esta análise é realizada ao longo do tempo, regionalmente, e **à luz da disponibilidade de serviços pelo SUS**.
- Refletimos sobre a crise da saúde suplementar, questionando em que medida se trata de uma crise estrutural do setor, ou em que medida se trata de uma turbulência transitória e que pode ser explicada por questões conjunturais desencadeadas pela pandemia da Covid-19 em 2020.
- Por fim, realizamos algumas recomendações tendo em vista a sustentabilidade do setor privado e sua relação com o SUS.

O que encontramos? As análises, em síntese, apontam para o seguinte diagnóstico:

- Na comparação internacional, o **Brasil é um ponto fora da curva em termos de gasto privado em saúde, principalmente com planos e seguros**, em relação ao seu nível de renda per capita.
- De um lado, **existe uma tendência de expansão contínua da oferta de serviços pelo lado dos prestadores**, em particular de recursos tecnológicos, como equipamentos de exames de alto custo (tomógrafos e ressonâncias). Nestes

casos, observamos crescimento contínuo da oferta, **levando o país para o topo do ranking internacional em termos de disponibilidade de recursos por número de beneficiários, e indícios de capacidade ociosa crescente.**

- Por outro lado, as operadoras de planos de saúde têm uma base relativamente estável de beneficiários, com variações conforme as flutuações econômica e do emprego formal, e seguem consolidação de mercado em direção ao predomínio de empresas de grande porte. Em particular:

Novos entrantes e novos modelos de negócios têm levado os principais grupos incumbentes a enfrentarem cada vez mais competição por participação de mercado. Grupos verticalizados em crescimento têm conseguido oferecer seus produtos a preços mais baixos, em contratos regionalizados e com base em rede própria. 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 barganha com prestadores, têm apertado margens e trazido dificuldades aos principais incumbentes do setor.

O período da pandemia de Covid-19 (2020-2022) foi desafiador para o setor de operadoras, com repercussões conjunturais afetando sobretudo os resultados de 2021 a 2023. Os níveis de sinistralidade seguiam em relativa estabilidade até a pandemia, mas alcançaram patamares altos em 2021, com diversas operadoras superando 90%, enquanto o resultado operacional de algumas das maiores empresas caiu. **Dados recentes 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 mais verticalizados apontam sinais mais acentuados de recuperação.

- Em suma, **observamos um desalinhamento estrutural tanto em incentivos na relação entre prestadores e operadoras, como na dinâmica própria de cada segmento.** O período da pandemia e suas repercussões deixaram isso claro. Mais especificamente:

Até então, **pelo lado das receitas, dado o aumento da concorrência, as operadoras já enfrentavam dificuldades para reajustar mensalidades em contratos cujos parâmetros são de livre concorrência, como os coletivos por adesão e empresariais.** A maneira como os novos entrantes verticalizados estão afetando estruturas de mercado relevantes é supostamente determinante nisso, mas, no entanto, é ainda pouco compreendida.

Pelo lado dos custos, o equilíbrio nos preços e pagamentos por serviços dos prestadores ocorre via mercado, que é concorrencial, mas assimetrias de informação, em princípio, permitem que os prestadores sejam capazes de ganhar margem junto às operadoras. Do seu lado, estas têm atuado pressionadas via aumento de frequência onde a capacidade ociosa é maior (por exemplo, exames) e via preços, onde a oferta relativa é menor (por exemplo, terapias).

As dificuldades enfrentadas pelas operadoras mais tradicionais, devido ao aumento da concorrência e de falhas de mercado, podem ter levado às mais variadas reações do setor, dentre elas: movimentos de fusões e aquisições, inovações em modelos de negócio, de pagamento e parcerias, revisão de contratos com beneficiários, incluindo reajustes mais altos pós-pandemia e rescisões unilaterais, e mobilização política por viabilização de novos produtos financeiros, como planos com cobertura mais limitada.

Essa análise gera algumas reflexões sobre o sistema de saúde brasileiro, como:

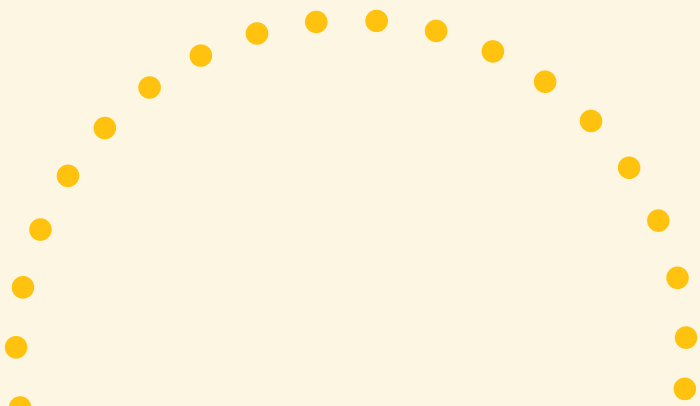
- A despeito de uma melhora em aspectos conjunturais pós-pandemia, **existem vetores estruturais de preocupação tanto na saúde suplementar como para o SUS.**
- A população brasileira está envelhecendo. Segundo o censo de 2022, o número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos. Enquanto nos contratos 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. Além disso, o percentual de idosos nesses tipos de planos dobrou, em média, desde o início dos anos 2000, apesar de observarmos uma saída líquida de idosos dessas carteiras. Isso gera consequências visto que o envelhecimento das carteiras, que muitas vezes se encontram fechadas e por isso envelhecendo, envolve aumentos nas despesas assistenciais ao longo do tempo.

Observa-se, portanto, uma segmentação entre um *pool* de contribuintes com maior capacidade de contribuir e menor necessidade de serviços em contratos empresariais, e um *pool* de contribuintes com menor capacidade de contribuir e maior necessidade de serviços em contratos coletivos por adesão e individuais. Dado que o mercado de planos individuais é regulado pela ANS e está cada vez menor e mais restrito, a solução dada pelo mercado pode ocorrer via seleção nos contratos coletivos por adesão – por exemplo, via reajustes mais altos e rescisões unilaterais sobre as carteiras mais caras. Esse movimento pode se intensificar na medida em que a população envelhece e cresce o contingente de aposentados, que perdem seus planos empresariais. Essa demanda pode acabar sendo direcionada ao SUS, ao financiamento com o próprio bolso, ou a novos produtos de financiamento ou planos mais baratos, com cobertura mais limitada.

Existe um **desalinhamento de incentivos** entre operadoras e prestadores. De um lado, prestadores têm incentivo para aumentar a oferta de recursos tecnológicos que geram retornos maiores por procedimento realizado. De outro, as operadoras enfrentam dificuldades para conter custos. Em última instância geram-se aumento de custos e ineficiência. Soma-se a isso, **a falta de disciplina nos processos de incorporação de novas tecnologias, tanto no segmento privado como no SUS.**

O que pode ser feito para melhorar essa situação? Elencamos algumas reflexões:

- **A regulação da relação entre prestadores e operadoras é um ponto nevrálgico do setor privado.** Esta relação é repleta de incentivos perversos gerados por falhas de mercado. É possível aumentar a eficiência tanto via aumento de transparência, monitoramento e regulação destas relações, quando as empresas forem independentes; como através do crescimento de novos modelos de pagamento e de operação, como ocorre no caso das empresas verticalizadas. Neste último caso, no entanto, é fundamental o monitoramento e a regulação da qualidade dos serviços prestados, e evitar um possível direcionamento de beneficiários de planos privados verticalizados ao SUS.
- **Por princípio, a regulação dos planos de saúde deve induzir à consolidação de grandes *pools* de contribuintes, que permitam o subsídio cruzado entre os que mais *versus* os que menos necessitam de serviços de saúde.** Por ora, observamos segmentação de mercado, e preocupa um possível movimento crescente desta segmentação levando os que mais necessitam a contratos mais vulneráveis, ou até mesmo a eventual saída do mercado.
- **É fundamental que a incorporação de tecnologia e de novos insumos seja disciplinada e baseada em evidências científicas consolidadas sobre custo-efetividade,** e que o modelo de incorporação seja único no país, válido tanto para o setor privado como para o SUS.
- **Por fim, fortalecer o orçamento do SUS e avançar na coordenação da contratação da rede privada de prestadores de maneira regionalizada.** A expansão de prestadores e de sua capacidade ociosa, em última instância, pode ser oportunidade para o SUS contratar a custos menores, e coordenar acesso a serviços de saúde no sistema como um todo, aumentando tanto eficiência como equidade.



Introdução

Projeções de necessidades de financiamento para a saúde indicam que a participação do gasto em saúde no PIB deve crescer aproximadamente 0,7% ao ano nas próximas décadas, superando 12% do PIB até 2060. Caso o gasto público permaneça restrito, a maior parte desse crescimento recairá na expansão do setor privado (Rocha et al, 2021). Atualmente o mercado da saúde suplementar no Brasil cobre 51 milhões de beneficiários de planos de saúde com cobertura médica, um contingente equivalente a aproximadamente 25% da população brasileira e maior que a população de todos os demais países da América do Sul, exceto Colômbia.

Apesar do Brasil contar com o Sistema Único de Saúde (SUS), que cobre toda a população, o gasto privado com saúde corresponde a mais da metade do gasto total com saúde no país e equivale a 5,2% do Produto Interno Bruto (PIB). As disparidades no financiamento à saúde entre o setor público e o privado se refletem, dentre outros fatores, nas diferenças na disponibilidade de recursos para prestação de serviços de atenção à saúde. No caso de tomógrafos, por exemplo, o país contava com 93 tomógrafos por 1 milhão de usuários no setor privado em 2019 e apenas 2.84 no setor público, enquanto a média dos países da OCDE foi de 25.6. Em países como Alemanha, Estados Unidos e Reino Unido foi de 35.3, 44.9, e 9.5, respectivamente.

Apesar do grande volume de recursos, o setor da saúde suplementar atravessa desafios significativos e que lhe conferem protagonismo no debate público. De um lado, as operadoras de saúde apontam para os altos níveis de sinistralidade e para as dificuldades em diminuí-los dadas mudanças legislativas recentes. Por exemplo, em 2021, 89% das receitas de contraprestações foram utilizadas para cobrir despesas assistenciais dos usuários, em parte devido a uma demanda reprimida causada pelo primeiro ano da pandemia da Covid-19 (ANS, 2023). As dificuldades relativas às contas das operadoras têm levado as mesmas a contestarem também a quantidade de procedimentos supostamente desnecessários feitos pelos prestadores e mesmo práticas de fraudes (IESS, 2023). Por outro lado, os prestadores, em especial hospitais, alegam dificuldades no relacionamento financeiro com as operadoras, refletidas em prazos muito longos para

recebimento dos valores relativos aos serviços prestados. Por exemplo, de acordo com a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHp) a média de recebimento dos hospitais vinculados à associação é superior a dois meses, com prejuízo ao financiamento dos hospitais e aos seus planos de investimentos (Anahp, 2024). Os desafios de relacionamento entre operadoras e prestadores se refletem no atendimento aos consumidores, o que pode ser observado pelos casos cada vez mais comuns de reclamações sobre operadoras e planos junto à ANS, bem como pela judicialização de casos específicos por parte dos beneficiários (Wang et al, 2022).

Além dessas questões de caráter mais recente, é importante lembrar que o setor também vem passando por importantes transformações estruturais nas últimas décadas. O envelhecimento da população se traduz num aumento da parcela de pessoas idosas nas carteiras das operadoras, principalmente em planos individuais e familiares – sendo este o grupo com maiores despesas assistenciais. Além disso, o desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias representa outra fonte de aumento nos gastos, seja pelo desenvolvimento de novas terapias mais custosas para tratamentos já existentes, ou por inovações que possibilitam o tratamento de doenças antes incuráveis (Azevedo et al, 2016). Finalmente, observa-se no mercado tendência à consolidação vertical entre operadoras e prestadores, o que tem o potencial de reduzir custos de transação em decorrência de alinhamento de incentivos, economias de escala e escopo, ao mesmo tempo em que gera preocupação em relação à concentração de mercado e poder de monopólio, potencialmente levando a impactos sobre preços e qualidade dos serviços (Andrade et al, 2012).

Apesar da sua importância para a saúde no Brasil e da dimensão dos seus desafios, a produção de análises sobre o papel do setor privado na saúde no Brasil é bastante limitada quando comparada com as discussões sobre o SUS, principalmente no debate acadêmico sobre políticas de saúde no país. Por exemplo, o termo “saúde suplementar” aparece no título ou no resumo em somente 168 trabalhos indexados na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e a combinação dos termos “saúde” e “setor privado” em 139. Por sua vez, o termo “Sistema Único de Saúde” aparece em 3.328 publicações e o termo “saúde da família” em 3.131¹. Diante dessa situação, a produção de análises que descrevam de modo abrangente o setor privado na saúde do Brasil, partindo da análise sistemática e robusta de dados do setor, pode contribuir para um melhor entendimento sobre os desafios para as políticas de saúde no país, incluindo o setor privado e suas interações com o SUS, na atualidade e no futuro próximo.

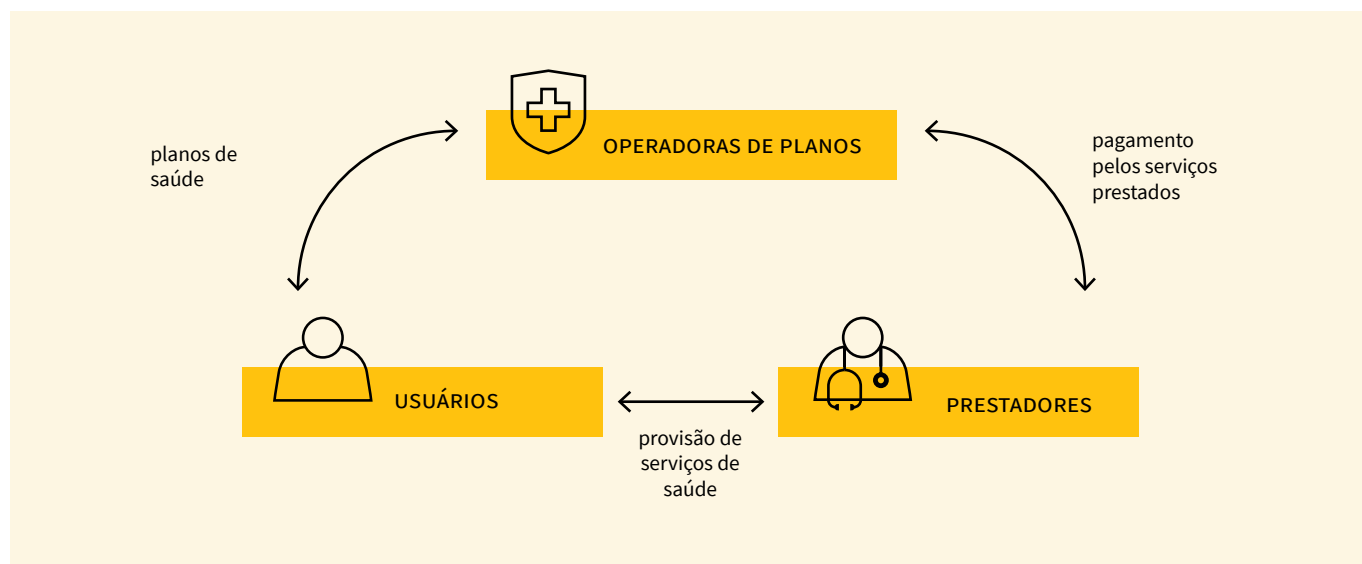
O objetivo deste capítulo é descrever a evolução recente e a conjuntura atual do setor privado de saúde no Brasil. Tanto para prestadores quanto para operadoras de saúde privadas, procuramos descrever como foi a trajetória da oferta de serviços em anos recentes, o surgimento de novos modelos de negócio e quais são os determinantes estruturais dessa trajetória. Essas análises podem servir como insumo para identificar quais são as tendências no setor e os riscos estruturais que este enfrenta atualmente, assim como possíveis consequências para o SUS. Em última instância, esses elementos são necessários para entender como a regulação econômica e o

1 Busca realizada no dia 22 de janeiro de 2024 em <https://www.scielo.br/>.

desenho do sistema podem atuar para mitigar crises sistêmicas no setor privado, integrar serviços, e assim fortalecer o próprio SUS e o sistema de saúde brasileiro como um todo.

Ao longo das nossas análises, levamos em conta três grupos de atores que compõem o subsistema de saúde privado no Brasil: operadoras e seguradoras de saúde, prestadores de serviços de saúde, e os beneficiários de planos e seguros. Esses grupos possuem relações bem definidas e regidas por regras: usuários demandam e contratam planos que são ofertados pelas operadoras e serviços ofertados por estabelecimentos de saúde, enquanto operadoras de planos negociam com prestadores o pagamento dos serviços utilizados pelos segurados (**FIGURA 1**).

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



Nota: Elaboração própria.

É fundamental destacar que não é possível pensar no setor privado de saúde no Brasil como um compartimento estanque, já que o SUS está naturalmente presente como segurador, prestador direto e pagador por serviços privados. No mercado de provisão de serviços de saúde, por exemplo, estabelecimentos privados podem produzir também serviços contratados pelo SUS para indivíduos sem cobertura de planos privados. De fato, parcela significativa da produção no SUS provém de estabelecimentos privados, principalmente filantrópicos: em 2023, aproximadamente 41% das hospitalizações no SUS foram realizadas em entidades sem fins lucrativos e 6% em entidades empresariais². No mercado de pagamentos pelos serviços de saúde, além do pagamento do SUS a estabelecimentos privados pelos serviços mencionados, as operadoras de planos de saúde com cobertura médica podem ter que ressarcir o SUS pela utilização de seus serviços por parte dos seus segurados. De forma mais geral, pelo lado da demanda, todos os potenciais usuários da saúde suplementar estão cobertos pelo SUS,

2 Cálculo próprio com base em dados do SIH/Datasus. Para o cálculo de entidades sem fins lucrativos consideramos o total de internações realizadas em hospitais com natureza jurídica referente a entidades sem fins lucrativos.

e essa cobertura pode afetar as suas escolhas sobre contratar ou não planos privados e sobre utilizar ou não serviços privados.

Utilizamos esse esquema como um guia para organizar a nossa exposição, com um olhar para o equilíbrio parcial nos mercados de seguro e prestação. Assumimos, no entanto, que este guia sintetiza uma realidade muito mais complexa. Esses mercados são interligados e mudanças na dinâmica ou em regras aplicadas a um deles podem ter implicações de equilíbrio geral sobre os demais e sobre o SUS. Muitas destas implicações são difíceis de serem previstas ou antecipadas.

Adicionalmente, existem falhas de mercado que impõem obstáculos à eficiência do sistema como um todo devido a problemas de informação assimétrica e risco moral (*moral hazard*), dentre outras questões³. No Brasil a relação entre operadoras de planos e prestadores é particularmente afetada por estes problemas. Por fim, esses mercados não existem em um vácuo social, e causas externas ao sistema de saúde influenciam, por exemplo, na carga de doenças, que determina a demanda por serviços, e na oferta de mão de obra qualificada, dentre outros fatores relevantes. Optamos, no entanto, por apresentar uma imagem abrangente e resumida de cada um desses mercados, deixando para o futuro análises mais aprofundadas.

SETOR FARMACÊUTICO E EMPRESAS DE INSUMOS

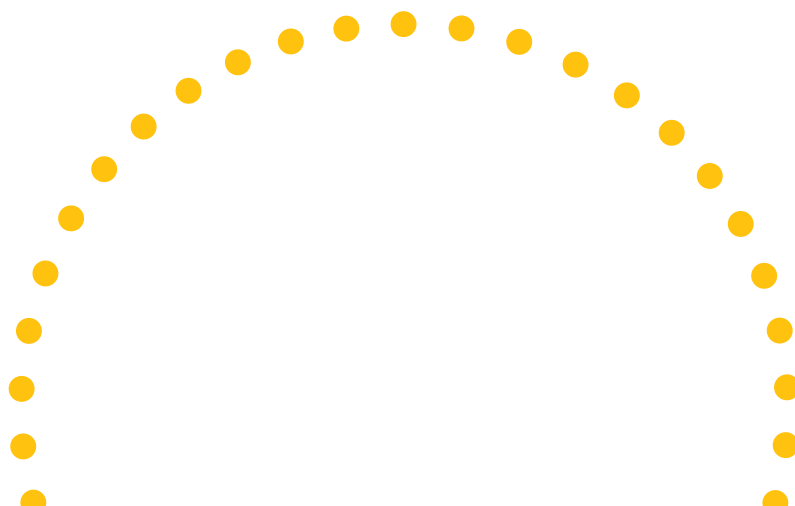
Este relatório analisa os atores esquematizados na FIGURA 1. No entanto, é importante mencionar que eles não são os únicos com influência sobre o sistema de saúde. Um ator importante é o setor de insumos de saúde, que compreende indústrias como a farmacêutica, de medicamentos e de materiais e equipamentos hospitalares. Enquanto a indústria de materiais e equipamentos atua mais próxima do mercado de prestadores, a farmacêutica em geral atua diretamente com usuários, operadoras de planos e prestadores. Tratam-se de indústrias específicas e com particularidades próprias, mas que têm em comum o fato de estarem diretamente relacionadas com avanços tecnológicos. A indústria farmacêutica é uma das mais intensivas em pesquisa do mundo, novos produtos são desenvolvidos continuamente para tratar de enfermidades antes incuráveis, ou para aperfeiçoar um medicamento ou equipamento já existente. Em todo caso, as inovações demandam recursos para serem desenvolvidas, o que leva, em geral, ao aumento nos gastos em saúde dos usuários (Karampli et al, 2014).

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 (Kerwin, 2007). 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 (Agha et al, 2022; Brezis, 2008).

3 A presença de seleção adversa ocorre quando indivíduos com condições de saúde inicialmente desfavoráveis têm maior propensão a adquirir planos de saúde, criando um desequilíbrio na distribuição de riscos. O fenômeno do risco moral se manifesta quando, após a contratação, há uma alteração no comportamento do segurado, resultando na redução dos investimentos em sua própria saúde e capital humano, bem como no possível uso excessivo de recursos médicos.

Além desta introdução, este estudo está composto por cinco seções adicionais. Na seção 2, apresentamos o mix público/privado na saúde no Brasil em perspectiva comparada. Resumimos brevemente os modelos de articulação entre o setor público e privado nos sistemas de saúde mundo afora, e apresentamos o mix entre o setor público e o setor privado no financiamento e na provisão de saúde no Brasil, comparando-o com a situação em outros países.

Na seção 3, focamos a nossa atenção no posicionamento e evolução recente dos prestadores privados no mercado de serviços privados de atenção à saúde. Avaliamos como foi a evolução recente dos recursos disponíveis no setor, quais foram os determinantes dessa evolução e como evoluíram os níveis de utilização dos serviços prestados e dos equipamentos disponíveis. Na seção 4, avaliamos o posicionamento e evolução recente das operadoras de planos de saúde e o mercado de planos privados. Avaliamos como foi a evolução recente dos principais atores do setor, quais foram os determinantes dessa evolução, e quais são as principais diferenças nos seus modelos de operação e resultados operacionais. Na seção 5, analisamos a relação entre operadoras e prestadores, com um foco sobre preços e frequência de serviços pagos pelas operadoras aos prestadores privados. Mais especificamente, avaliamos a contribuição das variações das quantidades produzidas e dos preços cobrados por diferentes procedimentos para a evolução total dos custos do setor no período. Concluímos, na seção 6, apresentando algumas reflexões finais sobre a situação atual e desafios à frente para o setor. Finalmente, apresentamos um apêndice metodológico com informações referentes aos dados e à metodologia empregados neste estudo.



1.1

O mix público-privado na saúde no Brasil

1.1.1 Sistemas de Saúde em Perspectiva Comparada

Existe uma ampla tradição de análise comparativa de sistemas de saúde baseada na construção de tipologias e modelos. A tipologia mais clássica, elaborada pela OCDE no final da década de 1980, baseia-se nas diferenças no financiamento e na provisão de serviços de atenção à saúde e presta especial atenção à participação do setor público e do setor privado nessas dimensões. Segundo essa tipologia existem três modelos de sistemas de saúde nos países de alta renda: o modelo Beveridge⁴ (ou de serviço nacional de saúde), o modelo Bismarck⁵ (ou de seguro social) e o modelo estadunidense (ou de seguros privados) (Burau e Blank, 2006; Beckfield et al, 2013; Battacharya et al., 2014). Esses modelos são resultado da trajetória histórica específica de cada país e, em grande parte, refletem a escolha social a partir do peso de diferentes critérios de justiça distributiva (Bosi Ferraz, 2015).

O modelo Beveridge ou de serviço nacional de saúde se caracteriza por três elementos: i) seguro de saúde universal de pagador único (*universal single-payer insurance*) financiado pelo governo através de impostos e sem pagamentos de prêmios; ii) provisão pública de serviços de atenção à saúde através de hospitais e clínicas administradas pelo governo; e iii) serviços de atenção à saúde gratuitos (ou com copagamentos muito baixos) para a maioria dos serviços nesses estabelecimentos públicos. As principais características do modelo de Bismarck ou de seguro social são: i) cobertura universal de seguros de saúde para todos os indivíduos, através dos empregadores ou do governo; ii) o financiamento dessa cobertura é principalmente através de contribuições na folha salarial e outros impostos; e iii) a provisão de serviços é preponderantemente privada, mas com altos níveis de regulação, incluindo regulação sobre preços. As três características principais do modelo estadunidense são: i) o mercado de seguros de saúde

4 O nome faz referência a William Beveridge, economista britânico autor do Relatório sobre Seguro Social e Serviços Aliados, documento de 1942 que serviu como inspiração para a construção do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido após a Segunda Guerra Mundial (Kerstenetzky, 2012).

5 O nome faz referência a Otto von Bismarck, chanceler durante processo de unificação da Alemanha no final do século XIX, que impulsionou as primeiras iniciativas de proteção social modernas, incluindo um seguro de saúde, baseadas no status ocupacional dos trabalhadores (Kerstenetzky, 2012).

privados é a principal fonte de cobertura – principalmente o mercado de seguros contratados por empregadores; em menor medida, mercados de seguros individuais; ii) seguro subsidiado pelo governo para grupos específicos – pessoas idosas (*Medicare*) e de baixa renda (*Medicaid*); e iii) provisão preponderantemente privada de serviços de saúde, com níveis comparativamente baixos de regulação e preços geralmente livres (Battacharya et al, 2014).

Essa tipologia está baseada em fatos estilizados e, na prática, cada sistema de saúde apresenta especificidades próprias. Em especial, a classificação de sistemas de saúde nos três modelos acima descritos está baseada na experiência histórica de países de alta renda, sendo o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido um exemplo paradigmático do modelo Beveridge, e o sistema alemão do modelo Bismarck. Apesar de orientativa, não se adapta totalmente à realidade de países de renda baixa ou média. O Brasil, por exemplo, conta com o Sistema Único de Saúde (SUS), inspirado nos sistemas do modelo Beveridge, e, ao mesmo tempo, tem um mercado de seguros de saúde privados que oferecem a aproximadamente um quarto da população cobertura de serviços que já estão incluídos dentro do seguro público (seguros duplicativos⁶). Neste sentido, o setor da saúde suplementar no Brasil pode ser pensado como um subsistema que apresenta características similares ao modelo dos Estados Unidos (Mrejen et al, 2022).

Tipologias baseadas nos casos de países de baixa e média renda podem também ser úteis para compreender como o sistema de saúde brasileiro e o seu particular *mix* entre os setores público e privado se compara a outras experiências. Mackintosh et al (2016) apresentam uma tipologia desse tipo, caracterizando o mix público/privado nos sistemas de saúde em países de baixa e média renda segundo três dimensões: i) proporção do gasto em saúde que é privado; ii) proporção do atendimento em saúde provido pelo setor público que depende de tarifas e pagamentos; e iii) participação do setor privado na provisão de consultas e atendimentos médicos. Com base nessas três dimensões, os autores apresentam uma tipologia de cinco modalidades de participação do setor privado em sistemas de saúde mistos: i) setor privado dominante; ii) setor privado complementar a um setor público universalista; iii) setor privado de alto custo no topo de um sistema estratificado; iv) setor público altamente comercializado, mas sob reforma; e v) setor privado estratificado. Apesar da Constituição Federal estabelecer um sistema universal de saúde, o SUS, tendo em vista as características das categorias definidas por Mackintosh e o tamanho do setor privado no país, surpreendentemente o Brasil poderia ser incluído na categoria de “setor privado de alto custo, no topo de um sistema estratificado”: tem alta proporção de gasto privado em saúde, os atendimentos no setor público são gratuitos na ponta e há uma participação significativa do setor privado na provisão de serviços de saúde. A **TABELA 1** resume estas informações.

6 Mesmo em países com cobertura universal através de sistemas de saúde universais, seja baseados em seguros públicos únicos (modelo Beveridge) ou na obrigatoriedade de cobertura através de esquemas compulsórios de seguro (modelo Bismarck), existem mercados de seguros privados de saúde, que podem cumprir diferentes funções: seguros duplicativos (cobrem serviços que já estão incluídos dentro do seguro público), seguros complementares (cobrem custos residuais, como copagamentos) e seguros suplementares (oferecem cobertura para serviços que não estão incluídos nos esquemas públicos ou compulsórios) (OCDE, 2023).

TABELA 1 – O SETOR PRIVADO NOS SISTEMAS DE SAÚDE DE PAÍSES DE BAIXA E MÉDIA RENDA

	Setor privado dominante	Setor privado complementando um setor público universalista	Setor privado de alto custo no topo de um sistema estratificado	Setor público altamente comercializado mas sob reforma	Setor privado estratificado
Proporção do gasto em saúde que é privado	Elevada	Baixa ou moderada	Elevada	Elevada (em queda)	Elevada
Proporção do atendimento em saúde realizado pelo setor público que depende de tarifas e pagamentos	Variável	Nula ou baixa	Nula ou baixa	Elevada (em queda)	Moderada
Participação do setor privado em consultas e atendimentos médicos	Elevada	Moderada na atenção primária e baixa na atenção hospitalar	Moderada	Baixa	Moderada (alto nível de heterogeneidade na qualidade dos serviços)
Exemplos	Índia, Nigéria	Sri Lanka, Tailândia	África do Sul, Argentina, Brasil	China	Tanzania, Ghana, Nepal

Nota: Elaboração própria com base em Mackintosh et al (2016).

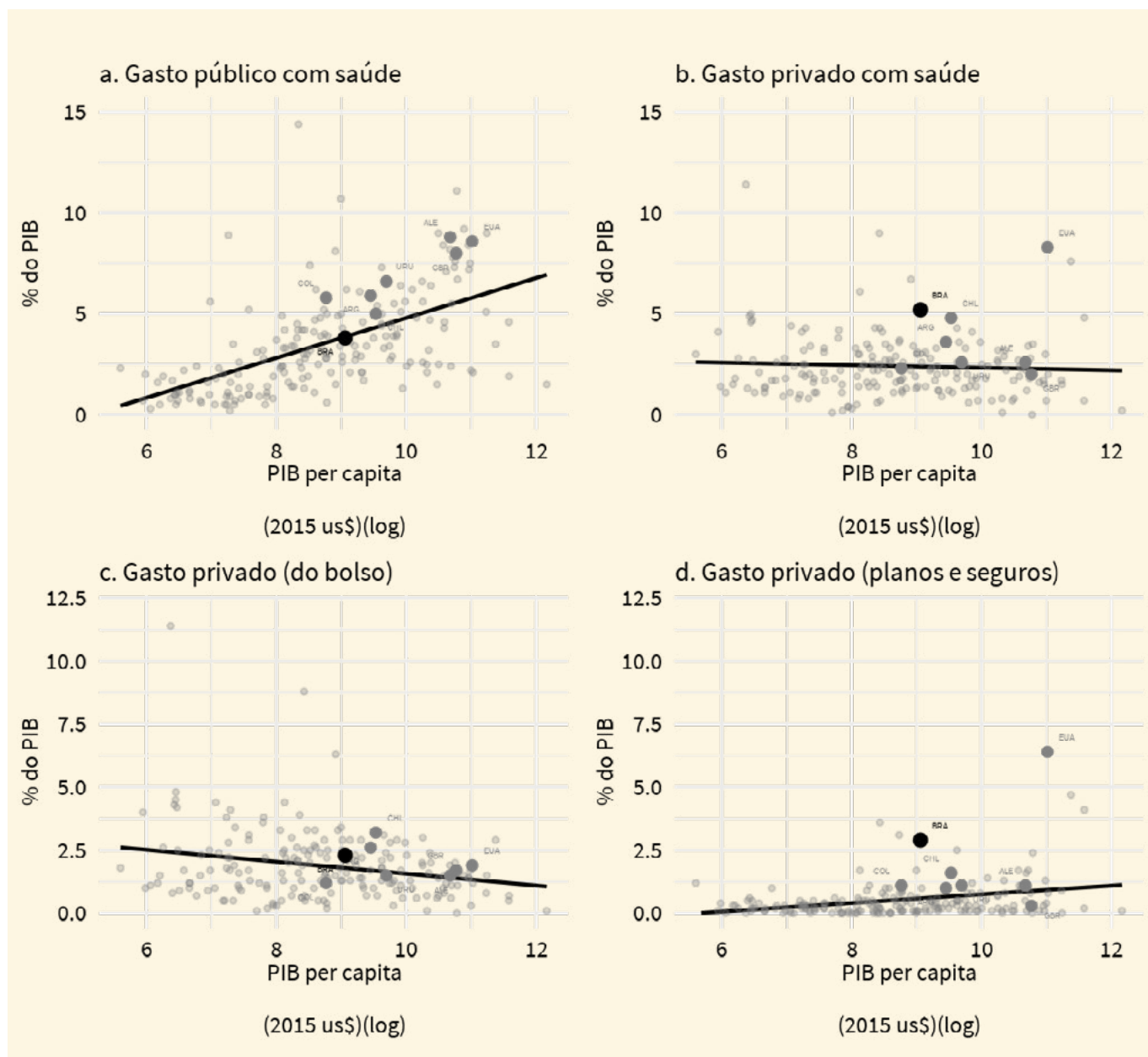
1.1.2 O mix público-privado no financiamento

Começamos olhando para o nível de gasto com saúde no Brasil em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). O gasto total com saúde em 2019, ano logo antes da pandemia, foi equivalente a 9% do PIB (**FIGURA 2**). Apesar do país contar com o SUS, que provê cobertura universal de saúde e é a única fonte de cobertura para aproximadamente três quartos da população, o gasto público corresponde a menos da metade do gasto total com saúde. Enquanto o gasto público nesse ano equivalia a 3,8% do PIB, o gasto privado correspondia a 5,2% do PIB. Na comparação internacional, o nível do gasto público com saúde em relação ao PIB está próximo ao esperado para o nível de renda do país, mas abaixo dos países da região e de alta renda.

Já o gasto privado em relação ao PIB está acima do esperado para o nível de renda do país e de todos os países em perspectiva comparada, com exceção dos Estados Unidos. Chama atenção, portanto, o nível elevado de gasto privado com saúde com relação ao PIB, que chega a ser maior do que em países que não contam com um serviço nacional de saúde, como o Chile. Esse gasto privado pode ser dividido em gasto do próprio bolso (ou seja, pagamentos feitos diretamente pelas famílias na compra de bens e serviços de saúde) e gasto com planos e seguros (ou seja, gasto com seguros de saúde privados). No Brasil, em comparação internacional, o gasto do próprio bolso está um pouco acima do nível esperado em relação ao nível de renda do país (2,3% do PIB) enquanto o gasto com planos e seguros de

saúde privados está significativamente acima do esperado (2,9% do PIB). De fato, o Brasil é um dos dez países com maior gasto em seguros de saúde privados em relação ao PIB.

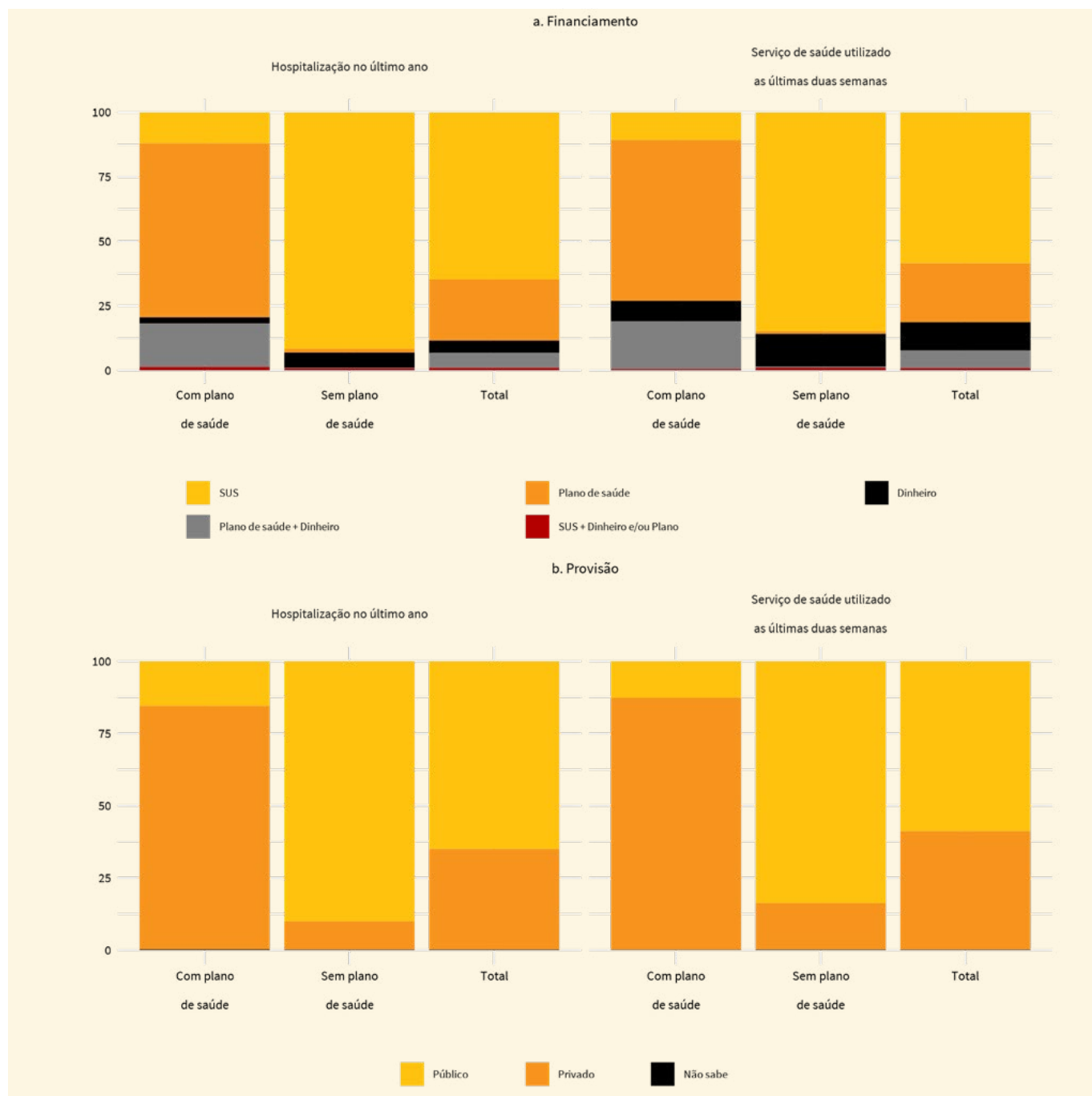
FIGURA 2 – GASTO COM SAÚDE COMO % DO PIB SEGUNDO PIB PER CAPITA



Nota: elaboração própria com base em dados do IHME e Banco Mundial. Dados de 2019 a preços constantes de 2015.

Considerando a classificação de sistemas de saúde em países de baixa e média renda proposta por Mackintosh et al (2016), baseada no mix público/privado, esses dados contribuem para situar o Brasil na categoria de “setor privado de alto custo, no topo de um sistema estratificado”. E esse setor privado tem um papel relevante na provisão de serviços de atenção primária e hospitalares. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, aproximadamente 40% das hospitalizações e 30% dos atendimentos foram realizados em estabelecimentos privados e financiados por planos de saúde e/ou pagamentos do próprio bolso (**FIGURA 3**).

FIGURA 3 – UTILIZAÇÃO POR ESQUEMA DE FINANCIAMENTO E SETOR DE PROVISÃO



Nota: elaboração própria com base em dados da PNS 2019. A figura mostra para dois tipos de serviços de saúde (qualquer serviço utilizado nas últimas duas semanas e hospitalização no último ano), a distribuição segundo quem financiou o serviço (Painel a) e segundo o tipo de estabelecimento onde foi realizado (Painel b)

Outra forma de avaliar o mix público/privado no financiamento da saúde no Brasil é comparando o gasto público e o gasto privado com seguros “por segurado” em diferentes funções, calculando quanto é gasto pelo governo em relação à população coberta pelo SUS com quanto é gasto em planos de saúde privados em relação ao número de beneficiários de planos privados com cobertura médica para diferentes rubricas de gasto. A **TABELA 2** mostra que o gasto por segurado no setor público no Brasil é um terço do gasto por segurado no setor privado. Nos países da OCDE, onde, com poucas exceções, a maior parte dos seguros de saúde privados complementam ou suplementam a cobertura do setor público ao invés de duplicá-la, como no Brasil, a relação se inverte e o gasto por segurado com

seguros privados é aproximadamente 57% do gasto público. Quando comparado com o gasto no setor público no Brasil (26%) e na OCDE (26%), o setor privado no país destaca-se pela elevada parcela dos gastos dedicada aos cuidados hospitalares (33%). O setor destaca-se também pela elevada parcela dos gastos que é consumida pela gestão e regulação do subsistema privado (14%). Vale a pena destacar também que a parcela dos gastos em procedimentos de exame e diagnóstico é elevada no país: tanto no setor público (13%) quanto no setor privado (17%) é entre três e quatro vezes maior do que a média dos países da OCDE (4% no público e 6% no privado).

TABELA 2 – GASTO POR SEGURADO, FINANCIAMENTO PÚBLICO VS. PRIVADO (PLANOS E SEGUROS)

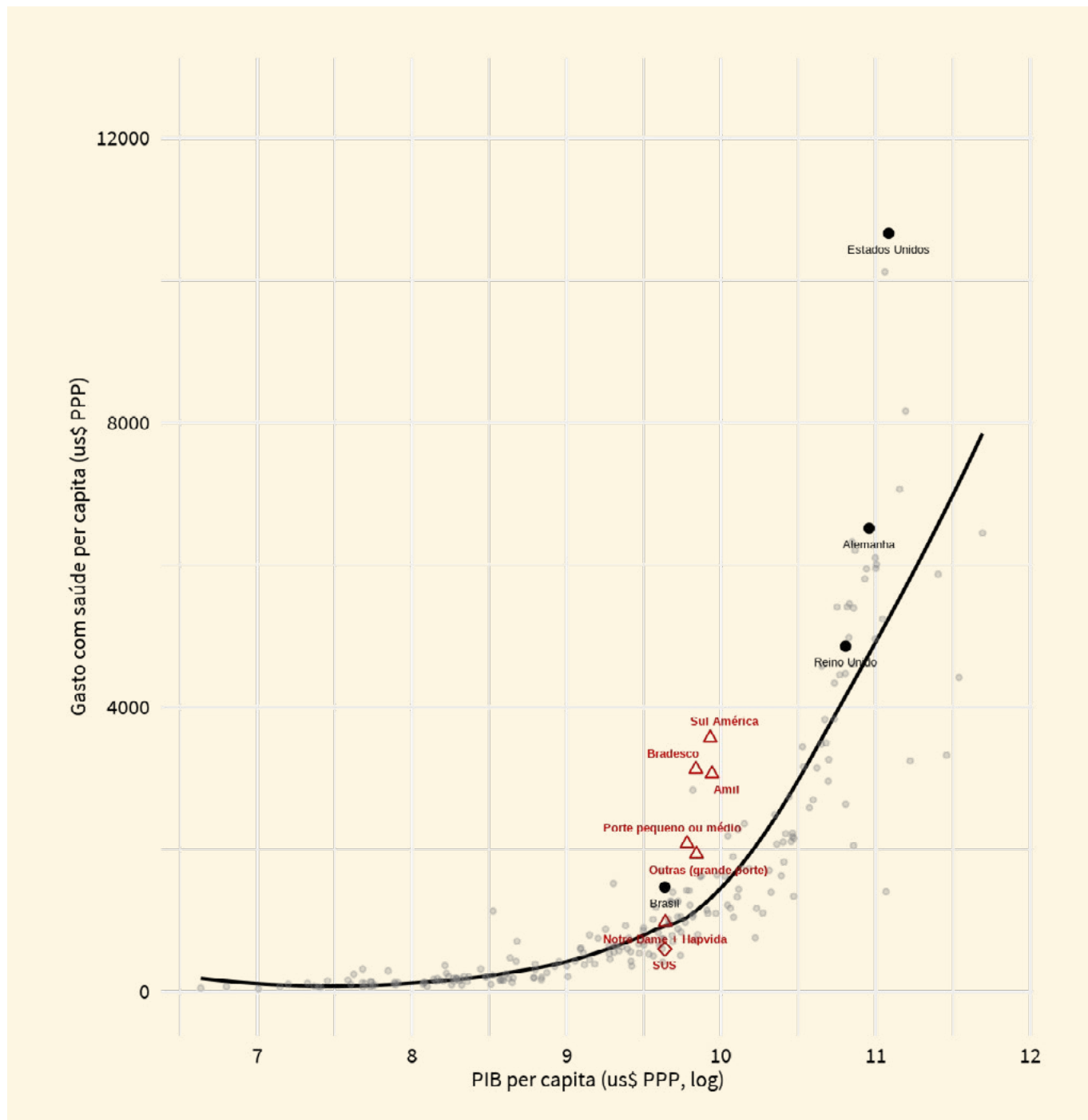
	BRASIL		OCDE	
	Público	Privado	Público	Privado
Total	\$603	\$1.892	\$3.370	\$1.913
Cuidados hospitalares	26%	33%	26%	17%
Cuidados ambulatoriais	38%	26%	24%	32%
Cuidados de longo prazo	1%	3%	20%	3%
Medicamentos e artigos médicos	5%	2%	15%	31%
Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	13%	17%	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.

É importante ressaltar também que o financiamento à saúde no setor de planos e seguros privados é altamente heterogêneo. A **FIGURA 4** mostra as despesas per capita com saúde em dólares de paridade de poder aquisitivo (US\$ PPP) por país e para as maiores operadoras de planos e operadoras de saúde do Brasil. Os resultados ilustram a heterogeneidade do setor. As despesas ao ano por beneficiário da Amil (US\$3.064 PPP), Bradesco (US\$3.130 PPP) e Sul América (US\$3.568), por exemplo, estão próximas dos níveis de gasto com saúde per capita de países de alta renda como Coreia do Sul (US\$3.498 PPP) ou Israel (US\$3.144 PPP), e comparativamente mais próximas do gasto no Reino Unido (US\$4.856 PPP) do que do gasto do SUS (US\$600 PPP). O gasto por beneficiário nestas empresas é mais do que o dobro do que o gasto total com saúde per capita no país considerando a totalidade da população (US\$1.471 PPP). Já o gasto por beneficiário de outras operadoras de grande porte (US\$ 1.938 PPP) e de operadoras de pequeno ou médio portes (US\$ 2.085 PPP) é mais do que três vezes maior do que o gasto público, e mais próximo da média do gasto total no país. Dentro do setor privado, a exceção é a NotreDame Hapvida: a despesa por beneficiário (US\$980 PPP) encontra-se mais próxima da média do SUS e da

despesa total com saúde per capita no país, e é três vezes menor do que nas outras grandes operadoras. Neste sentido, a heterogeneidade no sistema de saúde brasileiro não existe somente na divisão entre os subsistemas público e privado, senão também no interior dos mesmos.

FIGURA 4 – PIB PER CAPITA E GASTO COM SAÚDE (2019)



Nota: elaboração própria com base em dados do Banco Mundial, ANS e IBGE. 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 com saúde per capita no Brasil. Todos os valores estão expressos em US\$ PPP de 2019.

1.1.3 O mix público-privado na prestação de serviços

As disparidades no financiamento à saúde entre o setor público e o privado estão refletidas nas diferenças na disponibilidade de recursos para provisão de serviços de atenção à saúde. A **FIGURA 5** mostra a disponibilidade de recursos per capita no Brasil (“Total Brasil”, barra vermelha), em três países de alta renda paradigmáticos dos modelos de sistema de saúde apresentados acima (Alemanha, Estados Unidos e Reino Unido, barras cinza) e na média dos países da OCDE (linha tracejada). Adicionalmente, a figura mostra a distribuição de recursos entre o setor privado e o setor público no país, considerando a disponibilidade por segurado a partir de duas óticas diferentes: segundo os recursos que estão ou não disponíveis para o SUS (barras amarelas), independentemente da natureza jurídica do estabelecimento, e segundo a natureza jurídica dos estabelecimentos, se públicos ou privados (barras laranjas), independentemente se estão ou não disponíveis para o SUS⁷. Olhando para os recursos totais per capita disponíveis no país, o nível geralmente encontra-se próximo da média da OCDE (por exemplo, hospitais e tomógrafos) ou abaixo da mesma, mas com valores similares aos de pelo menos um dos países de alta renda destacados (leitos, médicos e máquinas de ressonância). No entanto, ao olharmos a disponibilidade por subsistema, vemos que a quantidade de recursos no setor privado é amplamente superior à disponibilidade no setor público e, em alguns casos, também à disponibilidade nos países de alta renda. Os casos mais marcantes são a disponibilidade de médicos (5 médicos sem vínculo com SUS para cada 1.000 beneficiários de planos de saúde), de tomógrafos (aproximadamente 56 equipamentos não disponíveis para o SUS por milhão de beneficiários de planos de saúde) e de ressonâncias magnéticas (aproximadamente 33 equipamentos não disponíveis para o SUS por milhão de beneficiários de planos de saúde).

7 Os recursos podem pertencer a estabelecimentos privados e estarem disponíveis para o SUS (por exemplo, um médico ocupado em um hospital filantrópico que presta serviços para o SUS ou um tomógrafo em um estabelecimento privado contratado pelo SUS para a realização de exames) ou pertencerem a estabelecimentos públicos e não estarem disponíveis para o SUS (por exemplo, um leito hospitalar em um hospital militar) (Portela et al, 2023).

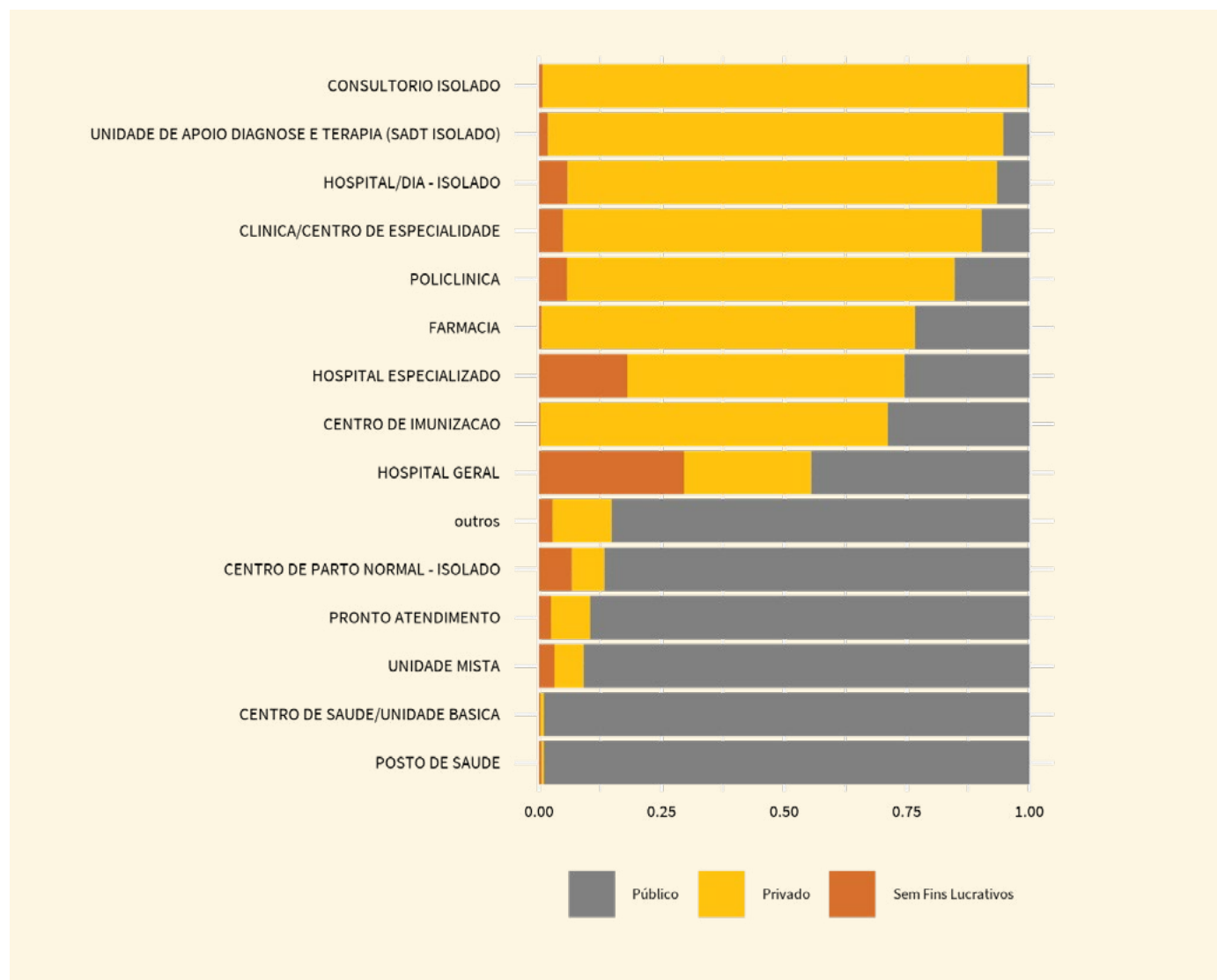
FIGURA 5 – DISPONIBILIDADE DE RECURSOS NOS SUBSISTEMAS EM COMPARAÇÃO INTERNACIONAL



Nota: Elaboração própria com base em dados do CNES e da OCDE. A figura mostra a disponibilidade de recursos per capita no Brasil (barra vermelha), na Alemanha, nos Estados Unidos, no Reino Unido (barras cinzas) e na média dos países da OCDE (linha tracejada). Adicionalmente, a figura mostra a distribuição de recursos entre o setor privado e o setor público no país, considerando a disponibilidade de recursos por segurado desde duas óticas diferentes: segundo se os recursos estão disponíveis para o SUS (barras amarelas) e segundo a natureza jurídica dos estabelecimentos (barras laranjas).

Outro ponto relevante sobre o mix público-privado é a heterogeneidade do tipo de estabelecimentos preponderantes em cada subsistema. As diferenças são particularmente marcadas nos estabelecimentos que oferecem serviços ambulatoriais: enquanto o setor privado é preponderante nos consultórios isolados e clínicas de especialidades, quase a totalidade dos postos e unidades básicas de saúde são do setor público (**FIGURA 6**). O setor privado tem também uma participação preponderante no setor de unidades isoladas de serviços de apoio de diagnóstico e terapia. No setor hospitalar, tanto de hospitais gerais quanto de hospitais especializados, observam-se participações relevantes do setor público, do setor privado e do setor privado sem fins lucrativos.

FIGURA 6 – MIX PÚBLICO/PRIVADO POR TIPO DE ESTABELECIMENTO



Nota: elaboração própria com base em dados do CNES. A figura mostra o percentual de estabelecimentos públicos, privados e privados sem fins lucrativos para diferentes tipos de estabelecimento.

1.2

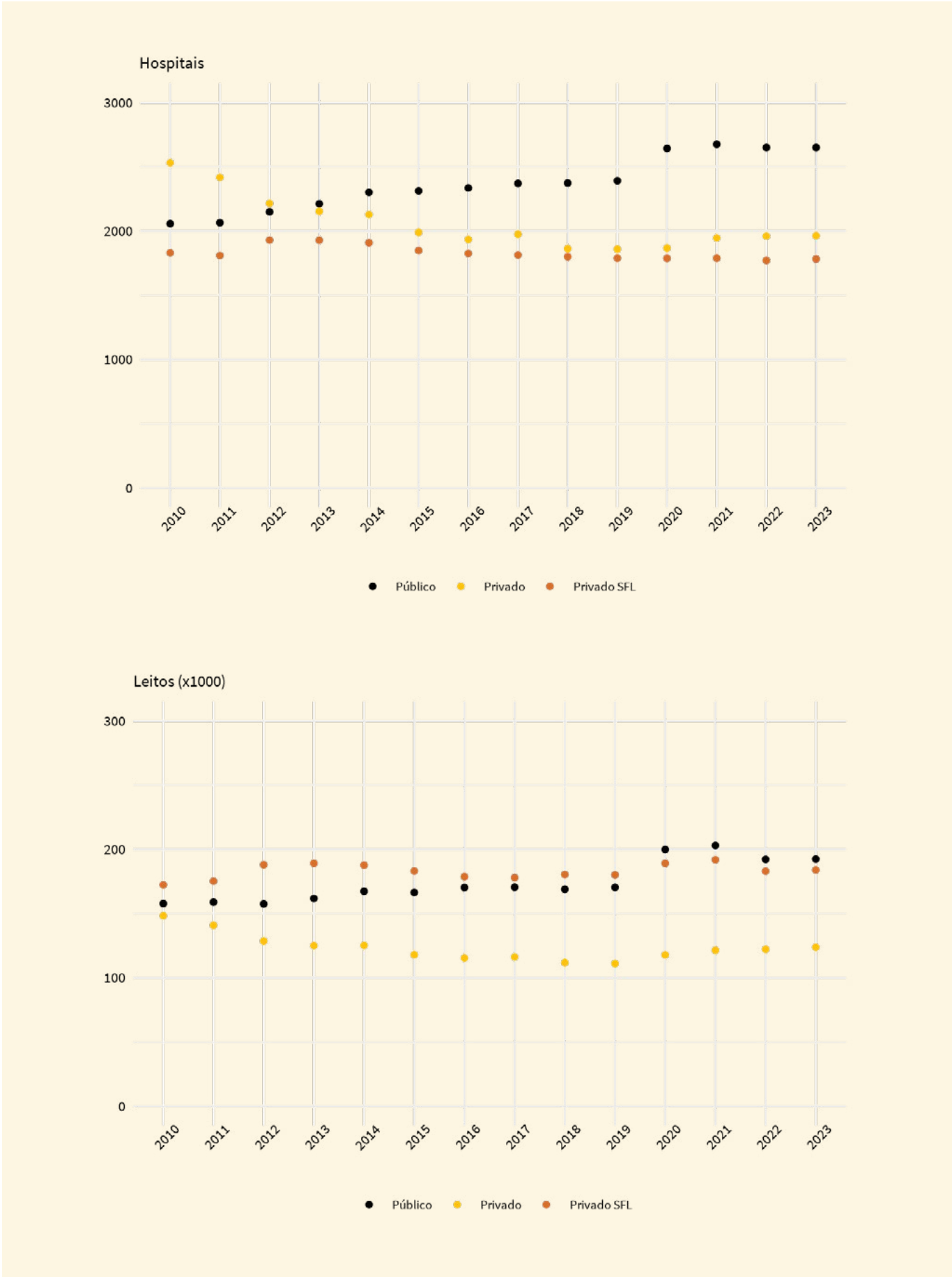
Posicionamento dos prestadores privados: evolução recente e situação atual

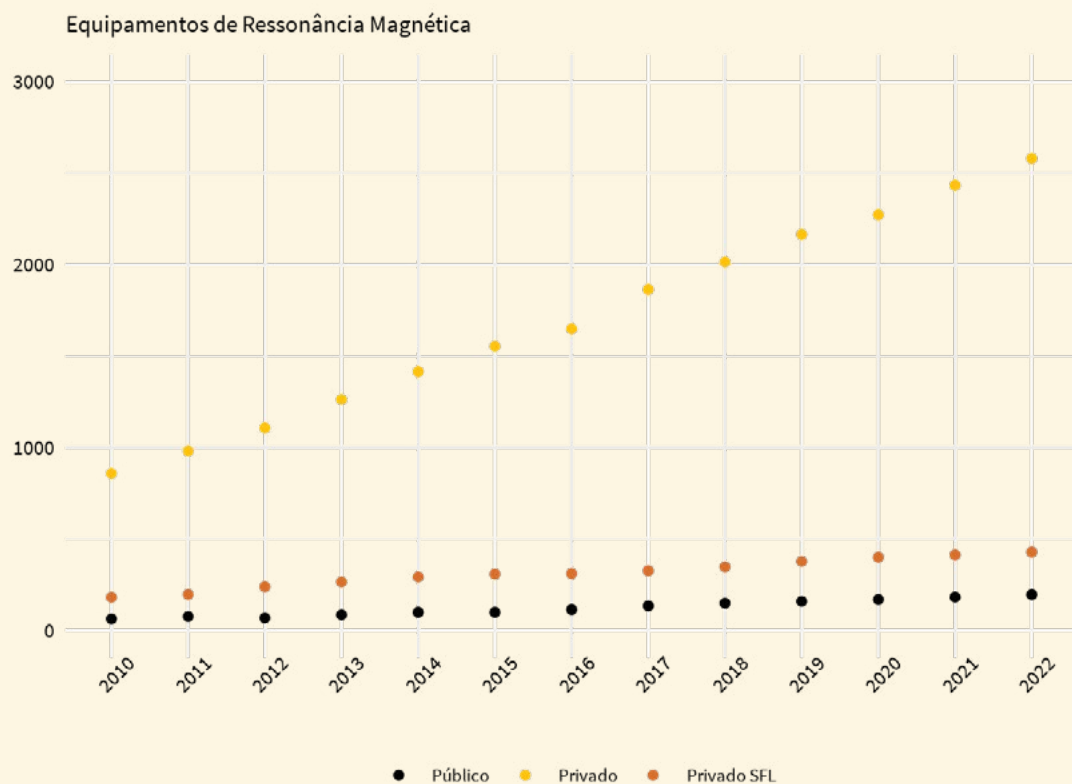
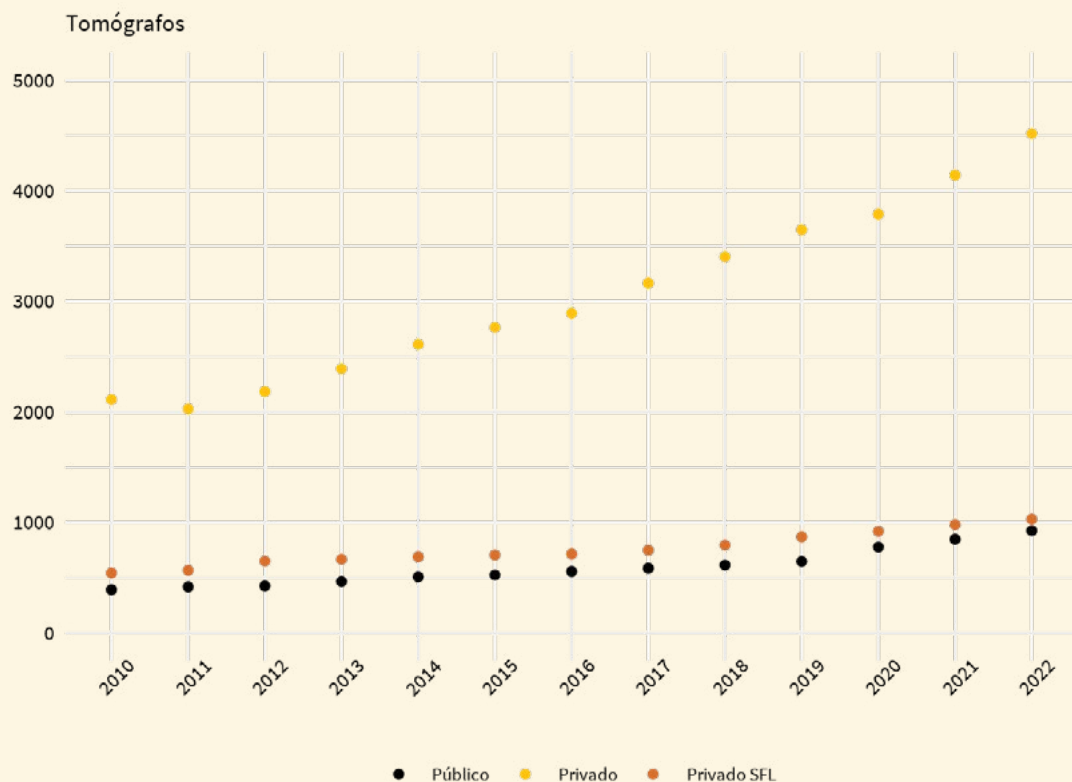
Nesta seção, analisamos a dinâmica ao longo do tempo dos prestadores privados em relação à oferta de diferentes equipamentos (hospitais, leitos, ressonâncias magnéticas e tomógrafos), quais são os determinantes dessa oferta e como são utilizados esses equipamentos. Ao longo da seção, a dinâmica é apresentada utilizando o setor público como referência: comparamos a tendência na oferta e utilização dos equipamentos entre os setores, avaliamos como evoluiu a oferta privada em resposta aos vazios assistenciais no setor público e analisamos a possibilidade de utilização de serviços privados pelo SUS.

Os resultados da **FIGURA 7** mostram que a dinâmica de crescimento entre 2010 e 2022 não foi a mesma para todos os tipos de recursos: houve uma queda no número de hospitais e leitos no setor privado (em paralelo ao crescimento no setor público e da estabilidade no setor privado sem fins lucrativos), enquanto houve um aumento acelerado na capacidade instalada de equipamentos para exames de diagnóstico⁸. A diferença em nível na quantidade desses equipamentos em cada setor é muito marcada. Em 2022, havia no Brasil 2.581 máquinas de ressonância magnética e 4.517 tomógrafos em estabelecimentos privados. Em estabelecimentos públicos e privados sem fins lucrativos essas quantidades eram de 196 e 428 ressonâncias, e 926 e 1.030 tomógrafos, respectivamente.

8 Houve também, neste período, uma expansão marcada do setor privado na oferta de clínicas isoladas e de pequeno porte (também chamadas de “clínicas populares”), ver Rosa (2024).

FIGURA 7 - EVOLUÇÃO DE RECURSOS FÍSICOS POR SETOR





Nota: elaboração própria com base em dados do CNES. Em cada caso, as figuras mostram o número total de estabelecimentos ou equipamentos no Brasil segundo a natureza jurídica do estabelecimento. SFL: sem fins lucrativos.

Um ponto relevante sobre a dinâmica dos prestadores privados é como a mesma se relaciona com os serviços disponibilizados pelo SUS. Modelos econômicos de escolha dos usuários em contextos nos quais serviços de saúde estão disponíveis nos setores público e privado incluem diferenças de qualidade e nos tempos (filas) de espera para acessar esses serviços como determinantes da escolha entre setores (Pita Barros e Siciliani, 2011). Apesar do SUS em princípio cobrir cuidados de maneira integral e gratuita no ponto de uso para a toda a população, eventualmente os serviços podem estar indisponíveis em determinados locais (e o deslocamento pode gerar um custo e/ou um aumento no tempo de espera para os usuários), os tempos de espera podem ser muito elevados ou os usuários podem avaliar os mesmos como de qualidade relativamente mais baixa. Nessas situações, os usuários com capacidade de pagamento podem estar dispostos a contratar serviços privados, através de pagamentos diretos ou da contratação de planos de saúde. É previsível, então, que os prestadores privados orientem os seus investimentos para a construção de capacidade para atender à demanda por serviços de atenção à saúde em locais nos quais a provisão no SUS seja comparativamente menor e exista população com poder de compra para contratar esses serviços.

Para analisar se a expansão de serviços no setor privado está associada a déficits na provisão desses serviços no SUS, avaliamos a correlação entre vazios assistenciais (*deficits*) no primeiro ano de nossa análise (2010) e a variação na oferta ao longo dos anos seguintes. Por não contarmos com dados detalhados sobre filas de espera ou qualidade de atendimento ao nível local no SUS para o período de análise, definimos os *deficits* assistenciais comparando a disponibilidade de recursos (hospitais, leitos, tomógrafos e ressonâncias magnéticas) nas 450 regiões de saúde do Brasil com a média dessa disponibilidade nos países da OCDE. Definimos a disponibilidade como o número de recursos em relação à população residente em cada região. Desta forma, para uma determinada região de saúde e recurso, o valor do *deficit* indica quão distante estava a disponibilidade nessa região em 2010 da disponibilidade média nos países da OCDE. A expansão dos prestadores privados é definida, para cada recurso, como a diferença na quantidade do mesmo por cada 100 mil habitantes entre 2021 e 2010. Desta forma, valores positivos expressam um aumento na quantidade de recursos privados disponíveis em uma determinada região de saúde, em relação à população, e valores negativos expressam uma queda. Para facilitar a interpretação e comparação dos resultados, normalizamos, em todos os casos, as variáveis referentes aos *deficits*. Assim, mostraremos abaixo coeficientes de regressões lineares – referentes à associação entre o *deficit* no setor público em 2010 e a dinâmica dos prestadores privados no período – que representam a variação na quantidade de recursos ofertados pelo setor privado associada a um aumento de um desvio padrão no *deficit*.

Como a maior parte da contratação de serviços privados acontece através de planos de saúde, e parte significativa da cobertura desses planos é conferida como benefício em vínculos empregatícios formais, é de particular relevância a incorporação como variável na regressão da razão entre o número de empregos formais na região de saúde em 2010 e o tamanho da população em idade ativa (15-64 anos) no mesmo ano. Essa variável serve como uma medida do grau de dinamismo no setor formal da economia,

que determina em grande parte o poder de pagamento pelos serviços privados de saúde. Em todos os casos, adicionamos como controles na regressão outras características das regiões de saúde no ano base.

A **TABELA A1** no apêndice apresenta os resultados desse exercício, que sugerem que as decisões de entrada em um mercado ou expansão por parte dos prestadores privados respondem, de fato, aos *déficits* assistenciais no setor público e estão associadas ao grau de formalidade na economia local. Para hospitais e leitos hospitalares, os maiores *déficits* assistenciais nos serviços públicos de saúde em 2010 apresentaram associação positiva e estatisticamente significativa com a expansão de prestadores privados entre 2010 e 2021 (colunas 1 e 4 da Tabela). Para esses recursos, a associação com a dinâmica de prestadores sem fins lucrativos foi menor do que a associação com a dinâmica de prestadores com fins lucrativos (colunas 2, 3, 5 e 6). Para tomógrafos e ressonâncias magnéticas, o padrão é menos claro. No primeiro caso, há uma associação positiva, enquanto no segundo a associação é praticamente nula. Adicionalmente, os resultados da **TABELA A1** sugerem que, em todos os casos, prestadores privados com fins lucrativos expandiram-se em regiões de saúde com maior grau de dinamismo no setor formal da economia, enquanto o padrão é menos claro para prestadores sem fins lucrativos. A **FIGURA 8** resume as informações da **TABELA A1** de forma gráfica, dividida em painéis de acordo com o tipo de provedor. A linha tracejada no zero simboliza efeito nulo, os pontos representam as estimativas reportadas na tabela e as linhas horizontais os intervalos de confiança de 95% das estimativas.

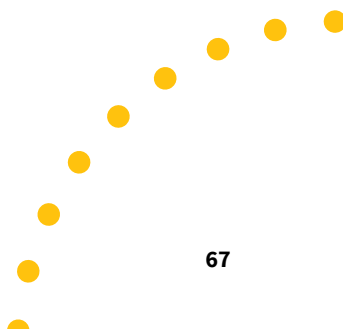
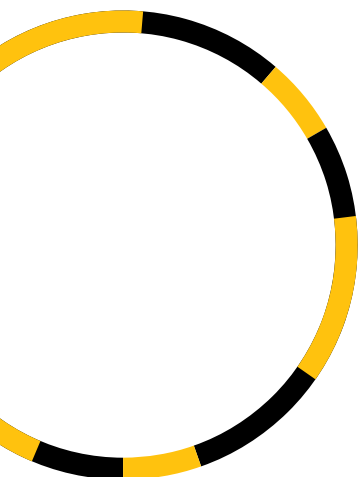
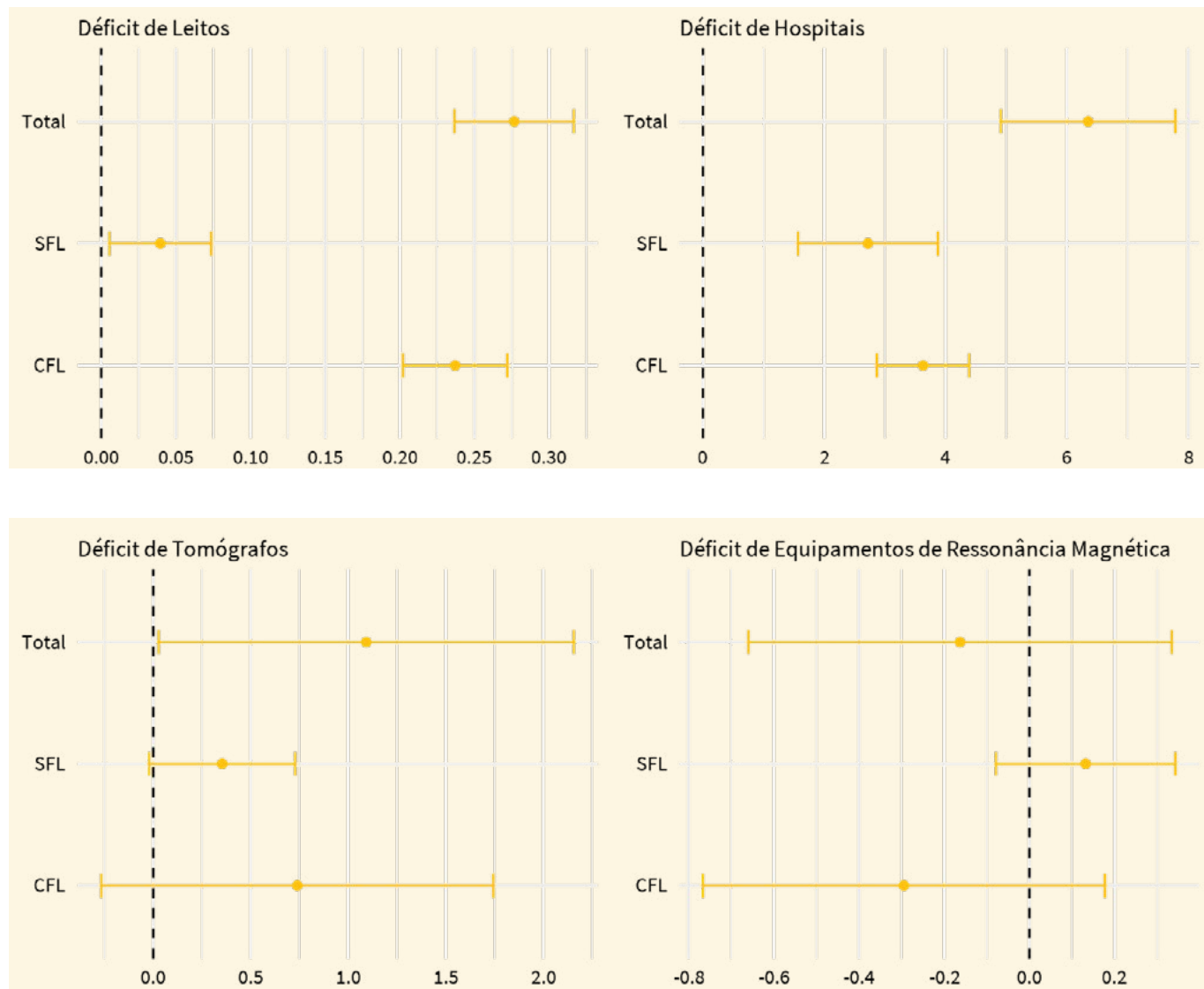


FIGURA 8 - DÉFICITS ASSISTENCIAIS NO SUS E EXPANSÃO DOS PRESTADORES PRIVADOS



Nota: Elaboração própria com base em dados do CNES, RAIS, ANS e IBGE. A base encontra-se ao nível da região de saúde. As variáveis dependentes representam o delta 2021-2010 do total de recursos, total com fins lucrativos e total sem fins lucrativos de leitos, tomógrafos, hospitais, e médicos, respectivamente. Reproduzimos os coeficientes estimados na Tabela A1 separadamente para cada tipo de provedor.

Os resultados da **TABELA A1**, em conjunto com os da **FIGURA 8**, sugerem que prestadores privados têm direcionado os seus investimentos para a expansão de hospitais e abertura de novos leitos hospitalares para regiões onde a disponibilidade de recursos no setor público é comparativamente menor. Para prestadores com fins lucrativos, o dinamismo econômico da região também é um fator determinante para estes investimentos. Adicionalmente, esses resultados sugerem que a rápida expansão da capacidade instalada de equipamentos para análises por imagens – tomógrafos e ressonâncias magnéticas – ocorreu, principalmente, em regiões com maior dinamismo no setor formal da economia, sem responder tão claramente aos déficits no SUS.

Outra questão relevante é como estes recursos privados estão sendo usados, quanto a contratação de serviços para o SUS contribui para essa utilização, e como os níveis de utilização se comparam com os do SUS e os de outros países. Os resultados apresentados na **FIGURA 9** apontam respostas para essas questões. O nível de hospitalizações por 100 mil pessoas cobertas pela saúde suplementar em 2021 (15.783, Painel A) foi próximo

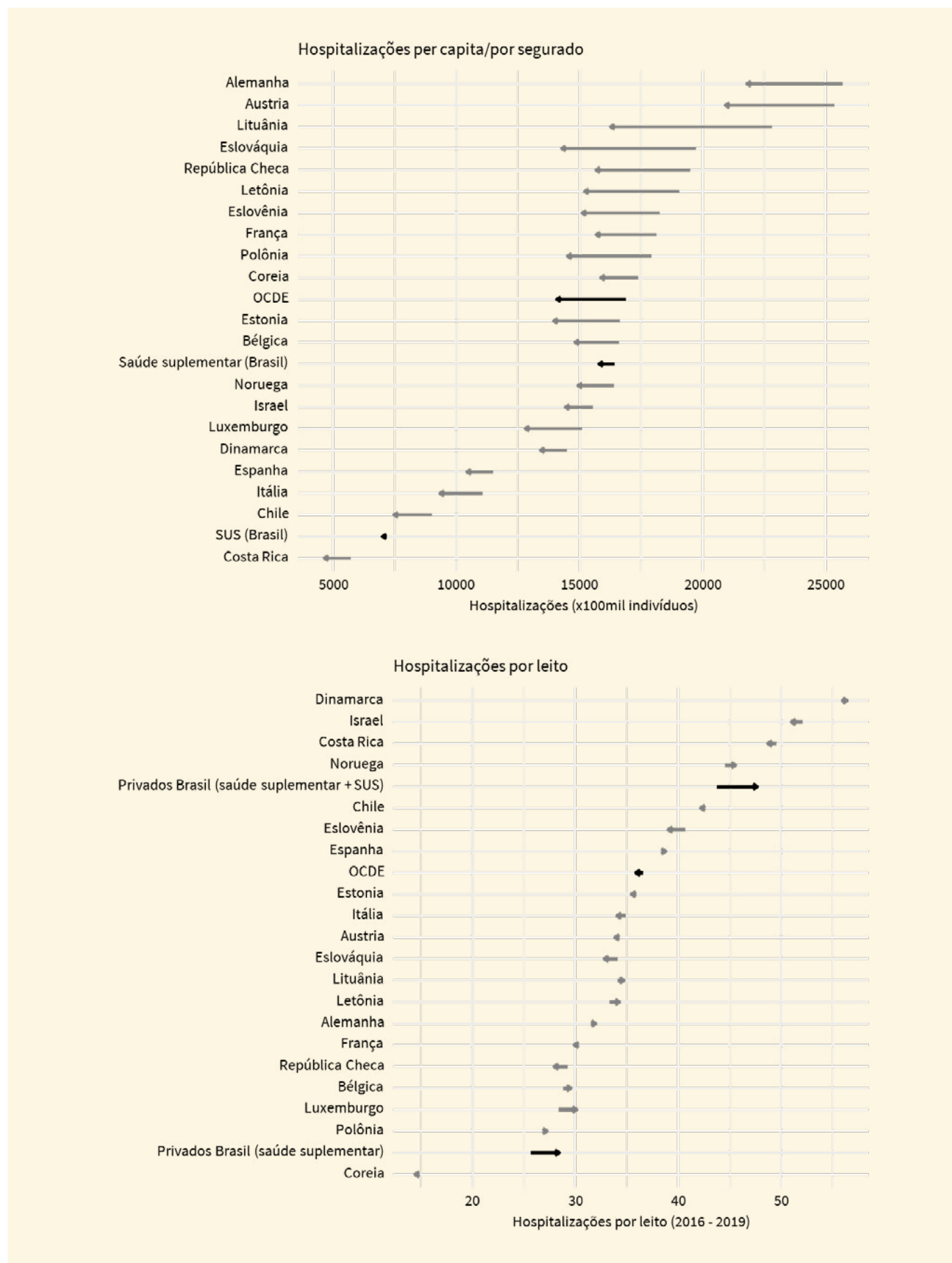
ao de países de alta renda como Bélgica e Noruega, e acima da média dos países da OCDE (14.069 por cada 100 mil habitantes). Já no SUS, o nível foi menos da metade (6.984 por cada 100 mil indivíduos com cobertura exclusiva do SUS⁹). O nível de utilização por leito na rede privada, uma variável importante para avaliar a eficiência na utilização dos recursos e, portanto, os custos, apresentou tendência crescente no período avaliado, alcançando valores superiores em 2019 (48 considerando todas as hospitalizações feitas em estabelecimentos privados, incluindo as contratadas pelo SUS, Painel C) aos da média da OCDE (36). Importante ressaltar que a contratação de serviços da rede privada por parte do SUS contribui marcadamente para os altos níveis de utilização dos leitos hospitalares: sem esta, o nível de utilização (28) estaria entre os menores na comparação internacional, potencialmente refletindo capacidade ociosa de provisão de cuidado.

O cenário é um pouco diferente quando olhamos para tomografias e ressonâncias magnéticas. Por um lado, os níveis de utilização na saúde suplementar são elevados na comparação internacional e apresentaram tendência crescente no período avaliado. Em 2021, o número de tomografias (192 por cada mil segurados, Painel D) e de ressonâncias magnéticas (160 por cada mil segurados, Painel E) na saúde suplementar no Brasil foi superior ao da média dos países da OCDE (163 e 87 por cada mil habitantes, respectivamente) enquanto os níveis no SUS (50 e 9 por cada mil indivíduos com cobertura exclusiva do SUS, respectivamente) estiveram entre os menores na comparação internacional. A utilização de ressonâncias magnéticas na saúde suplementar no Brasil, especificamente, é a maior dentre os países considerados.

Por outro lado, o número de procedimentos por tomógrafos e ressonâncias magnéticas privados é relativamente baixo, sugerindo que parte desses equipamentos estão, em média, ociosos. O número de tomografias por tomógrafo privado em 2021 (1.832 considerando somente exames financiados pela saúde suplementar e 2.576 considerando também exames contratados pelo SUS na rede privada) esteve consideravelmente abaixo da média da OCDE (7.208), e entre os menores do mundo. O número de exames ressonâncias magnéticas por máquina privada em 2021 (2.751 considerando somente exames financiados pela saúde suplementar e 3.095 considerando também exames contratados pelo SUS na rede privada) também está muito abaixo da média da OCDE (5.619). Adicionalmente, enquanto na média dos países da OCDE houve uma tendência crescente na utilização dos equipamentos no período analisado, o nível de utilização dos tomógrafos no Brasil está estagnado, enquanto caiu em termos relativos a utilização das máquinas de ressonância.

9 Isto é, considerando a parcela da população do Brasil que não possuía cobertura de planos de saúde suplementar com assistência médica.

FIGURA 9 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (2016 - 2021)

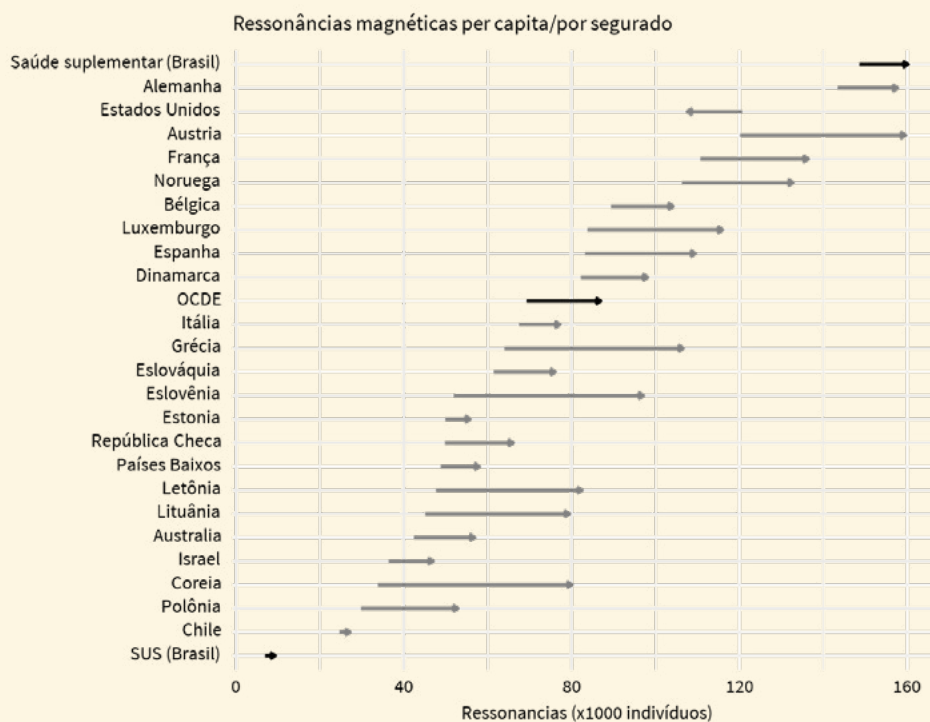


Tomografias per capita/por segurado



Tomografias por tomógrafo

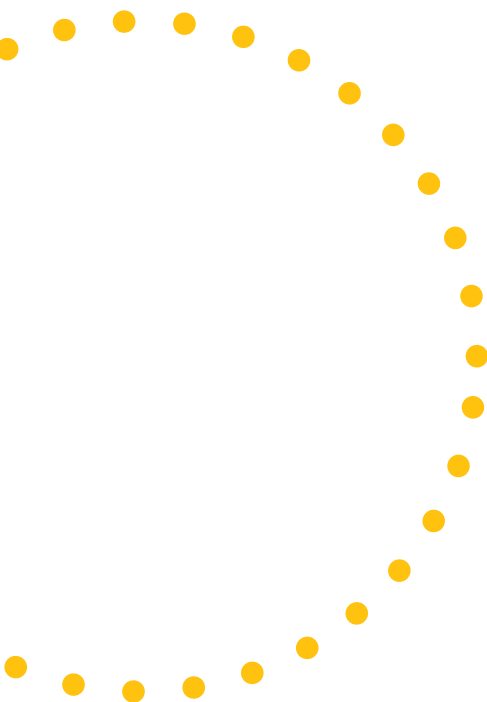




Nota: elaboração própria em base a dados da OCDE, SIA/Datasus, SIH/Datasus, CNES e SIP/ANS. Os painéis à esquerda apresentam as taxas de utilização de hospitalizações, tomografias e ressonâncias magnéticas na população de países da OCDE, na saúde suplementar no Brasil e no SUS. Para o cálculo das taxas de utilização na saúde suplementar foi considerada a população com cobertura de planos de saúde com assistência médica. Para o cálculo das taxas de utilização no SUS foi considerada o restante da população (isto é, subtraímos do total da população o número de indivíduos com cobertura da saúde suplementar). Os painéis à direita apresentam as taxas de utilização dos equipamentos em países da OCDE e em estabelecimentos privados no Brasil. As taxas de utilização nos estabelecimentos privados no Brasil são apresentadas considerando somente serviços contratados pela saúde suplementar (com dados do SIP/ANS) e considerando a soma destes com os serviços contratados pelo SUS na rede privada (incluindo também dados do SIH e SIA/Datasus). Os serviços pagos do bolso por usuários de equipamentos privados no Brasil não foram considerados por falta de dados.

Esse panorama dos níveis de utilização de serviços de saúde, e dos equipamentos para eles necessários, sugere que existem desafios para o setor da saúde suplementar. Os elevados e crescentes níveis de utilização de exames podem ser resultado, em parte, de modelos de pagamento baseados no pagamento por serviços (*fee-for-services*) que incentivam a sobreutilização (Rice, 2021). O excesso de custos associados a essa utilização recai nas operadoras de planos de saúde, afetando os resultados operacionais das mesmas e colocando pressão para uma elevação do preço das mensalidades.

Trata-se de um vetor estrutural de preocupação na saúde suplementar: em um contexto de expansão acelerada da capacidade instalada em equipamentos e diagnóstico, e baixa utilização, que resulta em capacidade ociosa, os prestadores têm incentivos para continuar com níveis elevados de utilização. Nesse contexto, existem incentivos para que as operadoras desenvolvam novos modelos de operação que lhes permitam exercer maior controle sobre a evolução dos custos¹⁰. E abre-se espaço para que o setor público identifique formas de otimizar o uso desses equipamentos, a baixo custo, aumentando a eficiência no uso de recursos e a oferta do serviço para o SUS.



10 Por exemplo, estudo recente conduzido pelo Hospital Albert Einstein sobre cirurgias indicadas para endometriose mostrou que 22% das indicações cirúrgicas não tinham necessidade. Fonte: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2024/02/programa-do-einstein-detecta-que-22-das-cirurgias-de-endometriose-sao-desnecessarias.shtml>. Acesso em 05/03/2024

1.3

Posicionamento das Operadoras de Planos de Saúde: Evolução e situação atual

Nesta seção, analisamos a dinâmica recente das operadoras de planos de saúde. O setor de operadoras de planos privados passou por mudanças estruturais no final da década de 90 que foram determinantes para as características que o setor tem atualmente¹¹. Apresentamos nesta seção dados a respeito da situação atual bem como da evolução ao longo dos últimos anos. Ainda, considerando a concentração neste setor, realizamos recortes específicos para alguns dos seus principais atores. Por fim, buscamos realizar análises que ajudem a compreender os desafios do setor, em que medida a crise atravessada nos dias de hoje é conjuntural, e se existem indícios de problemas estruturais que precedem a turbulência iniciada pela pandemia em 2020. Importante mencionar que optamos por considerar apenas planos e operadoras de assistência médico-hospitalar, desconsiderando os exclusivamente odontológicos, e na maioria das análises realizamos um recorte temporal restrito a anos recentes por limitações de dados.

As operadoras de planos de saúde possuem perfis organizacionais e portes distintos¹², e os planos por elas oferecidos se diferenciam de acordo com o tipo de contratação¹³. Com base em definições da ANS, as **TABELAS 3 E 4** resumem as principais características dos perfis organizacionais e tipos de contratação, respectivamente. Em relação ao porte, operadoras de pequeno porte são aquelas com até 20 mil beneficiários, médio porte são as que possuem de 20 a 100 mil beneficiários, e grande porte são as que possuem mais de 100 mil beneficiários.

11 Em 1998, a Lei 9656/1998 regulamentou a saúde suplementar no Brasil, formalizando direitos e deveres para usuários e operadoras. A lei estabeleceu requisitos para que as operadoras obtivessem autorização de funcionamento com o objetivo de aumentar a transparência no setor e proteger os beneficiários. Em 1999, planos contratados a partir desta data se tornaram obrigados a cumprir com o rol de procedimentos. Em 2000, foi criada a ANS, responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades das operadoras (Wang et al, 2022).

12 Fonte: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/registro-e-manutencao-de-operadoras/registro-de-operadora-1/resumo-sobre-as-modalidades-organizacionais>. Acessado em 29/02/2024

13 Fonte: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude>. Acessado em 22/07/2024

TABELA 3 – MODALIDADE DE OPERADORAS DE PLANOS

Modalidade	Descrição
Administradora de Benefícios	Considera-se administradora de benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo atividades previstas em regulamentação específica.
Autogestão	De uma forma ampla classificam-se nesta modalidade as operadoras que oferecem planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a entidade instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde.
Cooperativa Médica	São pessoas jurídicas constituídas na forma da Lei nº 5.764/71 e que operam planos privados de assistência à saúde.
Filantropia	São pessoas jurídicas que não possuem fins lucrativos e são reconhecidas pelos órgãos competentes como sendo de utilidade pública.
Seguradora	São as sociedades seguradoras que operam seguro de saúde e possuem objeto social exclusivo para a atuação no setor de saúde suplementar, nos termos da Lei nº 10.185, de 2001.
Medicina de Grupo	São todas as operadoras de planos médicos ou odontológicos que não se enquadram nas classificações anteriormente citadas.

Nota: Elaboração própria com base em critérios definidos pela ANS.

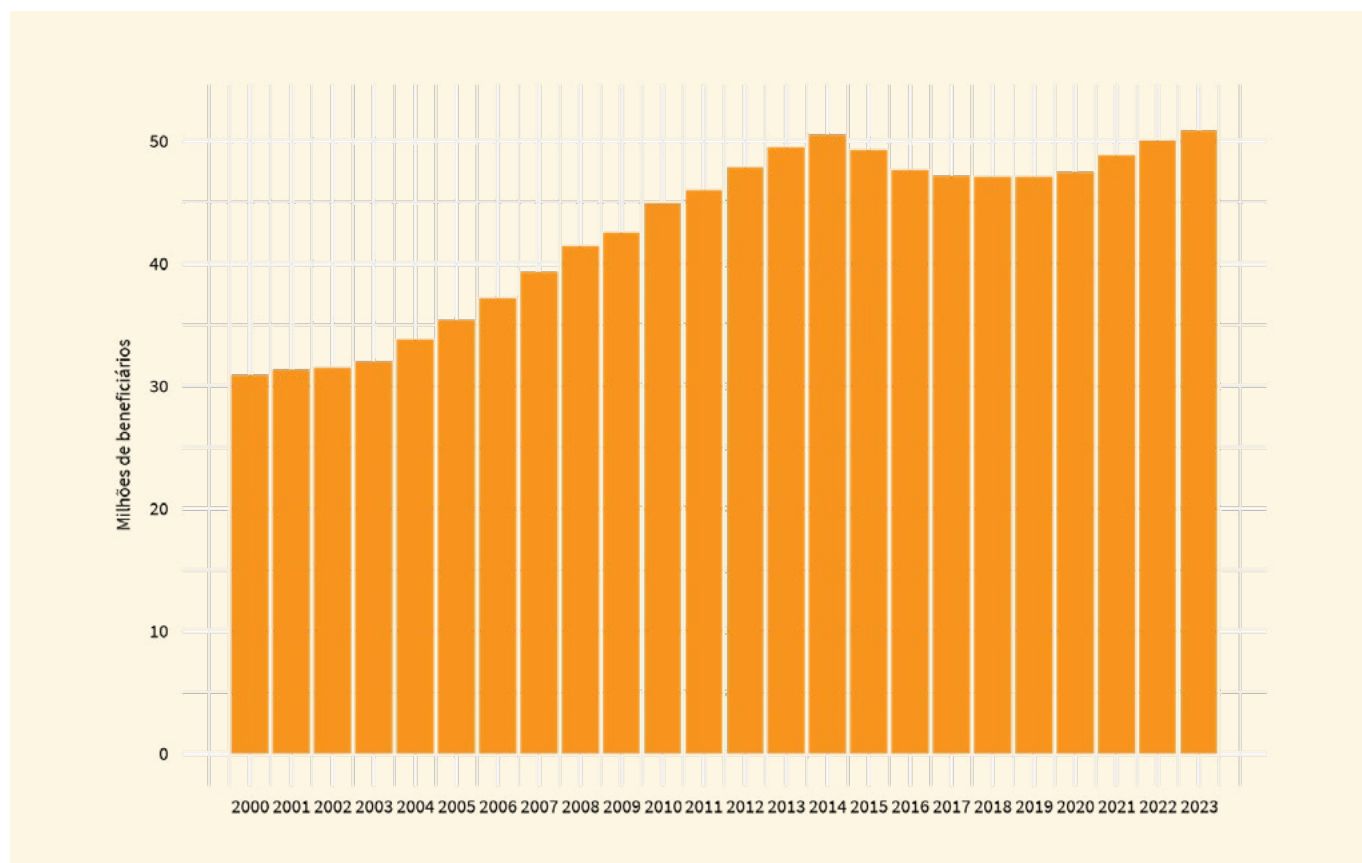
TABELA 4 – PLANOS POR TIPO DE CONTRATAÇÃO

Classificação	Adesão	Cobertura	Rescisão	Regulado pela ANS
Individual ou Familiar	Livre	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos	Apenas em caso de fraude e/ou falta de pagamento	Sim
Coletivo por Adesão	Exige vínculo com associação profissional ou sindicato	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos	Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo	Não
Coletivo Empresarial	Exige vínculo com pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos	Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo	Não

Nota: Elaboração própria com base em critérios definidos pela ANS.

De forma mais ampla, observamos na **FIGURA 10** que, após crescimento no início dos anos 2000, nos últimos dez anos a base de usuários se manteve relativamente estável – entre 45 e 50 milhões de beneficiários. Em particular, após um período de expansão até 2014, o setor observou uma retração que durou até 2019, acompanhando a perda de dinamismo na economia do país no período. O número de beneficiários foi aproximadamente 7% menor em 2019 do que em 2014.

FIGURA 10 – EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS



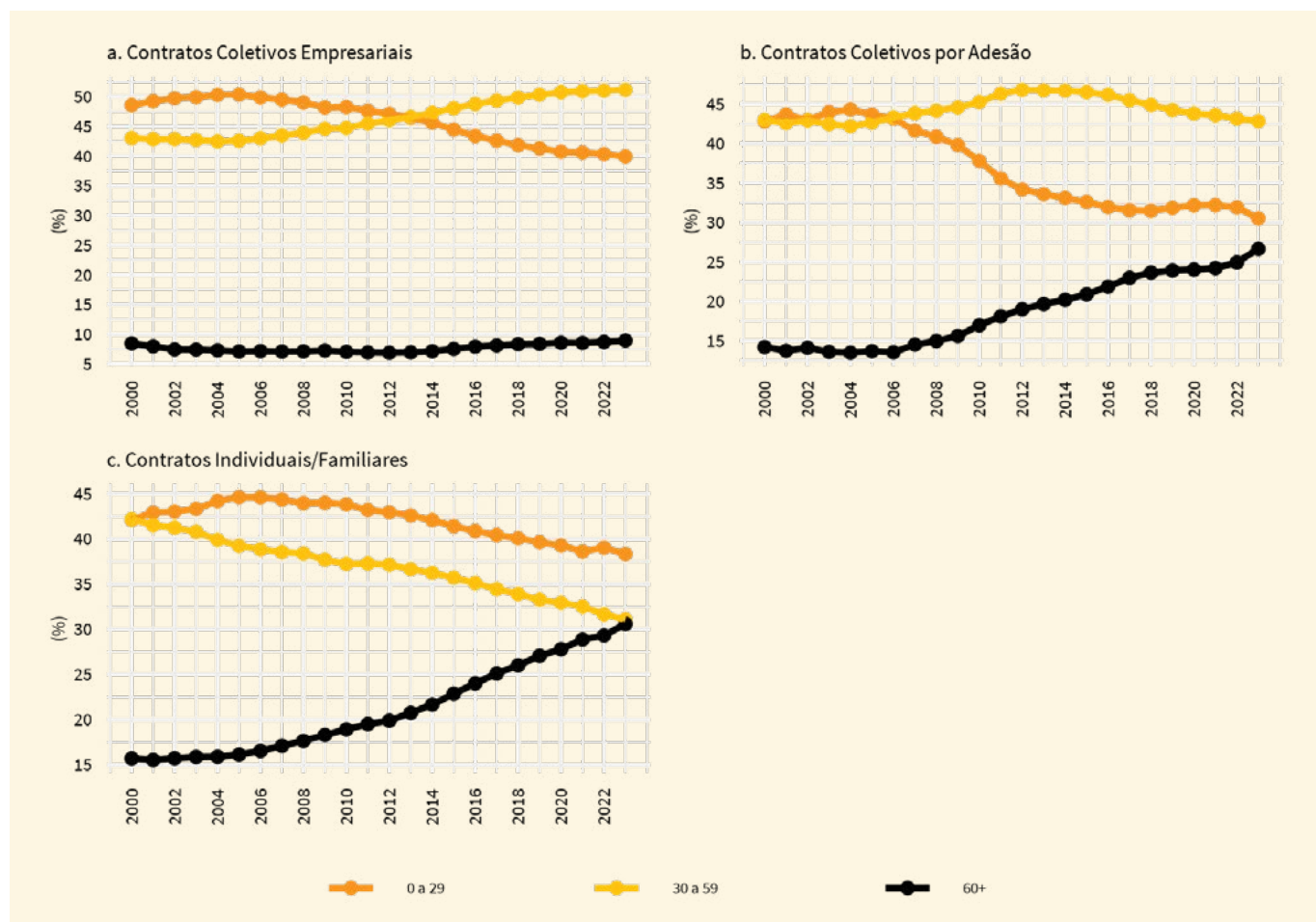
Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. A figura mostra a evolução do número de beneficiários (em milhões) de 2000 a 2023.

Analisando a evolução de beneficiários sob outros prismas, apresentamos na Figura A2 do apêndice um recorte por modalidade de operadora. Nela, notamos o destaque de Medicinas de Grupo (ex: Amil, Notredame Hapvida e Sul América) e Seguradoras Especializadas em Saúde (ex: Bradesco). Na Figura A3 no apêndice apresentamos a evolução por tipo de plano, considerando o recorte de planos individuais versus coletivos (por adesão e empresariais). Os planos coletivos empresariais, além de mais representativos em volume, também constituem o único segmento que tem observado aumentos nos últimos anos. Planos coletivos por adesão e individuais/familiares, por outro lado, observam estagnação.

Uma das diferenças entre os diferentes tipos de planos está na composição da carteira de beneficiários. A **FIGURA 11** mostra a composição etária das carteiras de planos coletivos empresariais, coletivos por adesão, e individuais ou familiares através dos percentuais de beneficiários em três faixas etárias: de 0 a 29 anos, 30 a 59, e maiores de 60 anos. Enquanto nos empresariais jovens e adultos representam cerca de 90% da composição

das carteiras, nos coletivos por adesão e individuais os idosos chegam a representar cerca de 25 a 30% dos beneficiários. Notavelmente, esse número representa mais do que o dobro do registrado no início dos anos 2000 para os dois tipos de planos, indicando que houve um envelhecimento significativo dessas carteiras no período analisado. O envelhecimento das carteiras pode refletir tanto um maior contingente de idosos dentre os contratos pré-existentes em paralelo a aumentos na expectativa de vida, quanto a entrada de novos idosos e/ou saída de jovens e adultos da carteira de beneficiários. A esse respeito, a Figura A4 no apêndice mostra o saldo (entradas – saídas) de beneficiários por faixa etária e tipo de contratação (coletivos por adesão *versus* individuais ou familiares). A faixa dos 30 a 59 anos apresentou maior variabilidade, com mais saídas especialmente nos planos individuais. Os mais jovens (0 a 29 anos) apresentaram no geral mais entradas do que saídas, enquanto o inverso aconteceu com idosos (60 ou mais). Ou seja, o envelhecimento das carteiras acontece mesmo com a saída líquida de idosos.

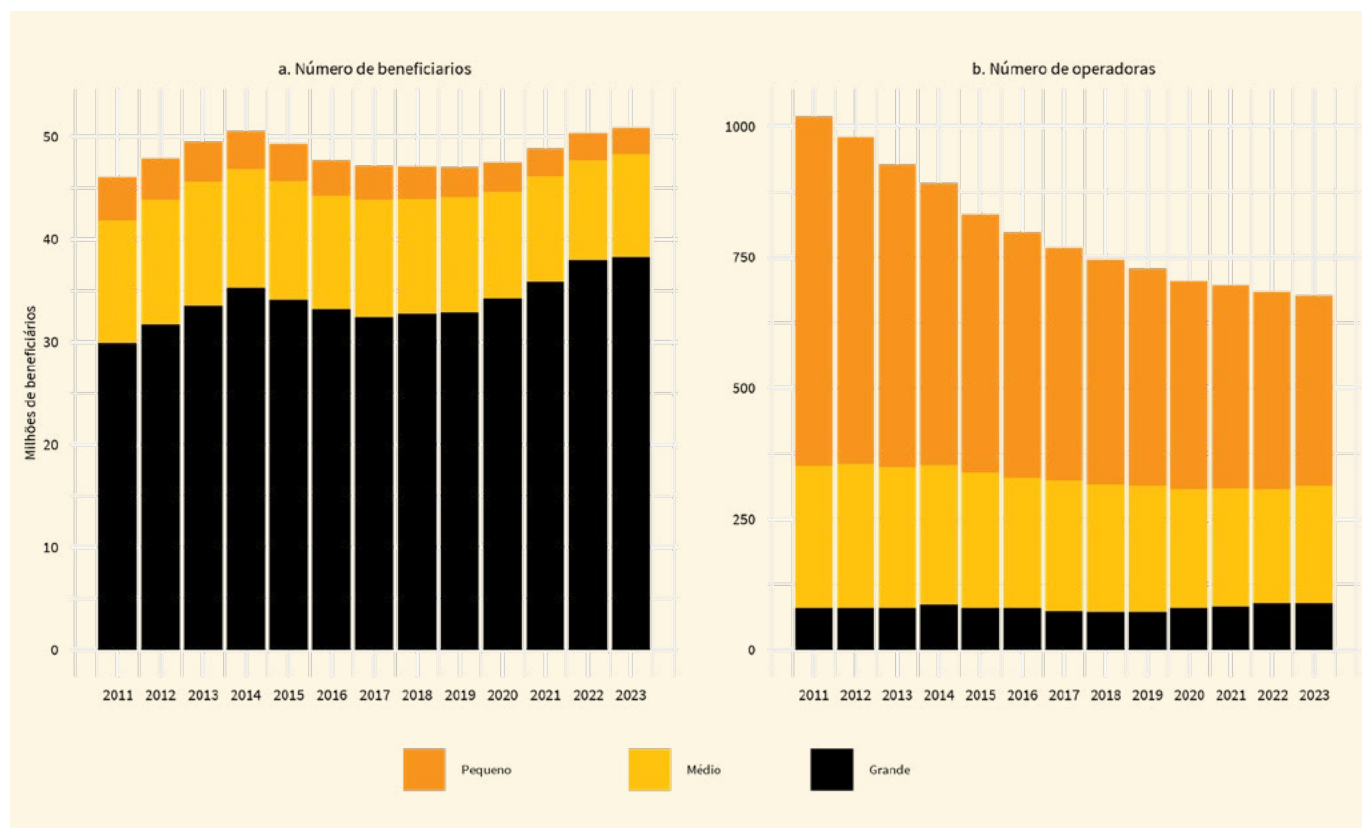
FIGURA 11 – EVOLUÇÃO DE CONTRATOS POR TIPOS DE PLANOS E FAIXA ETÁRIA



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.

Apesar da base de usuários total relativamente estável, a participação de mercado das empresas de grande porte aumentou significativamente no período, como mostra o Painel B da **FIGURA 12**. Em 2011, 4.170.845 (9,1% do total) de beneficiários estavam cobertos por planos de operadoras de pequeno porte, 11.977.499 (26%) por operadoras de médio porte, e 29.877.470 (64,9%) por operadoras de grande porte. Em 2023, esses números eram 2.604.164 (5,1%), 10.015.061 (19,7%) e 38.262.888 (75,2%), respectivamente. Em paralelo, houve saída de operadoras de pequeno porte do mercado. Em 2011, havia 1.020 operadoras com beneficiários ativos de planos de assistência médica (das quais 688 de pequeno porte). Em 2023, esse número chegou a 677 operadoras (sendo 363 de pequeno porte). Com uma base de beneficiários estável, isso sugere que as operadoras estão disputando o *market share* existente, o que por sua vez pode ter implicações para a precificação de seus produtos, limitando as margens dos produtos devido à concorrência (Ho e Lee, 2017) e incentivando a adoção de novas estratégias empresariais.

FIGURA 12 - EVOLUÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E OPERADORAS (2011-2022)



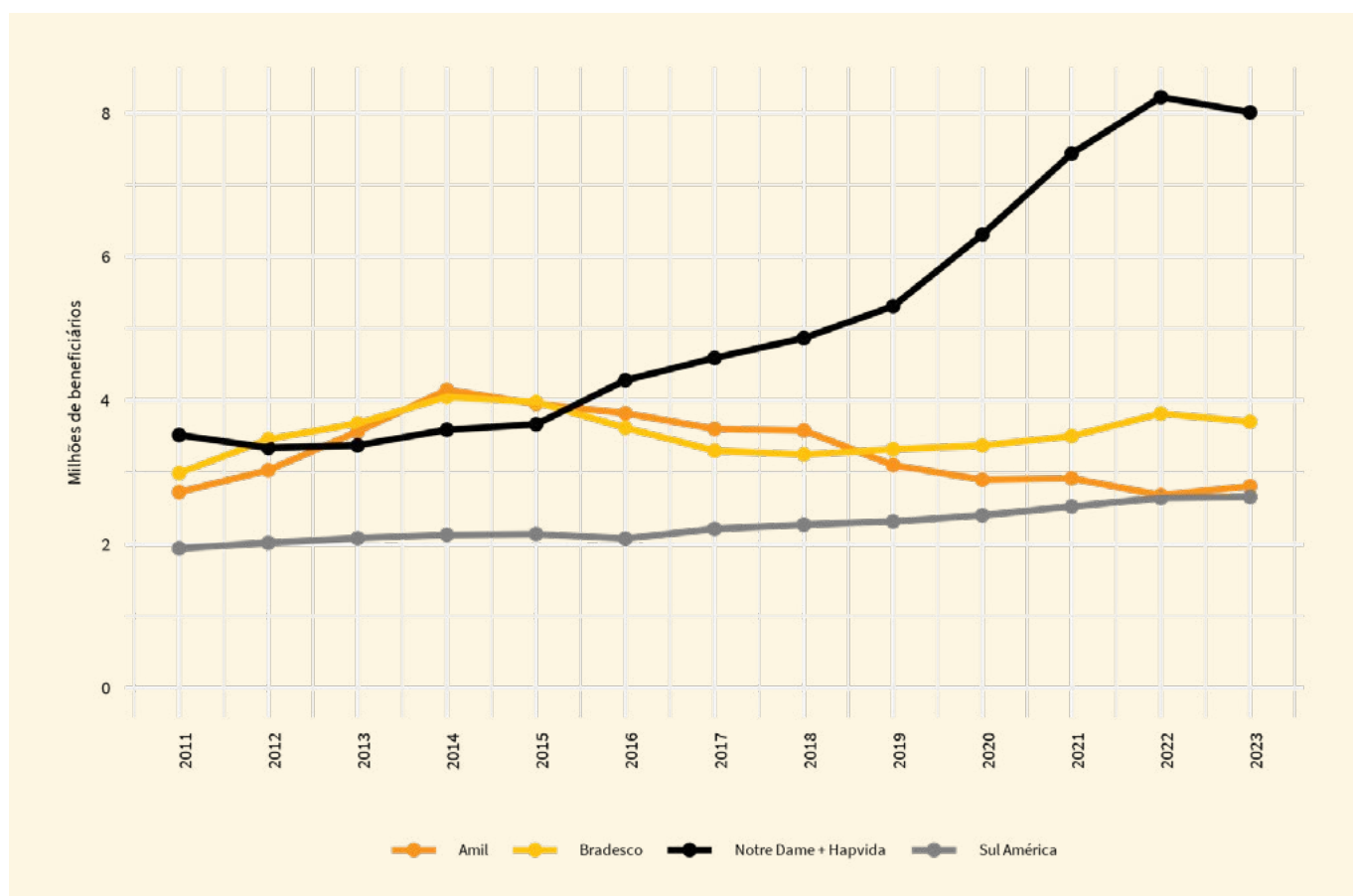
Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. O Painel A da figura mostra a evolução do número de beneficiários (em milhões) de 2011 a 2023. O Painel B da figura mostra a evolução do número de operadoras de 2011 a 2023. Realizamos um recorte por porte da operadora.

Tendo em vista a evolução geral do setor, observamos na **FIGURA 13** que, entre as quatro principais operadoras no mercado atualmente (Amil, Bradesco, Sul América, e NotreDame Hapvida¹⁴), apenas a NotreDame

14 Realizando o recorte das maiores operadoras por número de beneficiários, teríamos também a presença da somatória da Unimed. Entretanto, tendo em vista que se tratam de cooperativas com alto grau de independência, optamos por deixá-la de fora das análises para empresas selecionadas.

Hapvida¹⁵ conseguiu aumentar significativamente a base de usuários nos últimos dez anos. Em 2011, NotreDame Hapvida contava com 3.518.295 beneficiários (7,65% do total de beneficiários no ano), enquanto em 2023 esse número chegou a 8.010.046 (15,75% do total de beneficiários do ano). Houve, portanto, no período um aumento de aproximadamente 127,65% no número de beneficiários da operadora, ainda que tenha observado uma discreta redução entre 2022 e 2023. Importante considerar que a NotreDame Hapvida é uma operadora que pratica preços relativamente baixos. Para disputar o mercado, as demais muito provavelmente terão que diferenciar seus produtos, rever custos e preços praticados, ou desenvolver novas estratégias em busca de ganhos de margem.

FIGURA 13 – EVOLUÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA OPERADORAS SELECIONADAS (2011-2022)



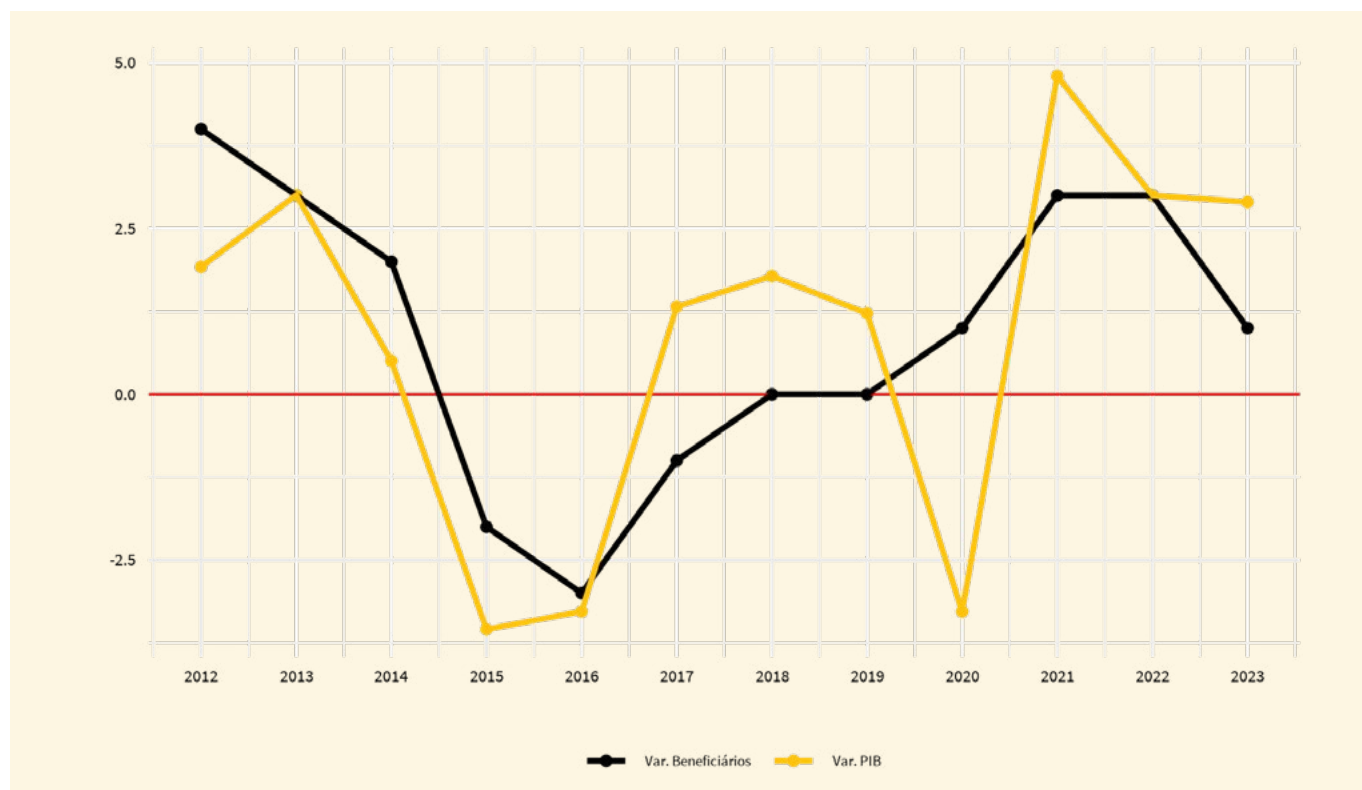
Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. A figura mostra a evolução de 2011 a 2022 no número de beneficiários (em milhões) para quatro principais atores do mercado: Amil, Bradesco, NotreDame Hapvida e Sul América. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado.

Para além de disputas por *market share* entre empresas, a dinâmica de expansão de cobertura dos planos é afetada pelos ciclos de atividade econômica. Considerando que planos coletivos empresariais representam uma parcela significativa do total de planos contratados (ver **TABELA 5** e **FIGURA A3**), e que estes se configuram como um importante benefício

15 Os grupos Hapvida e NotreDame Intermédica anunciaram sua fusão em 2021, num processo que resultou na criação do maior conglomerado de saúde do país e foi finalizado em 2022. O movimento se mostrou estratégico para ambos os grupos uma vez que possuíam distribuições regionais complementares e portes similares. Neste capítulo optamos por considerá-las como uma única operadora durante todo o período de análise. Cordeiro (2024) traz mais informações acerca deste e outros eventos relevantes no setor.

trabalhista, a formalização aliada a períodos de crescimento econômico está correlacionada com o aumento de beneficiários. Conforme ilustra a **FIGURA 14**, dos anos analisados, apenas em 2020 observamos um descasamento entre variações no número de beneficiários da saúde suplementar e variações do PIB do país, durante a pandemia de Covid-19.

FIGURA 14 - BENEFICIÁRIOS E CICLOS ECONÔMICOS (2011-2023)



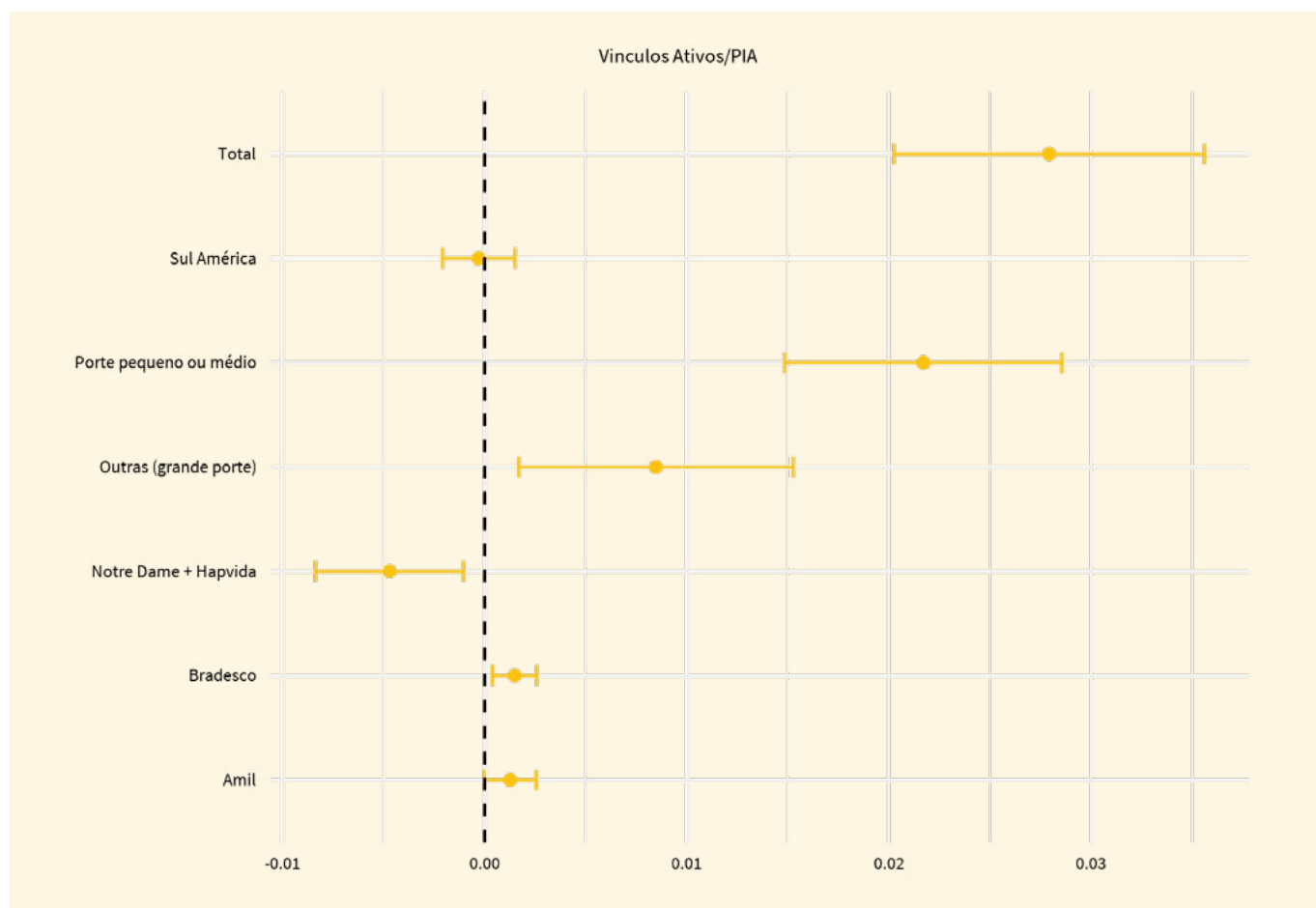
Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS (Número de beneficiários) e do IBGE (PIB). A figura mostra a evolução de 2011 a 2023 da variação do PIB nos últimos 12 meses do N° de Beneficiários.

Para analisar com maior profundidade a relação entre o ciclo econômico e variações na cobertura de operadoras de planos de saúde, avaliamos a associação entre essas variáveis usando um modelo de regressão em painel com efeitos fixos. Esses modelos permitem avaliar qual é a relação entre essas variáveis, mantendo-se constantes as características fixas das unidades de análise (através da inclusão de variáveis dummy de controle para as 450 regiões de saúde) e os fatores variáveis no tempo que afetam simultaneamente todas essas unidades (através da inclusão de variáveis dummy para cada ano do período de análise). Utilizamos a razão entre vínculos ativos no mercado formal e a população em idade ativa (Vínculos Ativos/PIA) como um indicador que combina a dinâmica do crescimento econômico com o grau de formalização no mercado de trabalho. Incluímos também como possíveis variáveis explicativas da dinâmica na cobertura da saúde suplementar os déficits assistenciais do SUS para cada ano, que determinam a dinâmica dos prestadores privados, conforme apresentado na **TABELA A1**, e características demográficas e socioeconômicas das regiões de saúde. Para facilitar a interpretação e comparação dos resultados, normalizamos, em todos os casos, as variáveis referentes aos *deficits*. Assim, os coeficientes referentes à correlação entre o *deficit* no setor público e a dinâmica dos prestadores privados no período representam a variação na

quantidade de recursos ofertados pelo setor privado associadas a um aumento de um desvio padrão no *déficit*.

A **TABELA A5** no apêndice apresenta os resultados desse exercício, que sugerem que a cobertura de planos de saúde está, de fato, associada às variações cíclicas no setor formal da economia. Observamos estimativas positivas e estatisticamente significativas, que são resumidas através da **FIGURA 15** para cada um dos grupos de operadoras analisados. Na Figura, a linha tracejada no zero simboliza efeito nulo, os pontos representam as estimativas reportadas na tabela e as linhas horizontais os intervalos de confiança de 95% das estimativas. A existência de *déficits* assistenciais nos serviços públicos de saúde parece não ser relevante. Apesar desse quadro geral, contudo, existe heterogeneidade entre os principais atores do mercado: o modelo de captação de usuários da NotreDame Hapvida parece ser menos dependente dos ciclos econômicos do que o de outras empresas do setor, apresentando inclusive uma correlação negativa. Essa dinâmica pode ter contribuído para o aumento da sua base de beneficiários nos últimos anos.

FIGURA 15 - BENEFICIÁRIOS E CICLOS ECONÔMICOS



Nota: Elaboração própria com base em dados do CNES, RAIS, ANS e IBGE. Tratam-se de dados em painel ao nível da região de saúde, de 2010 a 2021. As variáveis dependentes representam a cobertura de beneficiários de, respectivamente, todo o setor de saúde suplementar, Amil, Bradesco, NotreDame Hapvida, Sul América, outras empresas de grande porte e empresas de pequeno e médio porte. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado. Reproduzimos os coeficientes relativos à medida de atividade econômica estimados na Tabela A5 separadamente para cada grupo de operadoras.

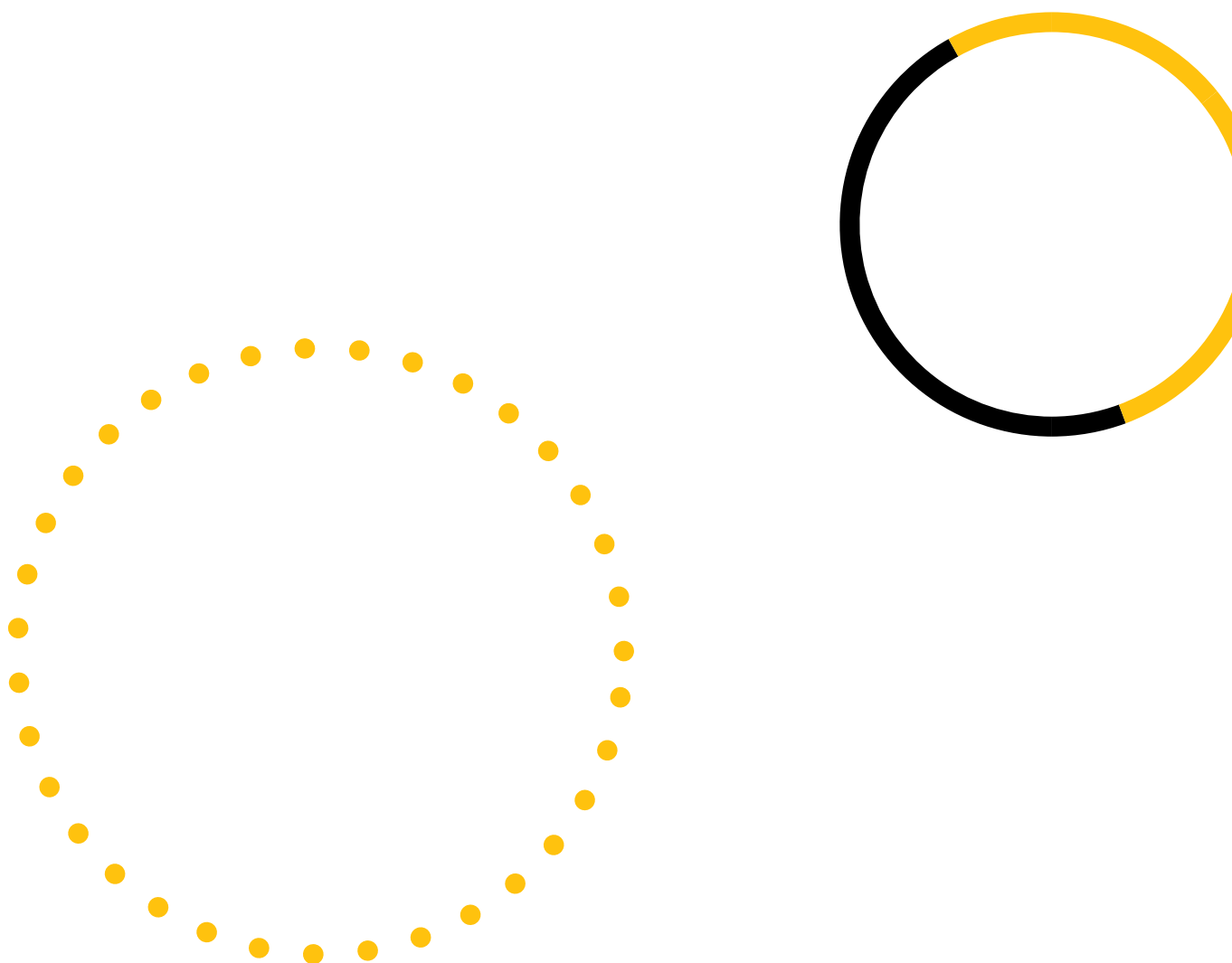
O aumento de beneficiários da NotreDame Hapvida, em contraposição ao padrão apresentado pelos principais atores do setor, pode ser reflexo das diferenças nos modelos de negócio adotados pelas empresas. Na **TABELA 5**, mostramos alguns recortes no que diz respeito à carteira de beneficiários, à distribuição geográfica, tipo de contratação, abrangência de cobertura, existência de fator moderador, e ter ou não hospitais afiliados. Em especial, vemos que a NotreDame Hapvida possui uma parcela maior de planos de cobertura local que as demais, e uma carteira com mais planos individuais/familiares, e menos planos coletivos empresariais do que os demais principais atores do mercado. Outro fator marcante está na tendência crescente de verticalização através de estabelecimentos próprios (Cordeiro, 2024), que pode reduzir custos de transação entre operadoras e prestadores. Ao disciplinar custos e contornar problemas de informação assimétrica, esses fatores também podem permitir que haja uma redução nos preços dos contratos com os beneficiários.

Apesar do crescimento de casos de verticalização no setor de saúde nos últimos anos, ainda existem poucos estudos analisando os impactos desse modelo e comparações em relação a modelos não verticalizados (Rand, 2022; Cuesta et al, 2019). Em um estudo focado na experiência do Chile, Cuesta et al. (2019) discutem duas potenciais distorções desse tipo de negócio: i) uma empresa integrada pode prejudicar hospitais concorrentes ao estabelecer preços negociados mais altos para eles, direcionando assim a demanda para o hospital integrado; ii) a empresa integrada pode prejudicar operadoras concorrentes ao negociar um preço hospitalar mais alto com seu hospital, reduzindo assim o valor da rede de operadoras concorrentes e direcionando a demanda para sua própria operadora. Os autores também simulam os efeitos de equilíbrio de uma possível proibição da integração vertical. Eles encontram que os preços hospitalares e os prêmios dos planos diminuem, em média, na ausência de integração vertical. Além disso, do ponto de vista de bem-estar social, os efeitos da integração vertical dependem de se ela induz ou não eficiências de custo. Na ausência de quaisquer eficiências de custo, proibir a integração vertical aumenta o excedente do consumidor mais do que o suficiente para compensar as quedas nos lucros das operadoras e nos lucros dos hospitais, aumentando assim o bem-estar social. Análises como esta sugerem que é difícil termos clareza a respeito da direção dos impactos da verticalização tanto do ponto de vista do setor de saúde como do ponto de vista de bem-estar social.

Além deste modelo de verticalização mais convencional, algumas operadoras têm apostado em modelos diferentes, como a chamada verticalização operacional. Esta se caracteriza pela formação de parcerias entre hospitais e operadoras. Um exemplo é o caso do Bradesco, que tem criado parcerias estratégicas (*joint ventures*) com hospitais de referência para construção de novas unidades na cidade de São Paulo. Dessa forma, ainda que não se torne verticalizada de fato, a seguradora traz hospitais de renome para sua rede e reduz custos assistenciais¹⁶. Além disso, pode ganhar vantagem em relação a seus concorrentes com redes verticalizadas ao garantir parcerias com hospitais de referência, visto que redes próprias podem ser vistas por

16 Referência: <https://futurodasaude.com.br/movimentacao-operadoras-2024/>. Acesso em 01/03/2024.

parte da população como de qualidade inferior¹⁷. Em paralelo ao processo de verticalização, operadoras com alta participação de mercado ganham elevado poder de barganha junto aos médicos e hospitais, e a concentração no setor de planos de saúde tem se tornado uma preocupação dos órgãos de defesa da concorrência (Andrade et al, 2012).



17 Referência: <https://futurodasaude.com.br/expansao-hospitais-parcerias/>. Acesso em 01/03/2024

TABELA 6 – CARACTERÍSTICAS DAS OPERADORAS (JAN 2023)

	Amil	Bradesco	Notre Dame + Hapvida	Sul América	Outras (grande porte)	Porte pequeno ou médio
Número de beneficiários	2.627.639	3.832.951	7.869.610	2.782.608	20.381.684	13.044.334
Idosos	12,4%	8,6%	9,8%	11,0%	17,8%	18,0%
Região						
Norte	0,8%	3,8%	6,5%	1,5%	3,5%	3,2%
Nordeste	9,0%	14,9%	28,1%	9,8%	11,6%	11,1%
Sudeste	81,3%	68,0%	57,0%	78,9%	57,2%	57,9%
Sul	5,3%	6,0%	1,5%	5,6%	19,7%	20,9%
Centro-Oeste	3,6%	7,2%	6,9%	4,3%	8,1%	7,0%
Tipo de contratação						
Coletivo empresarial	80,6%	93,7%	76,4%	87,9%	66,0%	59,0%
Coletivo por adesão	5,3%	3,4%	6,8%	7,9%	15,1%	16,2%
Individual ou Familiar	14,0%	2,9%	16,8%	4,2%	18,9%	24,6%
Abrangência da cobertura						
Estadual / grupo de estados	4,5%	0,0%	19,8%	1,1%	13,1%	13,3%
Municipal / grupo de municípios	38,0%	3,4%	70,2%	5,6%	40,9%	69,7%
Nacional	57,4%	96,6%	10,0%	93,2%	46,0%	16,8%
Fator moderador						
Ausente	60,9%	47,4%	51,3%	51,8%	39,2%	33,0%
Coparticipação	37,9%	52,4%	39,4%	48,1%	53,0%	58,1%
Franquia	0,7%	0,2%	0,4%	0,4%	0,9%	1,3%
Franquia + Coparticipação	0,3%	0,3%	9,0%	0,1%	7,0%	7,5%
Rede de atendimento hospitalar						
Número de estabelecimentos	491,9	1306,3	100,2	703,7	824,7	353,5
Proprios	1,5%	0,0%	27,4%	0,0%	4,6%	9,7%
Disponibilidade total	33,4%	0,0%	29,0%	0,0%	27,8%	54,4%

Nota: elaboração própria com base em dados da ANS. A tabela mostra o número de beneficiários por operadora de planos de saúde e a sua distribuição segundo características individuais (idade igual ou superior a 60 anos e região de residência) ou do plano contratado. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado.

Ainda a respeito do processo de verticalização, o modelo verticalizado pode gerar consequências que afetam o sistema de saúde como um todo, além dos efeitos sobre a saúde suplementar. Uma delas se refere à utilização do SUS por parte de beneficiários de planos de saúde. Segundo os princípios de universalidade do SUS, todo cidadão tem direito a usufruir de seus serviços, sem distinção a respeito de ter ou não ter um plano de saúde contratado. Entretanto, a ANS envia regularmente para as operadoras uma notificação de identificação desses usuários e repassa os custos referentes ao atendimento prestado, seja ele ambulatorial ou referente a uma internação, e o montante ressarcido é encaminhado diretamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS)¹⁸. Apesar de não ser possível identificar através dos dados da ANS o motivo de questionamento de uma cobrança, o fato do modelo de negócios da NotreDame Hapvida se basear em planos de cobertura mais local, além de potenciais diferenças nos procedimentos cobertos, levanta questões sobre o maior uso do SUS pelos seus beneficiários.

A **FIGURA 16** traz alguns dados para a análise do comportamento de operadoras em específico, e do setor em geral. Nos painéis A e C apresentamos a soma dos montantes devidos em Guias de Recolhimento da União (GRUs) emitidas referentes a atendimentos realizados em 2022 de acordo com a situação da GRU (paga, pendente, suspensa). O Painel A apresenta valores absolutos em milhões de reais, enquanto o Painel C pondera os valores pelo número de beneficiários. Os valores referentes a NotreDame Hapvida se destacam. Em 2022, a empresa recebeu uma cobrança próxima a R\$70 milhões de reais, equivalente a 12% de seu resultado líquido em 2023¹⁹. Além disso, observamos que, dentre os principais nomes do setor, NotreDame Hapvida não só é a que é mais cobrada pelo SUS em termos absolutos, mas também é a que possui maior quantidade de gastos pendentes e/ou suspensos. Os Painéis B e D trazem os totais de atendimentos realizados no ano de 2022 (ambulatorial ou internação) de forma absoluta no Painel B, e ponderado pelo número de beneficiários no Painel D. Quando ponderamos o volume e os valores dos atendimentos pelo número de beneficiários, consideramos os montantes totais, sem distinguir pelo estágio de pagamento da cobrança (pago/pendente/suspensa). Ainda que o número de atendimentos da NotreDame Hapvida seja bastante superior aos das demais grandes operadoras, ao ponderamos pelo número de beneficiários notamos que essa característica está diretamente relacionada ao alto contingente de beneficiários que ela agrega.

Adicionamos na Figura A6 do apêndice análise similar, mas realizada de forma separada para gastos com atendimentos ambulatoriais e internações. Em número de atendimentos, NotreDame Hapvida apresentou um

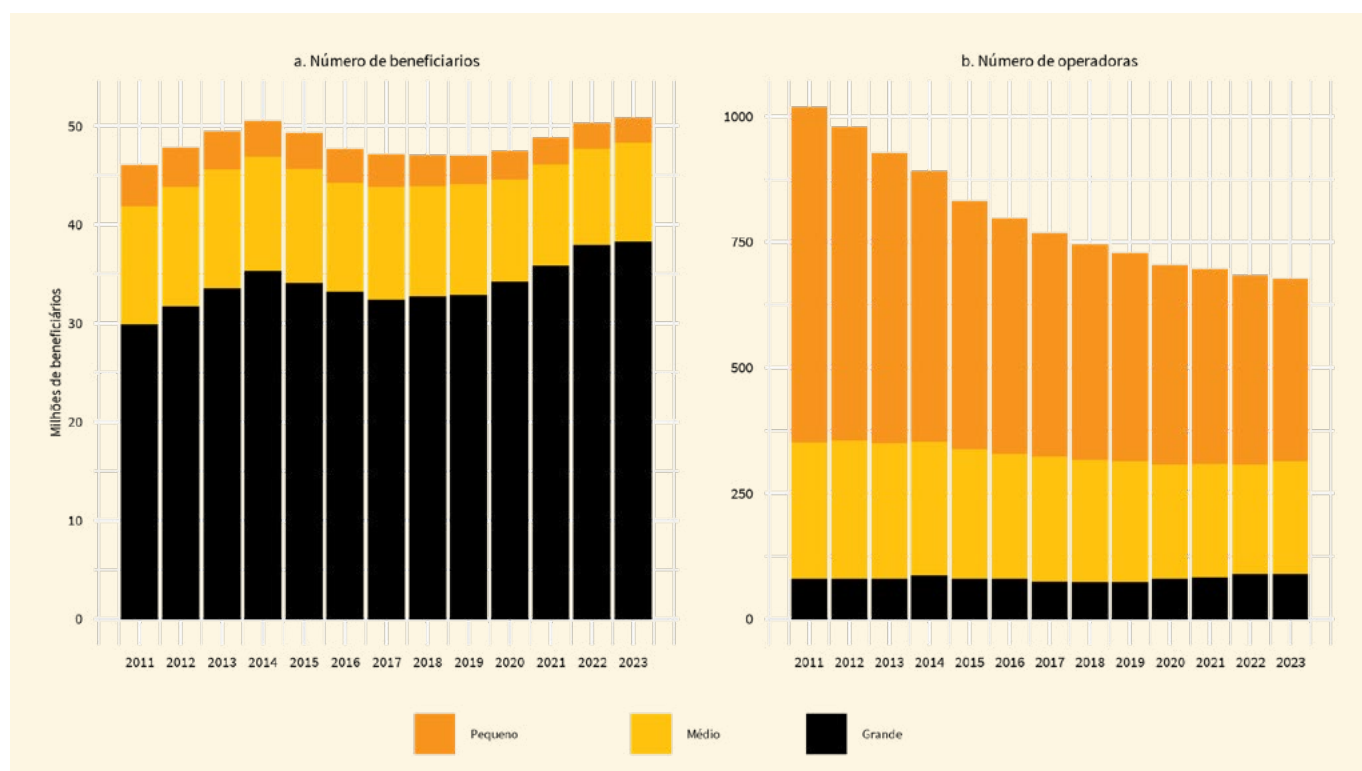
18 A operadora pode contestar a cobrança e gerar uma impugnação em até 30 dias que poderá ou não ser deferida com manutenção, redução ou anulação do valor. Quando mantida, a cobrança se materializa pela emissão de uma Guia de Recolhimento da União (GRU). Caso a cobrança final realizada não seja paga, gera-se uma inscrição em Dívida Ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN). Dentre os motivos para impugnação ou recurso, além de casos mais gerais como beneficiário que se encontrava em período de carência ou paciente homônimo, pode-se alegar que o plano não cobre o procedimento (ou cobre com uma restrição de quantidade) ou que este ocorreu fora da abrangência geográfica do plano.

19 Referência: Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar da ANS: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaW4yYyMDEtMmRjMS00NWFlLWFlMTk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTlRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzZmYmU1ZiJ9> Acesso em 24/06/2024.

volume significativamente maior tanto em atendimentos ambulatoriais quanto em internações, mas essa diferença foi especialmente grande no que se refere aos atendimentos ambulatoriais. O mesmo padrão aparece quando analisamos o total (em reais) cobrado por esses atendimentos. No que se refere à média cobrada por atendimento, observamos, valores um pouco superiores, mas em níveis similares aos cobrados dos outros atores analisados do setor. Importante destacar, contudo, que esses valores refletem apenas atendimentos realizados em 2022. Tendo em vista o padrão de pagamentos pendentes ou suspensos por parte da NotreDame Hapvida reportado no Painel A, em relação ao volume total devido em 2022 por beneficiário a operadora apresenta valores superiores às demais.

Em resumo, ainda que em termos absolutos o valor devido pelas operadoras individualmente referente a atendimentos realizados no SUS não corresponda a uma parcela significativa do orçamento total disponível do SUS, tomados os valores e padrões de pagamento em conjunto é importante ter em mente como as características de um modelo aparentemente mais lucrativo do ponto de vista das operadoras pode estar correlacionado com uma maior utilização do SUS por parte de seus beneficiários.

FIGURA 16 - REPASSES AO SUS



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado. O Painel A da figura mostra o total devido em repasses ao SUS separadamente para operadoras/grupos de operadoras através de GRU's emitidas para atendimentos realizados em 2022. O Painel B mostra o número de atendimentos realizados em 2022 que foram cobrados das operadoras. O Painel C da figura repete o mesmo exercício da figura A, ponderando os valores pelo número de beneficiários de cada operadora, e o Painel D repete o mesmo exercício do painel B ponderando pelo número de beneficiários. Para simplificar, agregamos no status das cobranças as categorias "Pago" e "Parcelado" como "Pago", "Pendente" e "Pendente de Pagamento" como "Pendente" nos dois primeiros painéis. Quando ponderamos o volume e os valores dos atendimentos pelo número de beneficiários, consideramos os montantes totais, sem distinguir pelo estágio de pagamento da cobrança (pago/pendente/suspensão).

Outro ponto de atenção se refere aos preços das mensalidades dos planos, bem como os reajustes anuais cobrados pelas operadoras. Em particular, as características dos planos se refletem diretamente no preço cobrado dos beneficiários. Para analisar essa relação, realizamos uma regressão múltipla para entender como suas diferentes características estão associadas ao valor comercial médio dos mesmos. Realizamos esse exercício para avaliar se, de fato, fatores como verticalização da rede e abrangência geográfica da cobertura estão associados ao preço dos planos. Incluímos efeitos fixos de operadora para explorar variações exclusivamente nas características dos planos, limpas da influência das características fixas das operadoras. Escolhemos apresentar os resultados para uma única faixa etária (44 a 48 anos) para simplificar a exposição. Os resultados desse exercício, apresentados na **TABELA 7**, mostram que abrangência geográfica e verticalização são fatores determinantes (coeficientes estatisticamente significativos). Considerando o modelo com mais covariadas (coluna 2), planos com abrangência municipal ou de grupos de municípios têm, em média, mensalidades R\$230 mais baratas do que planos com abrangência superior, o que equivale a 30% do valor comercial médio dos planos para essa faixa. Caso uma operadora passe de um cenário em que nenhum dos estabelecimentos de sua rede são próprios para um em que todos são, tudo mais constante, observamos queda de R\$191 na mensalidade (25% do valor médio). Ou seja, ao oferecerem planos com abrangência geográfica mais restrita e mais redes verticalizadas de prestadores, as operadoras conseguem oferecer preços menores no mercado de planos de saúde. Desse modo, incumbentes tradicionais pouco verticalizados e com carteiras de planos mais tradicionais acabam sendo pressionados via *market share* e preços pelos entrantes, ao mesmo tempo em que sua estrutura de custos própria se mantém.

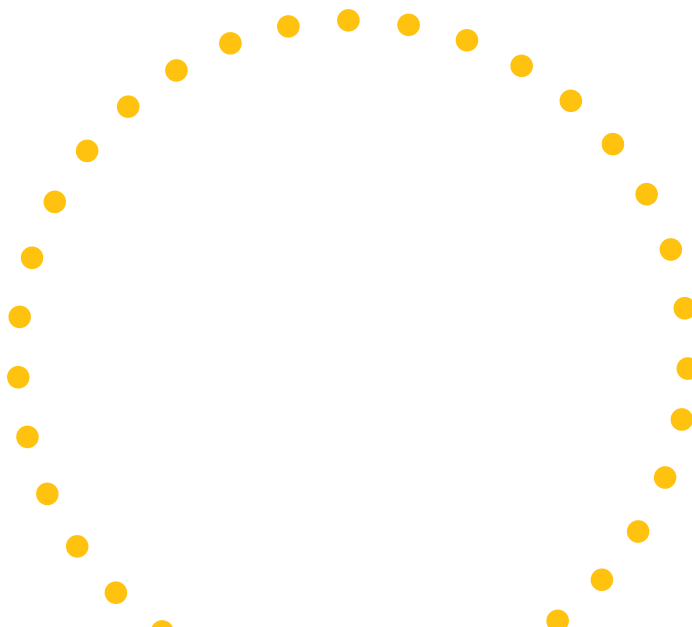


TABELA 7 – DETERMINANTES DO VALOR COMERCIAL MÉDIO DOS PLANOS (2022)

	Preço Médio: 44-48 anos	
	(1)	(2)
Cobertura: Municipal/ Grupo de municípios	-245,581*** (16,842)	-229,553*** (16,201)
Tamanho da rede (normalizada)	52,820*** (7,622)	45,818*** (7,254)
Percentual de estab. próprios	-206,501*** (43,984)	-190,908*** (41,837)
Percentual de estab. acreditados	308,777*** (96,310)	299,984*** (91,613)
Contratação: Individual		292,051*** (15,863)
Tem fator moderador		-304,849*** (13,274)
Acomodação individual		163,051*** (11,793)
EF Operadora	Sim	Sim
Observações	10,371	10,371

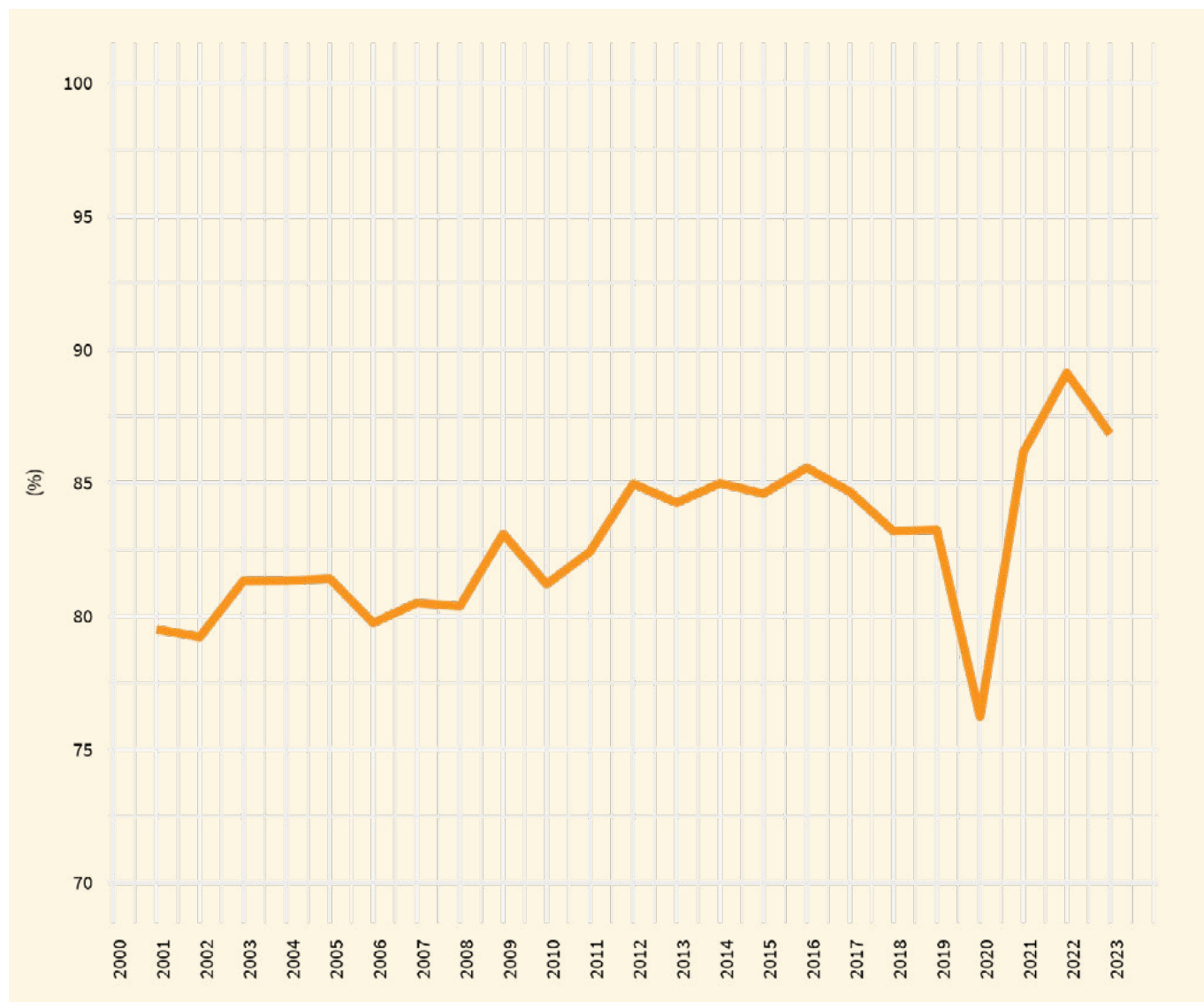
‘Nota: a tabela mostra a associação entre características dos planos de saúde e o valor comercial médio dos mesmos, reportado à ANS pelas operadoras. Esse valor pode ter divergências com o prêmio cobrado pelas operadoras aos usuários. Os dados são de dezembro de 2022.

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01.

Um dos tópicos mais discutidos no que se refere às operadoras de planos de saúde é a respeito da sustentabilidade do setor. A crise que vem sendo continuamente noticiada seria estrutural ou conjuntural, fruto de um cenário de exceção causado pela pandemia em 2020? Apresentamos algumas análises que ajudam nesse debate.

A **FIGURA 17** mostra a evolução da sinistralidade total do setor (definida como a razão entre despesas assistenciais e receitas por contraprestações). Até 2020 houve relativa estabilidade em torno de 80 à 85% de sinistralidade. Em 2020 há uma queda acentuada com a redução do número de eventos (sinistros) pagos pelas operadoras na pandemia, e a partir de 2021 ela subiu consideravelmente. Dados mais recentes, contudo, mostram indícios de início de recuperação desse quadro em 2023.

FIGURA 17 - EVOLUÇÃO DE SINISTRALIDADE TOTAL



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. A figura mostra a evolução da sinistralidade total do setor de saúde suplementar, definida como as despesas assistenciais divididas pelas receitas com contraprestações.

Além da sinistralidade, outro conjunto de resultados ajudam a entender o cenário econômico-financeiro das operadoras. São eles o Resultado Operacional²⁰, Resultado Financeiro²¹, Resultado Patrimonial²², e Resultado Líquido²³. Começando pelo resultado operacional, que ajuda a qualificar a eficiência e rentabilidade das operações de uma empresa, observamos na **FIGURA 18** que o forte aumento durante o ano de 2020 foi acompanhado de uma queda significativa em anos subsequentes. Em março de 2022, houve prejuízo de cerca de 12 bilhões de reais. Nesse momento, a magnitude do prejuízo contribuiu para que o resultado líquido também apresentasse valores negativos.

20 Definido como receitas de contraprestações e receitas operacionais deduzidas das despesas assistenciais, administrativas, de comercialização, e outras despesas operacionais.

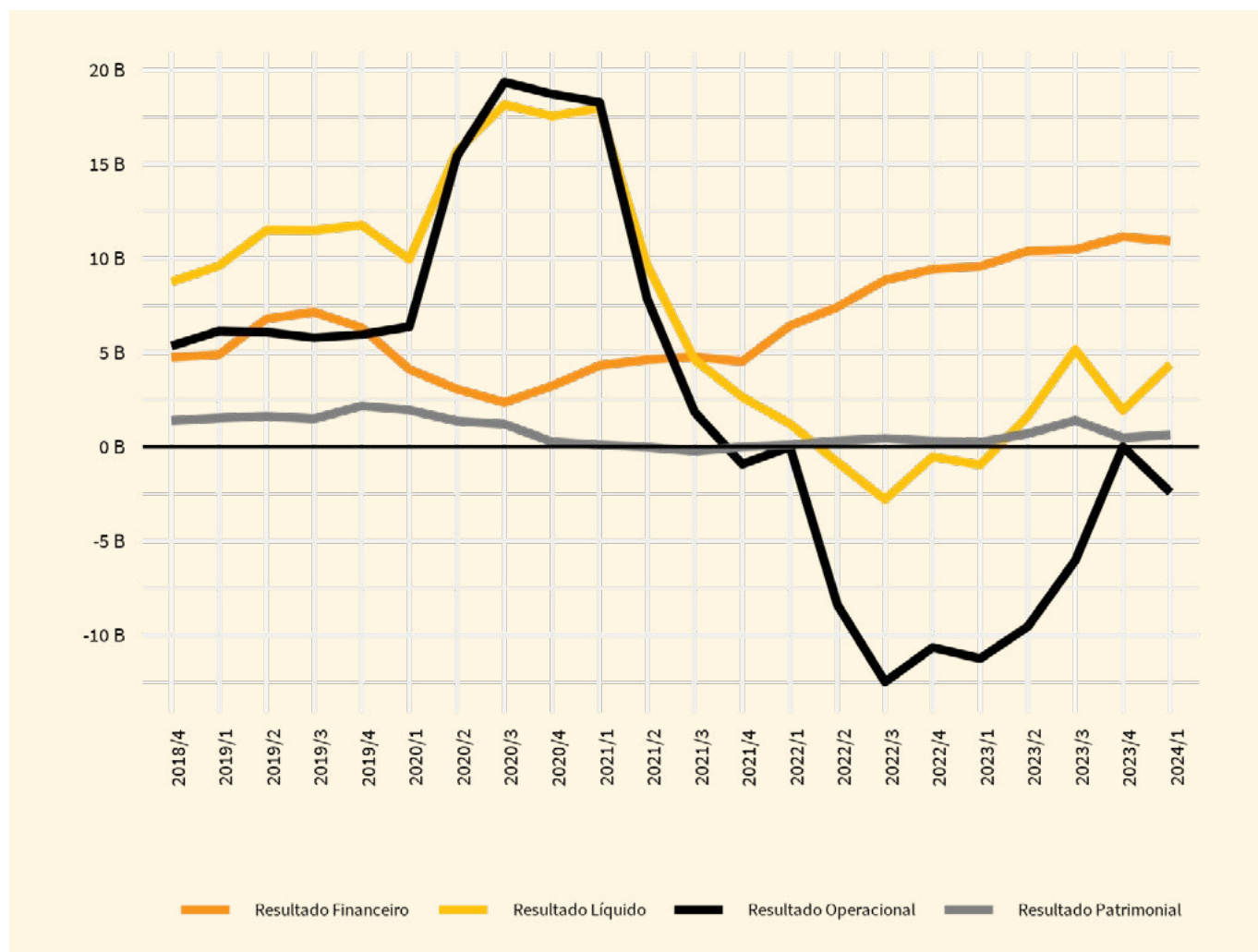
21 Definido como a diferença entre as receitas e as despesas financeiras.

22 Definido como a diferença entre as receitas e as despesas patrimoniais.

23 Definido como a soma dos resultados operacional, financeiro e patrimonial, acrescidos do efeito de impostos e participações.

Em relação ao resultado financeiro, ainda que tenha sofrido uma queda em 2020, vem crescendo e já ultrapassa o dobro de níveis pré pandemia. Esse cenário de aumento nas receitas financeiras pode ser explicado, em parte, pelo aumento nas taxas de juros nos últimos anos. Além disso, é de interesse das operadoras manter um resultado financeiro positivo, entre outros, como forma de acúmulo de caixa para arcar com despesas futuras de seus beneficiários. Ainda que um resultado financeiro positivo não seja necessariamente suficiente para compensar resultados operacionais negativos, é importante notar que ele pode ajudar a contrabalançar resultados operacionais negativos, consequentemente impactando no resultado líquido em cenários de crises conjunturais causadas por fatores externos e queda de margem.

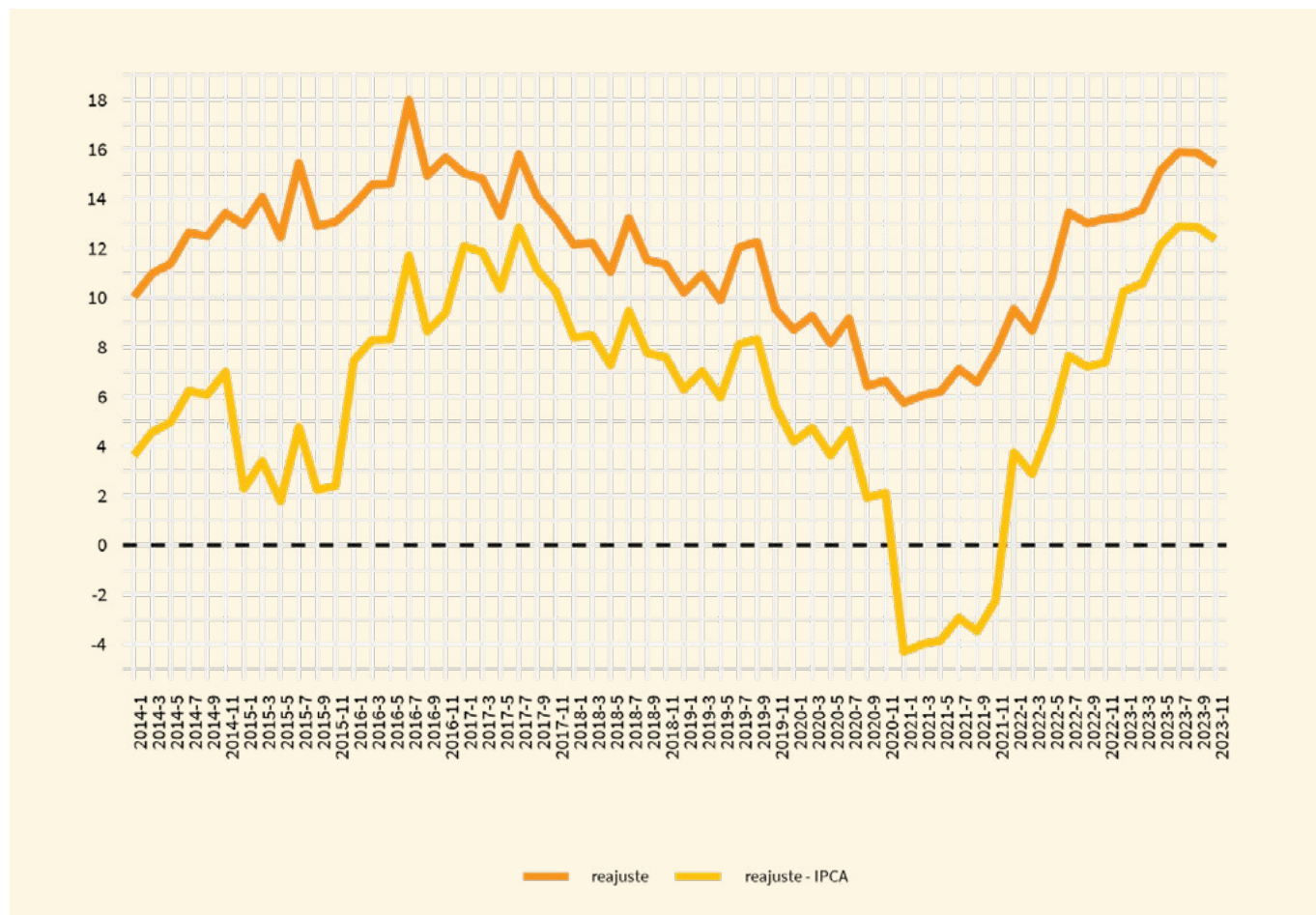
FIGURA 18 - RESULTADOS DE OPERADORAS DE PLANOS DE COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR



Nota: Resultados retirados do Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar da ANS. Consideramos apenas planos da modalidade médico-hospitalar. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWJm4YTYyMDEtMmRjMzQ0NWZhLWZkMTk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNmYmU1ZiJ9>

De fato, a FIGURA 19 mostra a recente tendência de aumento no reajuste médio por mês aplicado por planos de cobertura médico-hospitalar, chegando a 15,36% em novembro de 2023. Mas notamos que uma queda no reajuste médio precedeu a pandemia de 2020. Os números vinham em trajetória de queda desde 2016, potencialmente em decorrência de uma pressão sobre as operadoras via receita e concorrência para garantir *market share*, que já estava ativa.

FIGURA 19 - REAJUSTE MÉDIO POR MÊS DE PLANOS DE COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR



Nota: Elaboração própria 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. Consideramos apenas planos da modalidade médico-hospitalar. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMjM4YTUyMDEtMmRjMS00NWZhLWFKMTETMDk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTBmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzZmVmYmU1ZiJ9>

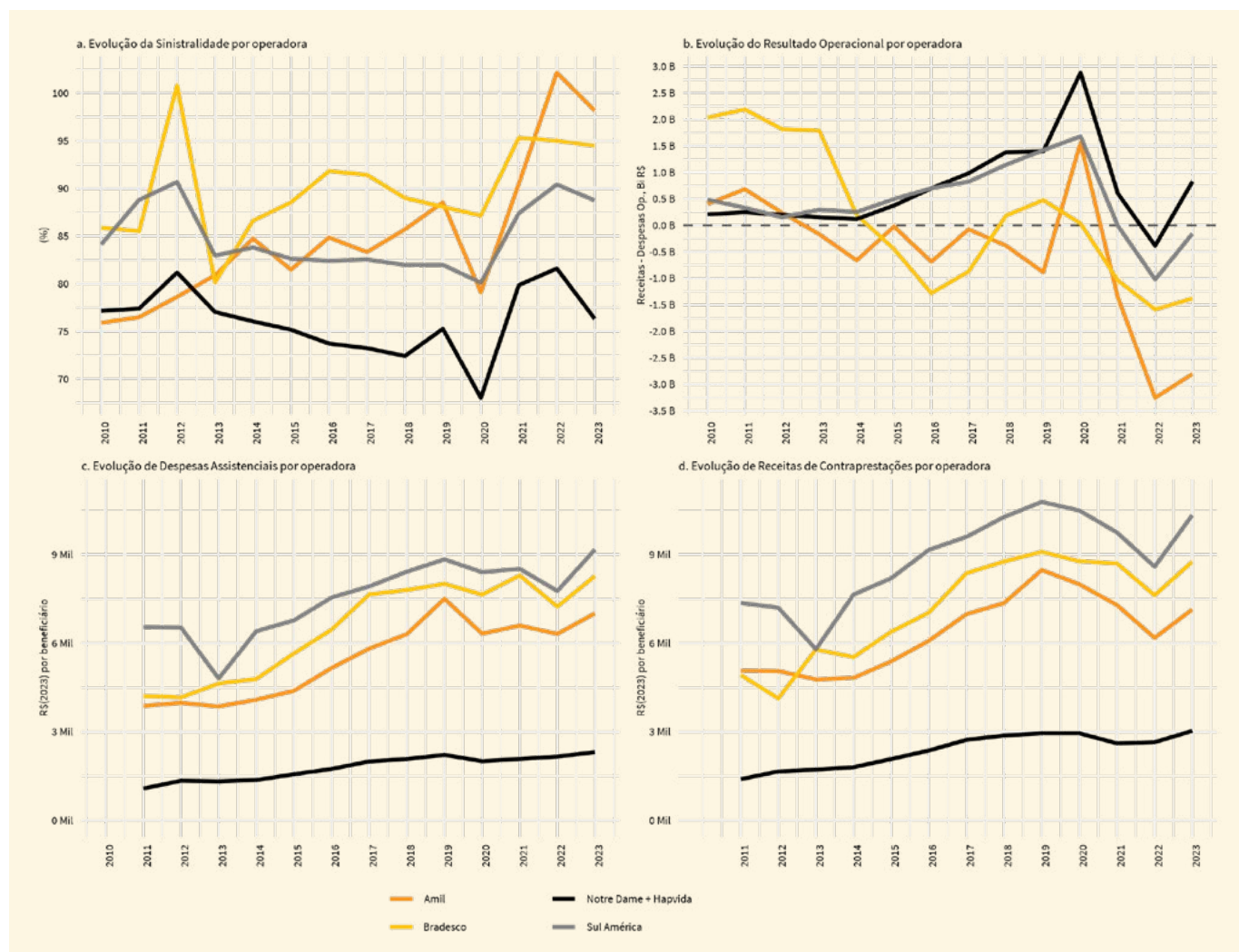
Analizamos os resultados para os principais atores do setor na **FIGURA 20**. O Painel A apresenta a evolução da sinistralidade. Assim como na média do setor, após período de queda da sinistralidade em 2020, com a redução do número de eventos (sinistros) pagos pelas operadoras na pandemia, a partir de 2021 ela subiu consideravelmente. Segundo métrica da ANS, uma sinistralidade acima de 90% seria considerada grave, e alguns dos grandes atores do mercado chegaram a ultrapassar essa marca a partir de 2021²⁴. Dados mais recentes, contudo, mostram indícios de recuperação desse quadro em 2023. Alguns fatores, como os reajustes das carteiras de planos coletivos, ajudam a aumentar as receitas com contraprestações mesmo desconsiderando aumentos no número de beneficiários. Assim, sob esse aspecto, mesmo que a situação ainda seja pior do que no período imediato pré-pandemia, os dados sugerem que a turbulência seja conjuntural, especialmente para atores verticalizados como NotreDame Hapvida.

Cenário similar parece ser observado em relação ao resultado operacional das operadoras, que após saldos positivos em 2020, sofreu uma deterioração que começa a dar sinais de melhora em 2023 (Painel B). Novamente a situação da NotreDame Hapvida parece melhor em relação às demais analisadas, alcançando um saldo positivo de resultado operacional em 2023.

24 A sinistralidade média do setor chegou a 89% das receitas de contraprestações sendo utilizadas para cobrir os sinistros dos usuários.

Nos painéis C e D, analisamos a evolução da receita por contraprestações e a despesa assistencial por beneficiário (que compõem o indicador de sinistralidade), para o mesmo grupo de operadoras. As despesas assistenciais e as receitas por contraprestações seguiam tendência de crescimento mais ou menos constante até 2019, mas sofreram uma queda em 2020. Desde então, parece haver tendência de aumento da despesa, mas de forma heterogênea entre as operadoras, com trajetória mais suave para NotreDame Hapvida do que para as demais. Do lado das receitas por contraprestações, as quedas iniciadas em 2020 se mantiveram até 2022. A partir de 2023 notamos indícios de uma retomada de crescimento. Reforçamos que os resultados apresentados representam a realidade das operadoras selecionadas e podem não refletir uma tendência generalizada do mercado de operadoras.

FIGURA 20 – CENÁRIO FINANCEIRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. O Painel A ilustra a evolução da sinistralidade, definida como as despesas assistenciais divididas pelas receitas com contraprestações. O Painel B ilustra a evolução do resultado operacional, definido como receitas de contraprestações e receitas operacionais deduzidas das despesas assistenciais, administrativas, de comercialização, e outras despesas operacionais. O Painel C ilustra a evolução das despesas assistenciais em R\$ por beneficiário e o Painel D a evolução das receitas de contraprestações em R\$ por beneficiário. Todas as análises são feitas para os quatro principais atores do mercado: Amil, Bradesco, NotreDame Hapvida e Sul América. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado. Os valores estão expressos em valores constantes de 2023.

Finalmente, reforçamos o caráter heterogêneo da situação das operadoras. Apresentamos na **FIGURA A7** do apêndice o resultado operacional de 2023 de todas as operadoras de grande porte de planos não odontológicos, ordenado do resultado mais negativo ao mais positivo. Notadamente, parecem existir vencedores e perdedores claros no que se refere a esse indicador. Dentre as principais operadoras analisadas apenas NotreDame Hapvida apresentou resultado positivo (o maior), enquanto as demais (Amil, Bradesco, e Sul América) tiveram os resultados mais negativos, em conjunto com as cooperativas Unimed do Rio de Janeiro e Unimed Central.

Existem algumas respostas possíveis para os fenômenos aqui reportados. Quanto ao aumento da sinistralidade, por exemplo, o aumento na quantidade de procedimentos/terapias pode refletir uma demanda reprimida em 2020. Por outro lado, pode estar ocorrendo alguma mudança em relação a quantidades e preços cobrados pelos prestadores às operadoras de planos. Como tentativa de separar essas duas possibilidades, realizamos um exercício de decomposição na próxima seção.

Em conjunto, os resultados apresentados nessa seção sugerem que, além de questões diretamente relacionadas à pandemia de 2020, com o envelhecimento da população, uma base relativamente estável de beneficiários, e consequente aumento na competição por *market share* entre grandes atores do setor, as operadoras acabam pressionadas em suas margens. De um lado, suas receitas de contraprestações podem crescer via preços aos beneficiários ou via aumento na participação de mercado. De outro, sua estrutura de custos assistenciais depende em grande medida de seu poder de barganha com prestadores. Nesse sentido, tem crescido o número de reclamações por parte de prestadores a respeito de atrasos nos pagamentos devidos pelas operadoras através do aumento no prazo de pagamentos e aumento da ocorrência de glosas²⁵. Essa relação operadoras-prestadores é essencial para compreendermos com mais clareza a dinâmica do setor e os fundamentos dos resultados operacionais e financeiros reportada pelas operadoras.

25 <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2023/09/hospitais-registram-atraso-bilionario-de-pagamento-por-planos-de-saude.shtml> Acesso em 29/5/2024.

1.4

A relação entre prestadores e operadoras

Apresentamos nas seções anteriores tendências recentes no setor de prestadores privados e o mercado de prestação de serviços de saúde privados (seção 3), assim como no setor de operadoras de planos de saúde e o mercado de planos de saúde (seção 4). Nesta seção, nos concentramos nas relações entre prestadores e operadoras de planos de saúde no mercado de pagamento pelos serviços de saúde. Isto é, os beneficiários da saúde suplementar utilizam os serviços de saúde produzidos pelos prestadores, e esses serviços são total ou parcialmente pagos pelas operadoras dos planos dos quais eles são titulares. Analisamos agora a evolução do custo médio por beneficiário e quais foram os determinantes dessa evolução.

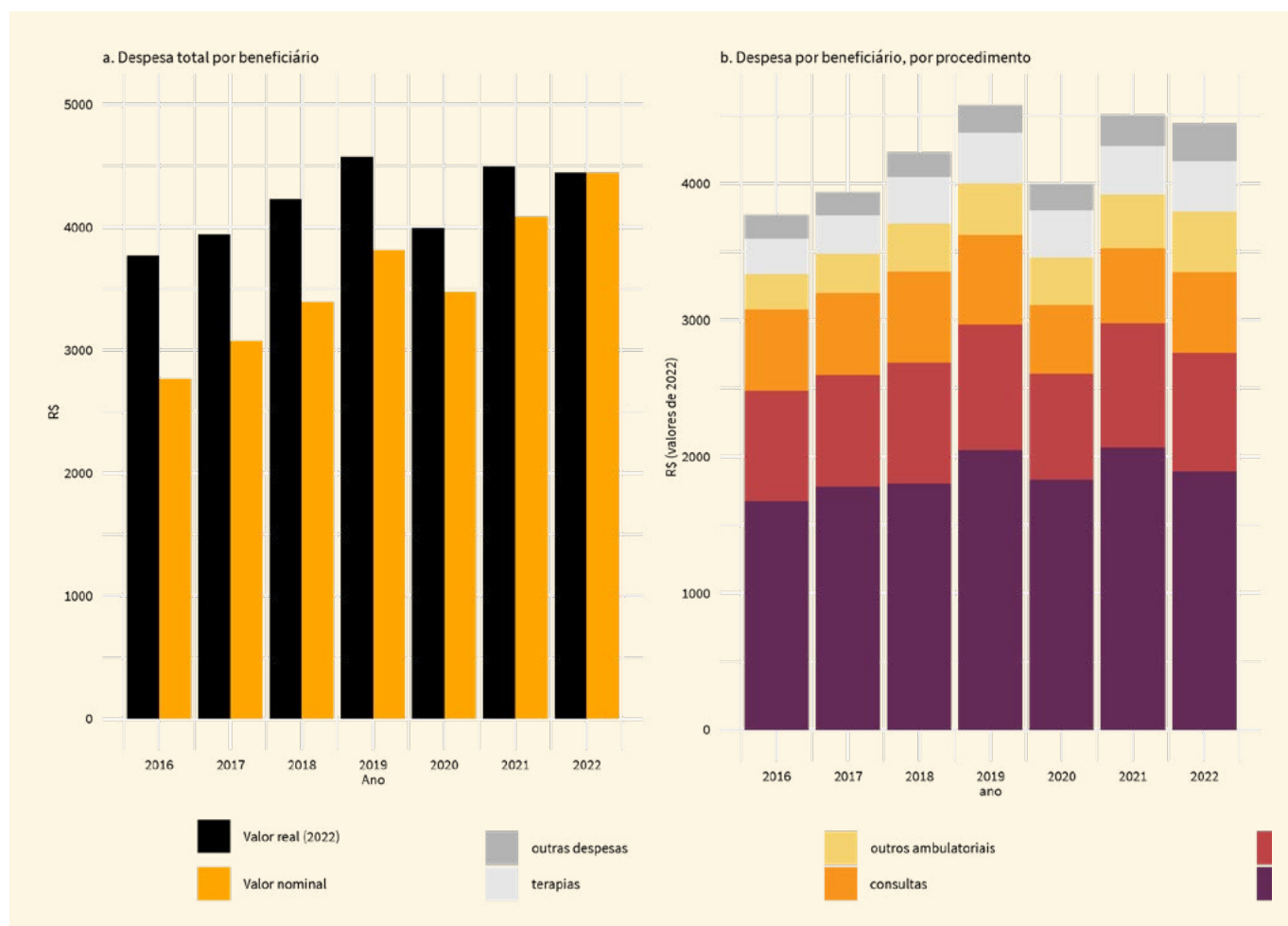
A dinâmica desse mercado depende de vários fatores – por exemplo, mudanças do perfil epidemiológico e das necessidades dos beneficiários dos planos, tecnologias disponíveis para prestação de serviços de atenção à saúde, capacidade instalada por parte dos prestadores, alterações legais estipulando os serviços que devem ser cobertos pelos planos (*rol* de procedimentos) e os modelos de pagamento que regem a relação entre prestadores e operadora. De forma mais detalhada: o envelhecimento da população, por exemplo, leva a mudanças na carga de doenças, que aumentam a necessidade por serviços de atenção à saúde; mudanças legais podem determinar a inclusão de determinados serviços no *rol* a ser coberto por planos de saúde; inovações tecnológicas podem acrescentar custos aos serviços produzidos, enquanto aumentos da capacidade instalada por parte dos prestadores podem levar a queda dos preços. Os modelos de pagamento de *fee-for-service*, por sua vez, podem criar incentivos para que os prestadores estimulem o sobreuso de exames.

O Painel A da **FIGURA 21** mostra a evolução dos custos assistenciais por beneficiário, em valores reais e nominais. Em valores reais, o custo se expandiu rapidamente entre 2016 e 2019, e após um recuo em 2020, em 2022 era 17,8% maior do que em 2016 (passou de R\$3.771 a R\$4.443)²⁶.

26 Em valores nominais, o aumento entre 2016 e 2022 foi de 60%. Esse aumento, medido com os dados do Sistema de Informação de Produto da ANS, é marcadamente menor ao medido pelo Índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH/IESS), que foi de 120% (<https://www.iess.org.br/vcmhiess>). A diferença pode ser resultado de diferenças metodológicas: enquanto o VCMH/IESS é calculado em base a uma amostra de beneficiários de planos individuais, o cálculo aqui apresentado baseia-se nos dados reportados pelas operadoras à ANS.

Para além dos custos por beneficiário, é importante entender a composição desses custos. Dividindo o custo entre grupos de procedimentos notamos que as internações são o grupo de maior custo (R\$1.887 por beneficiário em 2022), seguidas da categoria de exames (R\$872) e consultas médicas (R\$592). Apesar de comparativamente menores em nível, o gasto com outros atendimentos ambulatoriais (passou de R\$259 em 2016 a R\$444 em 2022), terapias (de R\$256 a R\$365) e outras despesas (de R\$177 a R\$284) cresceram marcadamente no período.

FIGURA 21 – EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA DE CUSTOS (2016-2022)



Nota: elaboração própria com base em dados da ANS. O painel à esquerda mostra a evolução do custo assistencial por beneficiário entre 2016 e 2022, em valores nominais e a valores reais de 2022. O painel à direita mostra a evolução do custo assistencial por beneficiário para diferentes grupos de procedimentos, a valores reais de 2022. Consultas: inclui todas as consultas com médicos. Outros ambulatoriais: inclui todas os atendimentos ambulatoriais com outros profissionais de saúde (por exemplo, fisioterapeutas ou psicólogos). Exames: inclui todos os exames de diagnóstico (por exemplo, ressonância magnética, tomografia computadorizada ou hemoglobina glicada). Terapias: inclui procedimentos terapêuticos (por exemplo, quimioterapia, transfusões ambulatoriais ou hemodiálise). Internações: inclui todas as hospitalizações (por exemplo, cirúrgicas, obstétricas ou pediátricas). Outras despesas: inclui as demais despesas médico-hospitalares, não incluídas nas categorias anteriores.

Os custos por procedimento dependem dos preços negociados e da frequência realizada de procedimentos. Com o objetivo de aprofundar o entendimento acerca das razões para a variação dos custos assistenciais, realizamos um exercício de decomposição para estimar a contribuição das categorias destacadas no Painel B da **FIGURA 21** na variação dos custos reais por beneficiário entre 2016 e 2022. Esse exercício nos permite separar a contribuição da quantidade (ou seja, da frequência de utilização) e dos preços (ou seja, do custo unitário médio) de cada tipo de serviço na variação total dos custos. Mais especificamente, realizamos uma decomposição conforme a fórmula apresentada na equação 1 abaixo, onde CB é o custo por beneficiário, o subscrito f indica o período final (no nosso caso, o ano de 2022), o subscrito i o ano inicial (no nosso caso, o ano de 2016) e o índice j o tipo de serviço (internações, exames, consultas médicas, outros atendimentos ambulatoriais, terapias e outras despesas). F indica a frequência de utilização (ou seja, a quantidade produzida de cada tipo de serviço) e P o preço unitário médio.

EQUAÇÃO 1 – DECOMPOSIÇÃO DE CUSTOS

$$\begin{aligned}
 CB_f - CB_i &= \sum_j CB_f^j - \sum_j CB_i^j \\
 &= \sum_j [F_f^j \times P_f^j] - \sum_j [F_i^j \times P_i^j] \\
 &= \underbrace{\sum_j [P_f^j \times (F_f^j - F_i^j)]}_{\text{Contribuição da frequência}} + \underbrace{\sum_j [F_i^j \times (P_f^j - P_i^j)]}_{\text{Contribuição do preço}}
 \end{aligned}$$

A **TABELA 8** mostra os resultados desse exercício. Do aumento total do custo por beneficiário no período, 57% foram devidos ao aumento dos preços e 43% ao aumento da frequência de utilização. Os serviços que mais contribuíram para o aumento total do custo por beneficiário foram as internações (31%) e outros atendimentos ambulatoriais (28%). As causas por trás desses aumentos podem ser diversas. Por exemplo, o envelhecimento da carteira de usuários pode ter contribuído para o aumento na frequência de internações e o aumento no custo dos insumos médicos para o aumento no preço das mesmas. Mudanças recentes na regulação, que alteraram os limites para a realização de outros atendimentos ambulatoriais podem ter contribuído para o aumento na frequência dos mesmos²⁷.

27 <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/periodo-eleitoral/entra-em-vigor-o-fim-dos-limites-de-cobertura-de-quatro-categorias-profissionais>. Acesso em 31/01/2024.

Outras tendências relevantes foram o aumento na frequência dos exames (que representou 30% do aumento do custo total), em paralelo às reduções no preço dos mesmos (equivalente a uma queda de 20% no custo total). Isto é condizente com a situação apresentada na Seção 3 sobre os elevados e crescentes níveis de utilização de exames de imagem, em um contexto de expansão da capacidade instalada e de elevados níveis de ociosidade nos equipamentos utilizados. Vale ressaltar que para todos os outros grupos de procedimentos houve contribuições positivas da dinâmica de preços, com destaque para terapias, cujo aumento de preços explica 22% do crescimento total do custo assistencial por beneficiário no período.

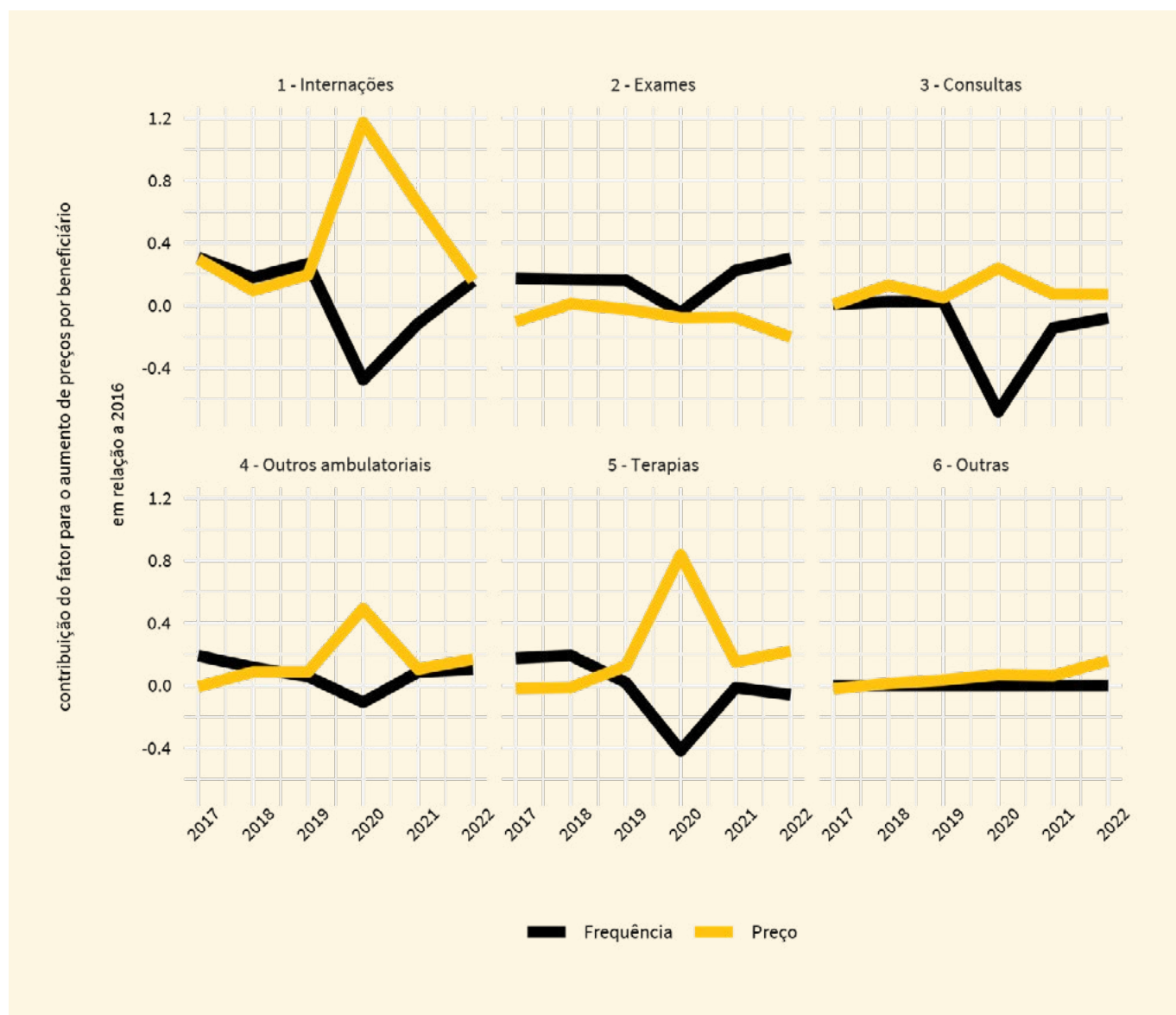
TABELA 8 - RESULTADOS DA DECOMPOSIÇÃO

	2016-2022		
	Freq	Preço	Total
Consultas	-8%	7%	-1%
Exames	30%	-20%	10%
Internacoes	16%	16%	31%
Outros atendimentos ambulatoriais	11%	17%	28%
Terapias	-6%	22%	16%
Outras despesas	0%	16%	16%
Total	43%	57%	100%

Nota: elaboração própria com base em dados da ANS. A tabela mostra a contribuição das variações no preço e na frequência de utilização, total e por tipo de procedimento, para a variação no custo médio por beneficiário entre 2016 e 2022. Nos dados utilizados, não tem discriminação de valor total e quantidade total para rubrica “outras despesas”. No exercício de decomposição, fixamos arbitrariamente a quantidade de procedimentos correspondentes a essa rubrica.

É possível realizar um exercício análogo de decomposição para a evolução do custo por beneficiário ano a ano. Os resultados desse exercício, apresentados na **FIGURA 22**, sugerem que, após o período de instabilidade marcado de forma geral por uma queda na frequência e aumento dos preços no ano de 2020, causado pela pandemia de Covid-19, os parâmetros estruturais tenham voltado aos níveis do período pré-pandemia.

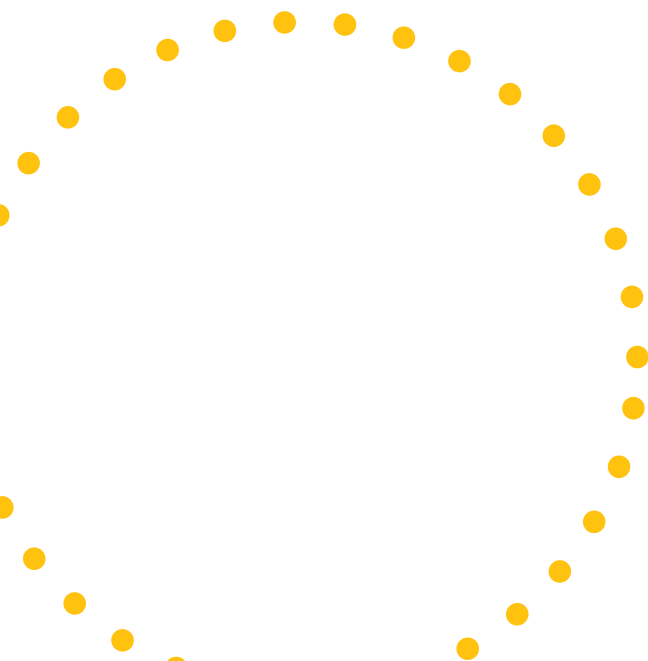
FIGURA 22 – DECOMPOSIÇÃO DA VARIAÇÃO ANUAL NOS CUSTOS DO SETOR



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. A tabela mostra a contribuição das variações no preço e na frequência de utilização, total e por tipo de procedimento, para a variação no custo médio por beneficiário, ano a ano, entre 2016 e 2022.

As possibilidades de respostas das operadoras para esse aumento de custos parecem limitadas. Do lado dos prestadores, os resultados sugerem uma expansão em direção à demanda não atendida, mas por outro lado uma predisposição a reduzir a capacidade ociosa. O equilíbrio de preços ocorre via mercado, que é concorrencial, mas assimetrias de informação em princípio permitem que os prestadores sejam capazes de extrair margens das operadoras. Do seu lado, estas têm atuado pressionadas via aumento de frequência onde a capacidade ociosa é maior (por exemplo, exames) e via preços, onde a oferta relativa é menor (por exemplo, terapias). Existem ainda tendências e flutuações cíclicas induzidas pela atividade econômica. Finalmente, novos entrantes verticalizados provavelmente estão afetando estruturas de mercado relevantes, de modo ainda pouco compreendido (Cordeiro, 2024).

Essas tendências indicam que as operadoras podem responder via maior controle da cadeia produtiva, através da verticalização. Outra opção seria mudar o perfil dos planos disponíveis, focando por exemplo em produtos mais restritos (tanto em abrangência geográfica quanto em tamanho de rede). Afinal, essas foram algumas das estratégias adotadas pela NotreDame Hapvida, que mantém hoje indicadores de sinistralidade inferiores aos reportados por outros grandes incumbentes do setor.



1.5

Reflexões finais

O setor privado, devido ao seu tamanho e complexidade, é um componente central do sistema de saúde no Brasil. Aproximadamente um quarto da população é beneficiária de planos privados com cobertura médica e o gasto privado com saúde representa mais da metade do gasto total com saúde, principalmente o gasto com planos e seguros privados. Além disso, parte importante da produção do SUS é feita através de contratação de prestadores privados. Na comparação internacional, o Brasil é um ponto fora da curva em termos de gasto privado em saúde, principalmente com planos e seguros, em relação ao nível de renda per capita. De fato, a disponibilidade de recursos em estabelecimentos privados para beneficiários da saúde suplementar é muito superior à disponibilidade no SUS e, em vários casos, igual ou superior à de países de alta renda. As projeções de necessidades de financiamento para saúde, em conjunto com as restrições fiscais, sugerem que a demanda por serviços privados de saúde deverá crescer no futuro próximo.

Essa tendência e as suas implicações para os agentes do setor já são, em parte, perceptíveis. Do lado dos prestadores, os resultados sugerem, por um lado, um direcionamento de investimentos à demanda não atendida pelo SUS, mas por outro uma predisposição à capacidade ociosa e sobreuso. Do lado das operadoras, algumas têm atuado com margens apertadas. O envelhecimento da população, bem como o aumento do custo médio por beneficiário, pressiona as operadoras via aumento de frequência, onde capacidade ociosa é maior, e via preços, onde oferta relativa é menor. Além disso, sua capacidade de aumento de receita é limitada, com dependência das flutuações cíclicas induzidas pela atividade econômica e forte concorrência entre os principais atores do setor. Nesse contexto, a entrada de novos agentes verticalizados e focados em planos com cobertura geográfica mais restrita tem se mostrado um desafio para as empresas incumbentes de grande porte. O surgimento de novas tecnologias e a falta de previsibilidade no seu processo de incorporação à cobertura, junto às mudanças regulatórias, têm sido fontes adicionais de incertezas para o setor.

Ainda que a turbulência conjuntural iniciada pela pandemia em 2020 dê sinais de melhora, essa melhora tem ocorrido de forma heterogênea

entre diferentes atores. Além disso, para além da pandemia, encontramos indícios de outros vetores estruturais de preocupação na saúde suplementar que merecem atenção. Em especial, a falta de regulação (ou regulação insuficiente) em diversos elos do mercado de saúde suplementar parece ser especialmente preocupante. A dinâmica e as inovações nos mercados de prestação e pagamento ganharam velocidade recentemente e desenvolvem-se à frente da capacidade que o Estado tem de avançar em inovações no marco regulatório do setor.

Esse cenário define alguns dos principais desafios para o setor e o sistema de saúde como um todo. Em primeiro lugar, parece claro que existe uma necessidade de modelos de contratos entre operadoras e prestadores que permitam alinhar incentivos para que seja evitada a sobreutilização e, ao mesmo tempo, garantida a prestação de atenção de qualidade para os usuários, tendo em conta a tendência de verticalização no setor. Com pouca regulação, a integração vertical entre operadoras e provedoras pode prover incentivos perversos em direção à subprovisão de alguns serviços ou restrição do acesso a outros²⁸. De fato, algumas movimentações recentes sugerem que esse modelo também enfrenta desafios. Experiências alternativas à integração vertical e ao pagamento por serviços (*fee-for-service*) existem e podem gerar maior alinhamento de incentivos entre pagadores e prestadores, sem prejuízo para os usuários. Por exemplo, a adoção de sistemas de pagamento de serviços hospitalares por grupos de diagnóstico relacionados (*DRG, Diagnosis Related Groups*) têm se mostrado uma alternativa eficaz para controlar o aumento de custos na assistência hospitalar (Rice, 2021; Aragón et al, 2022). No entanto, a adoção destes sistemas tem avançado muito pouco.

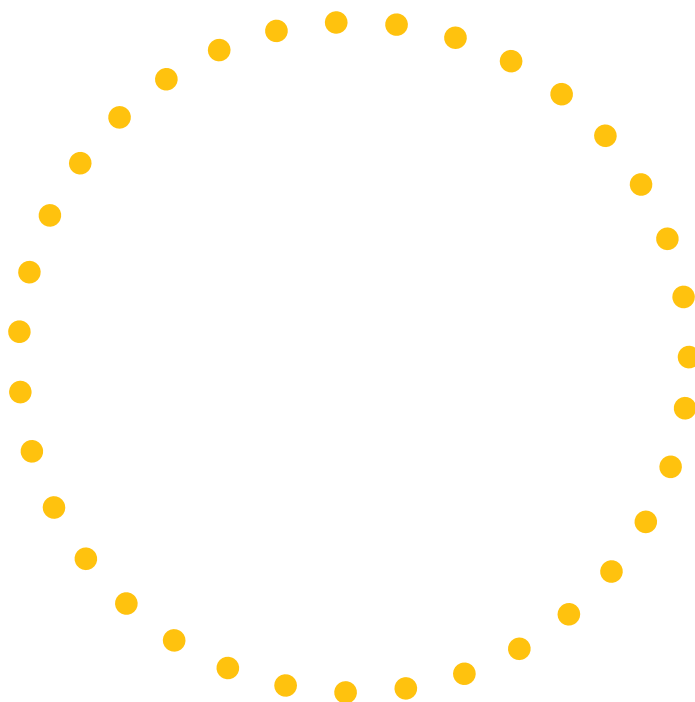
No caso específico das operadoras, apesar de já existir regulação sobre planos individuais, torna-se importante refinar a regulação sobre planos coletivos visto que compõem a grande maioria dos contratos firmados vis-à-vis planos individuais, e essa tendência só vem crescendo. Adições à regulação, nesse caso, poderiam agir de modo a evitar práticas de arbitragem, rescisão unilateral de contratos e os chamados falsos coletivos (segundo a ANS, contratos coletivos por adesão compostos por indivíduos sem nenhum vínculo representativo com a entidade contratante do plano).

O Estado, por sua parte, tem espaço e deve atuar para fortalecer o SUS e coordenar de modo planejado o uso de serviços prestados pelo setor privado quando alinhados com as necessidades e objetivos sociais do país. Dentre outras iniciativas, deve estabelecer regulamentações que confirmem previsibilidade ao processo de incorporação de tecnologias e de mudanças na cobertura de procedimentos no setor, de forma a 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 operadoras de planos privados. Pode também tomar como oportunidade a expansão dos prestadores e consequente geração de capacidade ociosa de equipamentos para contratar e coordenar a custo mais baixo o acesso a serviços públicos de saúde. Além disso, pode atuar de modo a circunscrever a atuação da saúde suplementar em um modelo mais racional, com foco maior em ações

28 <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2024/01/19/hapvida-tem-r-2-bilhoes-em-aco-es-judiciais-civeis.ghml> Acesso em 31/01/2024.

preventivas, saindo de uma cultura de uso de serviços de saúde curativos e de forma pouco coordenada.

Os próximos capítulos do presente relatório focam na descrição e entendimento das tendências recentes do setor. Um diagnóstico acurado desses desafios é o primeiro passo para desenhar possíveis caminhos. Essas análises estão focadas em dois eixos orientadores: quais são as tendências recentes no setor privado de saúde no Brasil e quais são as interações deste com as políticas públicas e o SUS.



Referências

- Agha, Leila, Soomi Kim, e Danielle Li. “Insurance Design and Pharmaceutical Innovation”. *American Economic Review: Insights* 4, no 2 (10 de junho de 2022): 191–208. <https://doi.org/10.1257/aeri.20210063>.
- Andrade, M. V., Gama, M. M., Ruiz, R. M., Maia, A. C., Modenesi, B., & Tiburcio, D. M. (2012). Mercados e concentração no setor suplementar de planos e seguros de saúde no Brasil. <http://ppe.ipea.gov.br>. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5084>
- Andrade, M. V., Marinho, C., Nunes, L., & Colares, F. (2023). Price setting in the Brazilian private health insurance sector. *International Journal of Health Economics and Management*. <https://doi.org/10.1007/s10754-023-09361-0>
- ANS. (2023). Panorama – Saúde Suplementar: ANS divulga dados até julho de 2023. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/panorama-2013-saud-e-suplementar-ans-divulga-dados-ate-julho-de-2023>
- Aragón, M. J., Chalkley, M., & Kreif, N. (2022). The long-run effects of diagnosis related group payment on hospital lengths of stay in a publicly funded health care system: Evidence from 15 years of micro data. *Health Economics*, 31(6), 956–972. <https://doi.org/10.1002/hec.4479>
- Associação Nacional de Hospital Privados (ANAHP) (2024). Observatório Anahp - Panorama trimestral financeiro e operacional da saúde suplementar - 1a edição – Março /2024
- Azevedo, P. F. de, Almeida, S. F. de, Ito, N. C., Moron, C. R., Inhasz, W., & Rousset, F. (2016). A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. <https://repositorio.insper.edu.br/handle/11224/4076>
- Beckfield, J., Olafsdottir, S., & Sosnaud, B. (2013). Healthcare Systems in Comparative Perspective: Classification, Convergence, Institutions, Inequalities, and Five Missed Turns. *Annual Review of Sociology*, 39, 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145609>
- Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2014). *Health economics*. Palgrave Macmillan.
- Brezis, Mayer. “Big Pharma and Health Care: Unsolvable Conflict of Interests between Private Enterprise and Public Health”. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 45, nº 2 (2008): 83–89; discussion 90–94.
- Bureau, V., & Blank, R. H. (2006). Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 8(1), 63–76. <https://doi.org/10.1080/13876980500513558>
- Cuesta, José Ignacio, Carlos Noton, e Benjamin Vatter. “Vertical Integration between Hospitals and Insurers”. *SSRN Electronic Journal*, 2019. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3309218>.
- Cordeiro, Gustavo. (2024) “Abertura ao capital estrangeiro e dinâmicas recentes no setor privado de saúde no Brasil”.

Costa, Cinthia. Malik, Ana Maria (2024) “Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas.”

Ferraz, M. B. (2015). Health economics, equity, and efficiency: are we almost there? *ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR*, 7, 119–122. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S78093>

IESS. (2023). Fraudes e desperdícios em Saúde Suplementar. <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-externos/fraudes-e-desperdicios-em-saude-suplementar>

Ho, K., & Lee, R. S. (2017). Insurer competition in health care markets. *Econometrica*, 85(2), 379–417.

Karampli, E., K. Souliotis, N. Polyzos, J. Kyriopoulos, e E. Chatzaki. “Pharmaceutical Innovation: Impact on Expenditure and Outcomes and Subsequent Challenges for Pharmaceutical Policy, with a Special Reference to Greece”. *Hippokratia* 18, no 2 (abril de 2014): 100–106.

Kerstenetzky, C. L. (2012). O estado do bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Elsevier.

Kerwin, Robert. “The House of Commons Health Committee: ‘The Influence of the Pharmaceutical Industry’ – Too Much Too Late?” *Journal of Psychopharmacology* 21, nº 2 (março de 2007): 131–33. <https://doi.org/10.1177/0269881107076418>.

Mackintosh, M., Channon, A., Karan, A., Selvaraj, S., Cavagnero, E., & Zhao, H. (2016). What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 388(10044), 596–605. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00342-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00342-1)

Mrejen, M., Millett, C., & Hone, T. (2022). Sistemas de Saúde: O que são, por que são tão diferentes em cada país e como o Brasil se compara? In R. Rocha, M. Lago, & F. Giambiagi (Eds.), *A saúde do Brasil*. Casa Publicadora São Paulo Eirele.

Nobre, Victor. “Boletim n. 6/2023 Monitoramento do Orçamento da Saúde Projeto de Lei Orçamentária Anual”. IEPS, [s.d.].

OECD. (2023). *OECD Health Statistics 2023. Definitions, Sources and Methods. Voluntary health insurance*. <https://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4>

Pita Barros, P., & Siciliani, L. (2011). Public and Private Sector Interface. In *Handbook of Health Economics* (Vol. 2, pp. 927–1001). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53592-4.00015-3>

Portela, M. C., Martins, M., Lima, S. M. L., de Andrade, C. L. T., & de Aguiar Pereira, C. C. (2023). COVID-19 inpatient mortality in Brazil from 2020 to 2022: a cross-sectional overview study based on secondary data. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 238. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02037-8>

RAND Health Care. “Environmental Scan on Consolidation Trends and Impacts in Health Care Markets”, 2022.

Rice, T. (2021). Key components of national health insurance systems. In *Health Insurance Systems* (pp. 9–33). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816072-5.00004-3>

Rocha, R., Furtado, I., & Spinola, P. (2021). Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. *Health Economics*, 30(5), 1082–1094. <https://doi.org/10.1002/hec.4241>

Victoor, A., Friele, R. D., Delnoij, D. M. J., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2012). Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews. *BMC Health Services Research*, 12, 441. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-441>

Wang, D. W. L., Fajreldines, E., Vasconcelos, N. P. de, Malik, A. M., Oliveira, B. da C. de, Souza, F. M. de, Souza, J. L. de, Arantes, L., & Miziara, N. M. (2022). A judicialização da saúde suplementar: uma análise empírica da jurisprudência de 1a. e 2a. instâncias do Tribunal de Justiça de São Paulo. <https://hdl.handle.net/10438/33248>

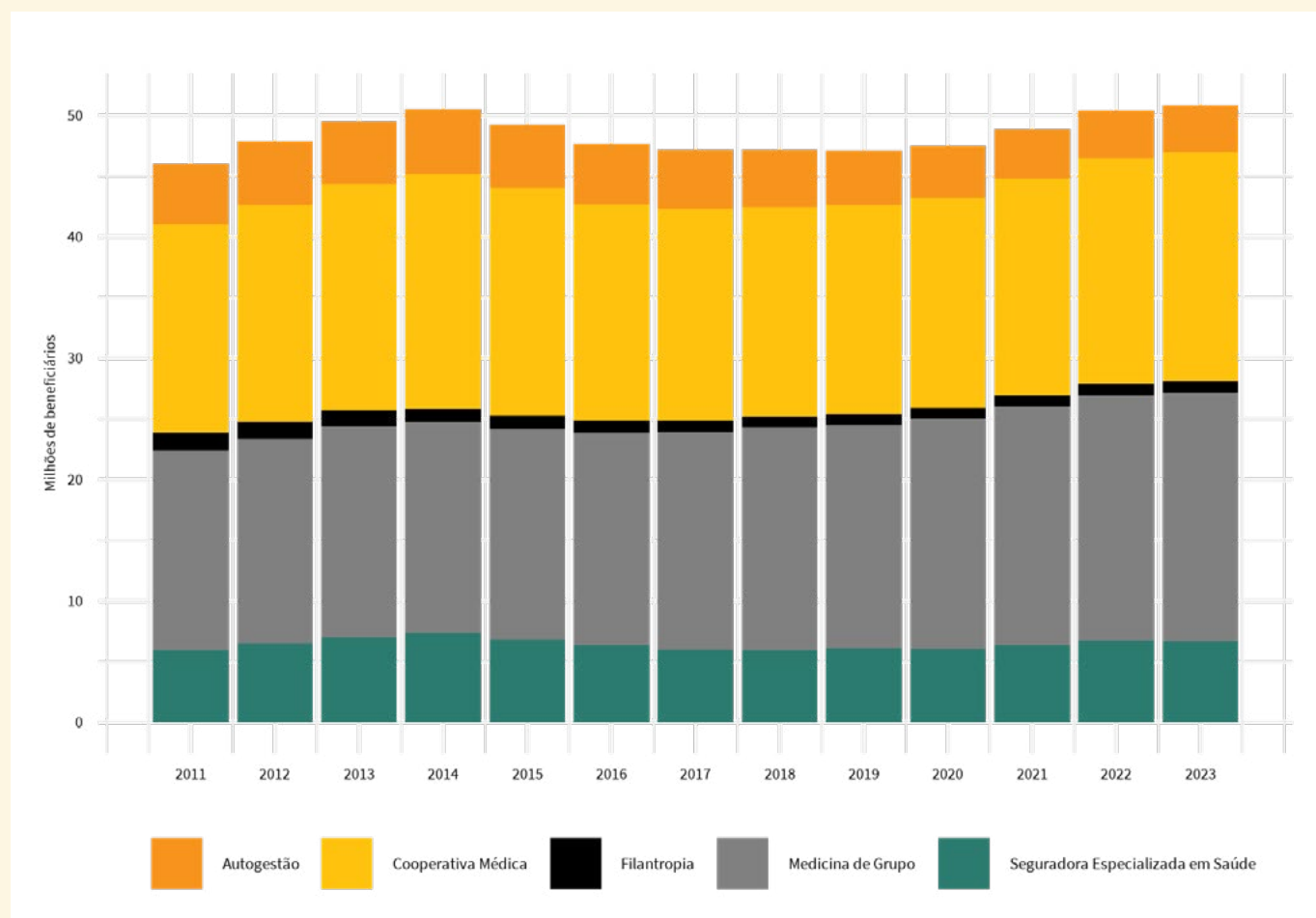
Apêndice

TABELA A1 – DÉFICITS ASSISTENCIAIS NO SUS E EXPANSÃO DOS PRESTADORES PRIVADOS

Delta 2021-2010												
	Leitos			Hospitais			Tomógrafos			Equipamentos de Ressonância		
	Total	CFL	SFL	Total	CFL	SFL	Total	CFL	SFL	Total	CFL	SFL
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Déficits												
Leitos	0,277*** (0,0024)	0,237*** (0,021)	0,040* (0,021)									
Hospitais				6,351*** (0,872)	3,629*** (0,462)	2,722*** (0,700)						
Tomógrafos							1,093* (0,646)	0,739 (0,610)	0,354 (0,227)			
Equipamentos de Ressonância										-0,163 (0,301)	-0,295 (0,286)	0,132 (0,128)
Socioeconômicos												
Vínculos Ativos/PIA	0,002*** (0,0005)	0,002*** (0,0004)	0,001 (0,0004)	0,003 (0,0013)	0,013* (0,0007)	-0,009 (0,010)	0,040*** (0,011)	0,034*** (0,010)	0,006 (0,004)	0,033*** (0,005)	0,025** (0,005)	0,008*** (0,002)
Controles Demográficos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controles Socio-Econômicos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controles Saúde Suplementar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controles Geográficos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Observações	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450

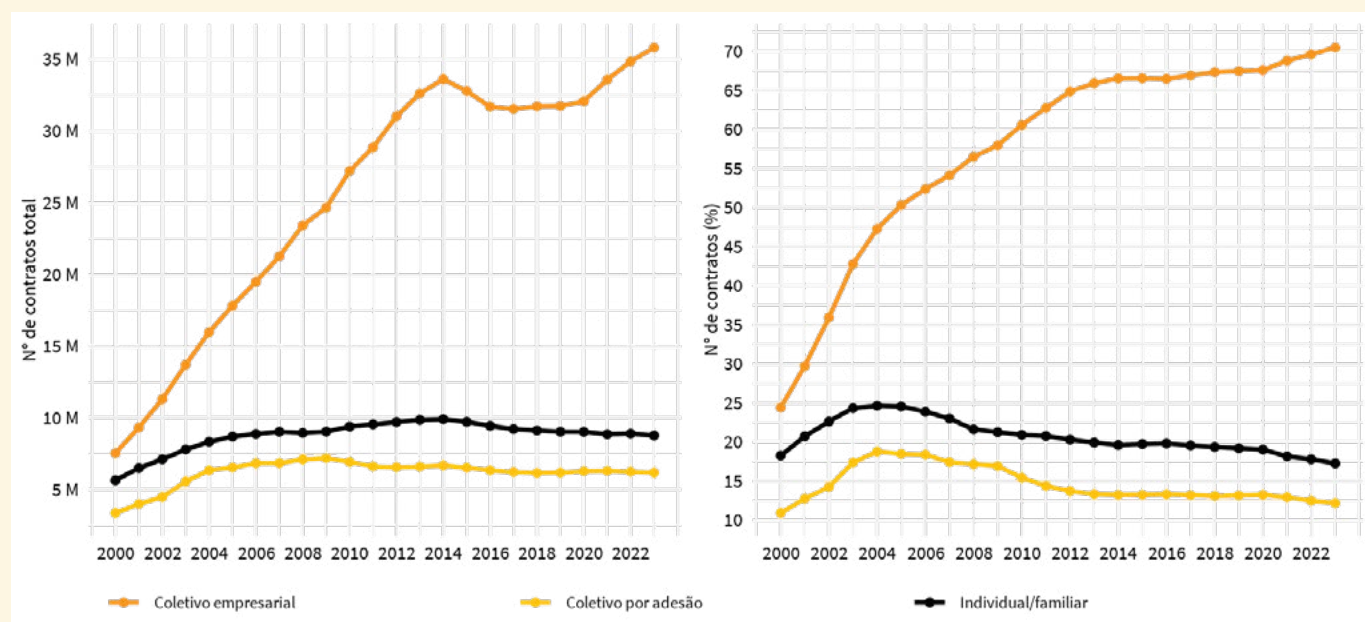
Nota: Elaboração própria com base em dados do CNES, RAIS, ANS e IBGE. A base encontra-se ao nível da região de saúde. As variáveis dependentes representam o delta 2021-2010 do total de recursos, total com fins lucrativos e total sem fins lucrativos de leitos, tomógrafos, hospitais, e médicos, respectivamente. Em todos os casos, a disponibilidade é medida como uma taxa em relação ao tamanho da população de cada região. Regredimos essas variáveis em medidas de déficit que mostram para o ano de 2010 a distância do valor observado no Brasil em relação à média da OCDE. Incluímos também uma medida de atividade econômica, bem como controles demográficos (população por faixa etária e proporção de idosos com 65 anos ou mais), socioeconômicos (log do PIB e renda per capita), de saúde suplementar (cobertura de planos de saúde), e geográficos (grandes regiões do país).
*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01.

FIGURA A2 - NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR MODALIDADE DE OPERADORA



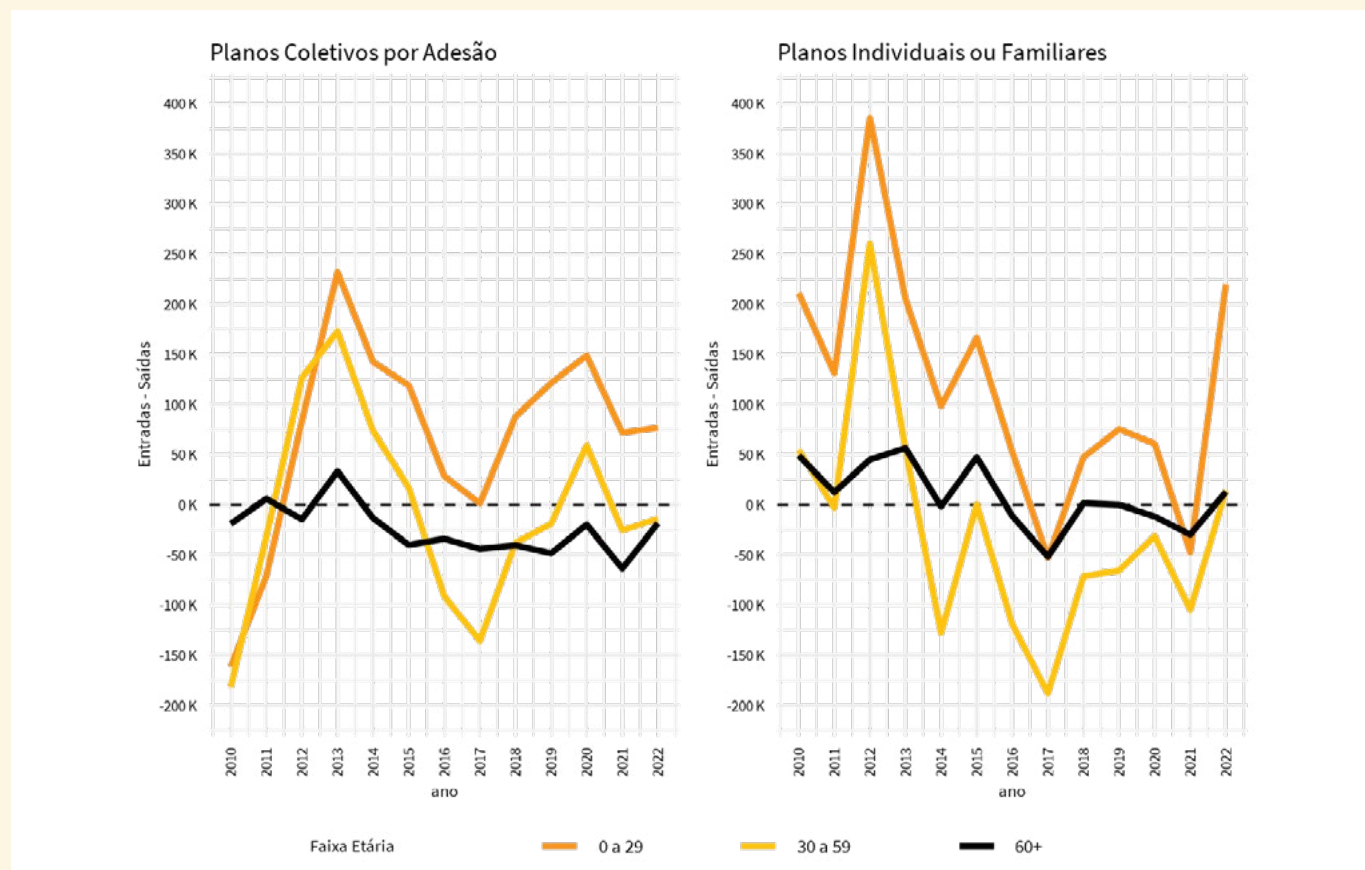
Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. A figura mostra a evolução do número de beneficiários (em milhões) de 2011 a 2023 por modalidade de operadora de planos médico-hospitalares.

FIGURA A3 – EVOLUÇÃO DE CONTRATOS POR TIPOS DE PLANOS



Nota: Elaboração própria com base em critérios definidos pela ANS.

FIGURA A4 – SALDO DE ENTRADAS E SAÍDAS EM PLANOS POR FAIXA ETÁRIA



Nota: Elaboração própria com base em critérios definidos pela ANS.

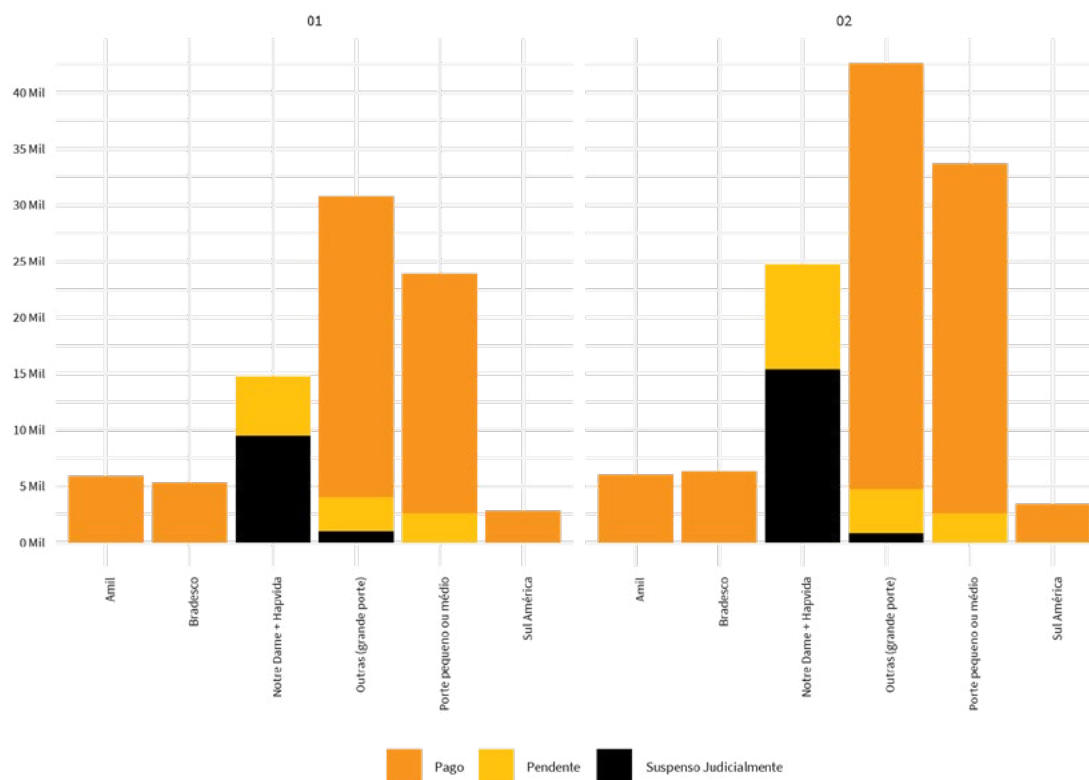
TABELA A5 - BENEFICIÁRIOS E CICLOS ECONÔMICOS

Cobertura por operadora (%)							
	Total	Outras (grande porte)	Porte pequeno ou médio	Amil	Bradesco	Notre Dame + Hapvida	Sul América
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Socioeconômicos							
Vínculos Ativos/ PIA	0,0274*** (0,0037)	0,0078** (0,0032)	0,0217*** (0,0035)	0,0016** (0,0007)	0,0015** (0,0006)	-0,0050*** (0,0018)	-0,0002 (0,0009)
Déficits							
Leitos	-0,2669 (0,1734)	-0,0046 (0,1321)	-0,3448** (0,1742)	0,0283 (0,0241)	0,0115 (0,0198)	0,0193 (0,0883)	0,0234 (0,0160)
Tomógrafos	-0,1882* (0,1130)	-0,0709 (0,0851)	-0,1201 (0,0935)	0,0148 (0,0117)	0,0008 (0,0258)	-0,210 (0,0655)	0,0081 (0,0064)
Hospitais	0,3895** (0,1612)	0,1654 (0,1356)	0,2378* (0,1398)	-0,0028 (0,0168)	0,0659** (0,0304)	-0,0360 (0,0423)	-0,0409*** (0,0131)
Médicos	0,2243 (0,2243)	-0,4675 (0,2982)	0,8344*** (0,3072)	-0,0484 (0,0427)	-0,0915** (0,0387)	-0,0526 (0,0848)	0,0499** (0,0234)
EF de região de saúde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
EF de ano	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
EF de região de saúde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controles Socio- Econômicos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Controles Demográficos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Observações	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400	5.400

Nota: Elaboração própria em base a dados do CNES, RAIS, ANS e IBGE. Tratam-se de dados em painel ao nível da região de saúde, de 2010 a 2021. As variáveis dependentes representam a cobertura de beneficiários de, respectivamente, todo o setor de saúde suplementar, Amil, Bradesco, NotreDame Hapvida, Sul América, outras empresas de grande porte e empresas de pequeno e médio porte. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado. Regredimos essas variáveis em uma medida de atividade econômica definida como o número de vínculos ativos sobre o total da população economicamente ativa. Também incluímos medidas de déficit que mostram para o ano de 2010 a distância do valor observado no Brasil em relação à média da OCDE, bem como controles demográficos (população por faixa etária e proporção de idosos com 65 anos ou mais), socioeconômicos (log do PIB e renda per capita), e efeitos fixos de região de saúde e ano. *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01.

FIGURA A6 - RESSARCIMENTO SUS

Cobrança e Conduta Financeira das operadoras
Número Atendimentos em 2022 01 = AIH; 02 = APAC



Cobrança e Conduta Financeira das operadoras
Soma Valor Atendimentos em 2022 01 = AIH; 02 = APAC

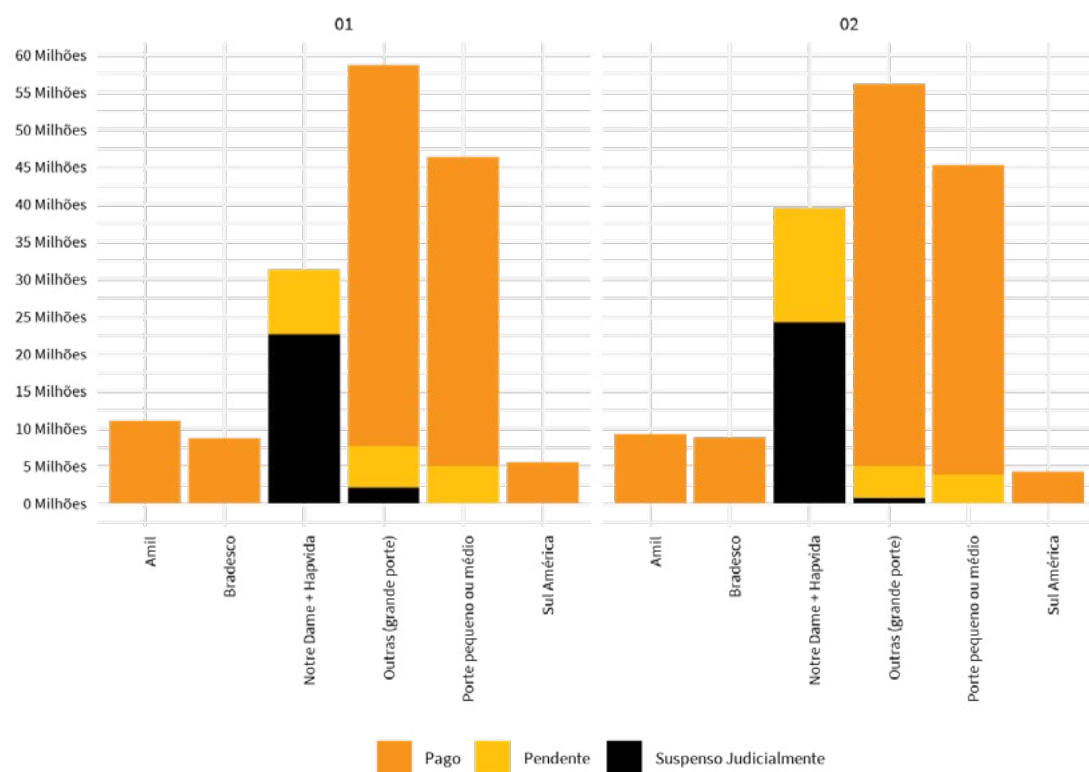
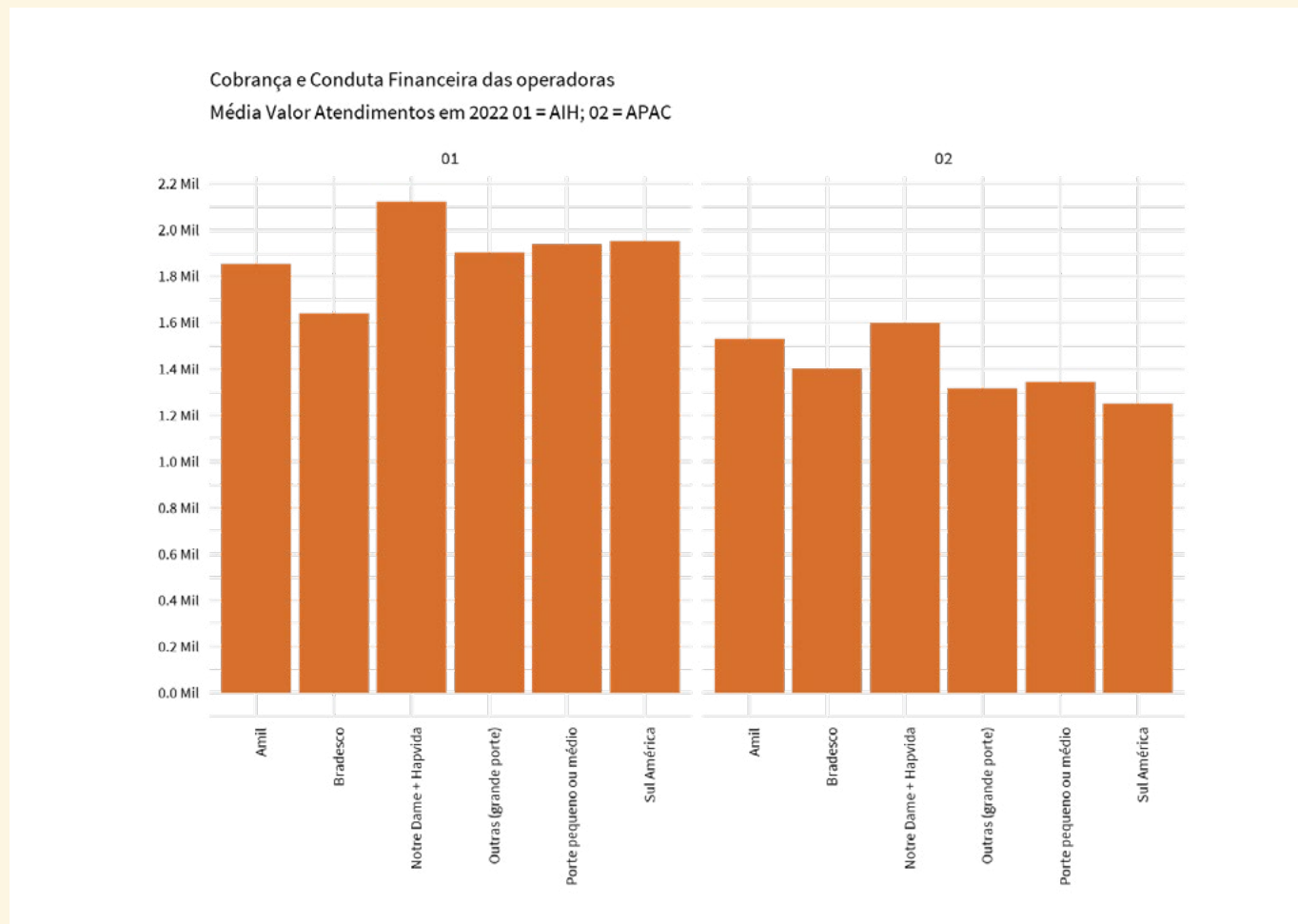
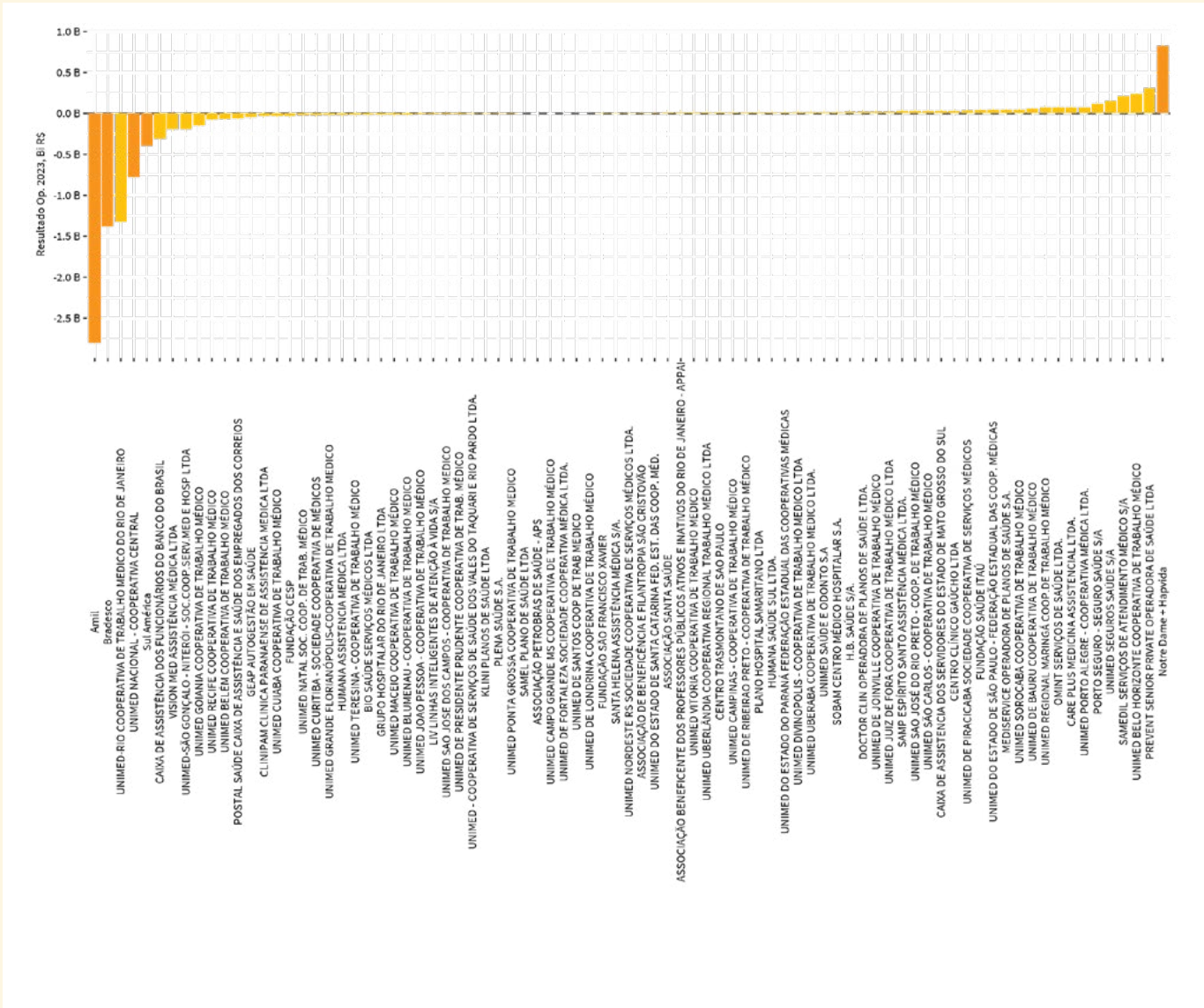


FIGURA A6 - RESSARCIMENTO SUS



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS. Apesar de Hapvida e Notredame terem concluído sua fusão apenas em 2022, optamos por apresentá-las conjuntamente durante todo o período analisado. O primeiro painel mostra o total de atendimentos realizados em 2022 no que se refere à internações (AIH = 01) e atendimentos ambulatoriais (APAC = 02). O segundo painel mostra a soma dos valores devidos por tipo de atendimento (AIH/APAC) prestados pelo SUS em 2022. O terceiro painel mostra a média dos valores devidos por tipo de atendimento (AIH/APAC) prestado pelo SUS em 2022. Para simplificar, agregamos no status das cobranças as categorias “Pago” e “Parcelado” como “Pago”, “Pendente” e “Pendente de Pagamento” como “Pendente” nos dois primeiros painéis. Quando ponderamos o volume e os valores dos atendimentos pelo número de beneficiários, consideramos os montantes totais, sem distinguir pelo estágio de pagamento da cobrança (pago/pendente/suspensão).

FIGURA A7 – RESULTADO OPERACIONAL, OPERADORAS DE GRANDE PORTE EM 2023



Nota: Elaboração própria com base em dados da ANS e IBGE. A figura ordena o resultado operacional em bilhões de reais das operadoras de grande porte (> 100.000 beneficiários) do menor ao maior em 2023.

Apêndice – Metodologia e Dados

A1. Fontes de dados e variáveis

O mix público/privado na saúde no Brasil

Utilizamos diversas bases de dados para descrever e contextualizar o mix público/privado na saúde. Primeiramente, utilizamos dados do estudo sobre *Global Health Spending* 1995-2019 do *Institute for Health Metrics and Evaluation* sobre o percentual do Produto Interno Bruto (PIB) gasto com saúde para diferentes países segundo a fonte de financiamento: gasto público, gasto privado do próprio bolso e gasto privado com planos de saúde privados²⁹. Adicionalmente, usamos dados do Banco Mundial sobre o nível do PIB per capita em dólares (US\$) em valores constantes de 2015, o PIB per capita em valores correntes em dólares em paridade de poder aquisitivo (US\$ PPP) e o nível do gasto total com saúde em dólares PPP³⁰. Utilizamos também dados da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) sobre gasto em saúde em dólares PPP segundo a função do gasto e a fonte de financiamento, sobre cobertura de saúde por diferentes esquemas de seguro, sobre disponibilidade de recursos de saúde (médicos, hospitais, leitos hospitalares, tomógrafos e ressonadores magnéticos) e de população³¹.

Complementamos esses dados com bases de dados nacionais. Utilizamos dados das bases de profissionais, estabelecimentos e equipamentos do Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para avaliar a disponibilidade de recursos de saúde³².

Usamos também dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre receitas por contraprestações e número de beneficiários por operadora de planos de saúde³³ e do IBGE sobre PIB per capita nas unidades da federação no Brasil (UF)³⁴. Por fim, usamos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 sobre titularidade de planos de saúde e utilização e financiamento de serviços de saúde no Brasil³⁵.

Posicionamento dos prestadores privados: evolução recente e situação atual

Utilizamos principalmente dados administrativos para descrever a evolução e a situação atual dos prestadores privados no Brasil. Usamos dados do CNES sobre o quantitativo de recursos físicos disponíveis entre 2010 e 2022³⁶. Usamos também dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Datasus, assim como do Sistema de Informações de Produto (SIP)

29 Os resultados do estudo estão disponíveis em: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/global-health-spending-1995-2019>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

30 Dados disponíveis em: <https://data.worldbank.org/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

31 Dados disponíveis em: <https://stats.oecd.org/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

32 Dados disponíveis em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

33 Dados disponíveis em: https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/Base_de_dados/Microdados/. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

34 Dados disponíveis em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5938>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

35 Dados disponíveis em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

36 Dados disponíveis em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

da ANS³⁷, sobre o volume de serviços produzidos entre 2016 e 2021. De forma complementar, utilizamos dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) sobre vínculos empregatícios ativos, do IBGE sobre população e da ANS sobre beneficiários de planos de saúde³⁸ entre 2010 e 2021. Para realizar comparações internacionais, utilizamos também dados da OCDE sobre o volume de serviços de saúde produzidos entre 2016 e 2021³⁹.

Posicionamento das Operadoras de Planos de Saúde: evolução recente e situação atual

Utilizamos dados da ANS⁴⁰ sobre o total de beneficiários e operadoras entre 2010 e 2022, realizando recortes em relação ao porte da operadora, e também fazendo análises separadas para operadoras específicas. Com base nesses dados, construímos variáveis de cobertura de planos ao nível da região de saúde. Também utilizamos dados da ANS sobre características dos planos ofertados pelas operadoras (janeiro de 2023), dados referentes aos repasses feitos ao SUS pelas operadoras, valor comercial médio dos planos (2022) e evolução de resultados financeiros (incluindo sinistralidade, resultado operacional, despesas assistenciais e receitas de contraprestações. Finalmente, adicionamos dados do PIB⁴¹ advindos do IBGE.

A relação entre provedores e operadoras

Utilizamos dados do Sistema de Informações de Produto (SIP) da ANS, que contém a quantidade e valor total gasto pelas operadoras de planos de saúde para diferentes tipos de serviços: consultas médicas (inclui todas as consultas com médicos), outros atendimentos ambulatoriais (inclui todas as atendimentos ambulatoriais com outros profissionais de saúde não médicos, por exemplo, fisioterapeutas ou psicólogos), exames (inclui todos os exames de diagnóstico, por exemplo, ressonância magnética, tomografia computadorizada ou hemoglobina glicada), terapias (inclui procedimentos terapêuticos, por exemplo, quimioterapia, transfusões ambulatoriais ou hemodiálise), internações (inclui todas as hospitalizações, por exemplo, cirúrgicas, obstétricas ou

pediátricas) e outras despesas (inclui as demais despesas médico-hospitalares, não incluídas nas categorias anteriores). Os dados estão disponíveis anualmente para o período entre 2016 e 2021. Utilizamos também dados do Índice de Preços ao Consumidor do IBGE para deflacionamos os valores da série.

A2. Métodos: Regressão multivariada

Realizamos três exercícios de análises de regressão multivariada, reportados nas **TABELAS 3, 5, E 7**). Descrevemos nesta seção as potencialidades e limitações desses exercícios.

Nas **TABELAS 3 E 7** trabalhamos com um momento único no tempo (dados *cross-section*). Na **TABELA 3** (Déficits assistenciais no SUS e expansão dos provedores privados), a unidade de observação dos dados é a região de saúde. Utilizamos como variáveis dependentes medidas de déficit entre 2021 e 2010, e as variáveis independentes são relativas ao ano 2010. Já na **TABELA 7** (Determinantes do Valor Comercial Médio dos Planos (2022)) a unidade de observação é o plano de saúde, e os dados são de 2022. Em ambos os casos reportamos os resultados de regressões multivariadas simples. Trata-se de um método utilizado para examinar as relações entre uma variável dependente e múltiplas variáveis independentes. Suas potencialidades incluem a capacidade de identificar e quantificar a importância relativa de diferentes fatores independentes na variável de interesse. Isso permite uma compreensão mais abrangente das relações entre as variáveis e a capacidade de fazer previsões mais refinadas. No entanto, há limitações a serem consideradas. A principal delas é a suposição de linearidade nas relações entre as variáveis, que pode ser uma simplificação excessiva em situações mais complexas. Além disso, da maneira que empregamos o método, podemos apenas fazer inferência acerca da relação entre as duas variáveis, e não da relação de causa e efeito entre elas. Isso porque podem existir outros fatores que podem influenciar tanto as variáveis independente quanto as dependentes e que não conseguimos listar no modelo.

Na **TABELA 5** (Beneficiários e Ciclos Econômicos), a unidade de observação dos dados é a região de saúde. Agregamos dados de 2010 à 2021 (dados em painel) num modelo de regressão multivariada com efeitos fixos. Um modelo de regressão multivariada com efeitos fixos é uma abordagem estatística que permite analisar como várias variáveis influenciam simultaneamente uma variável dependente, controlando para efeitos fixos específicos, como características individuais ou de grupos. Suas vantagens residem na capacidade de explorar relações complexas entre múltiplos fatores, mitigando a influência de fatores não observados que são constantes ao longo do tempo. Isso é particularmente

37 Dados disponíveis em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aces-so-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-as-sistenciais-e-publicacoes-relacionadas/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

38 Dados disponíveis em: https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/Base_de_dados/Microdados/. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

39 Dados disponíveis em: <https://stats.oecd.org/>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

40 Dados disponíveis em: https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/Base_de_dados/Microdados/. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

41 Dados disponíveis em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9300-contas-nacionais-trimestrais.html?=&t=resultados>. Última consulta: 31 de janeiro de 2024.

relevante em estudos longitudinais ou quando há variação sistemática entre grupos. No entanto, é importante considerar limitações, como a suposição de constância dos efeitos fixos ao longo do tempo, além das questões levantadas no parágrafo anterior.

A3. Métodos: Decomposição

Com o objetivo de aprofundar o entendimento acerca das razões para a variação dos custos assistenciais, realizamos um exercício de decomposição para estimar a contribuição das categorias de procedimentos das operadoras de saúde. Para decompor os valores, iniciamos com a diferença entre os custos por beneficiários (CB) entre dois períodos: $final$ (f) e $inicial$ (i).

$$CB_f - CB_i = \text{Aumento de custo por beneficiário}$$

O termo CB , para qualquer período t , pode ser escrito como o somatório da frequência por beneficiário (F) e o preço do procedimento por beneficiário:

$$CB_t = \sum_j F_t^j \times P_t^j$$

A partir de (2), podemos criar um termo que seria o custo por beneficiário no período final (CB^*), caso a frequência fosse mantida como a inicial.

$$CB_f^* = \sum_j F_i^j \times P_f^j$$

Assim, podemos reescrever (1) da seguinte maneira:

$$\Delta CB = CB_f - CB_i = \left(\sum_j F_f^j \times P_f^j \right) - \left(\sum_j F_i^j \times P_i^j \right)$$

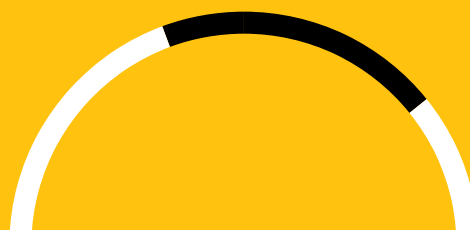
Somando e subtraindo (3), na equação (4), temos:

$$\begin{aligned} \Delta CB &= CB_f - CB_i = \left(\sum_j F_f^j \times P_f^j \right) - \left(\sum_j F_i^j \times P_i^j \right) \\ &= \left(\sum_j F_f^j \times P_f^j \right) - \left(\sum_j F_i^j \times P_i^j \right) + \left(\sum_j F_i^j \times P_f^j \right) - \left(\sum_j F_i^j \times P_f^j \right) \\ &= \left(\sum_j P_f^j [F_f^j - F_i^j] \right) - \left(\sum_j F_i^j [P_f^j - P_i^j] \right) \end{aligned}$$

Interpretamos a equação da seguinte forma. O primeiro termo ($P_f^j [F_f^j - F_i^j]$) indica o aumento do custo por beneficiário relativo ao aumento de frequência de procedimentos entre os dois períodos. O segundo termo ($F_i^j \times [P_f^j - P_i^j]$) indica o aumento do custo por beneficiário devido ao aumento de preços, caso a frequência tivesse sido mantida como no período inicial.

Os dados para realizar a decomposição são da ANS, do conjunto de dados chamado *Sistema de Informações de Produtos*, que é divulgado desde 2016, por grupo de procedimentos.

Nesse processo, temos algumas limitações importantes. Primeiro, os procedimentos estão agrupados em categorias muito amplas. Por exemplo, a categoria exames engloba procedimentos de maior custo e complexidade (como ressonância magnética), bem como procedimentos baratos e de baixa complexidade (como coleta de sangue para exames de colesterol). Ao atribuímos um peso a essa categoria, estamos englobando todos esses componentes. Idealmente, gostaríamos de detalhar os custos em categorias mais granulares. Outra limitação importante se deve a um grupo específico, chamado de “outros”. Trata-se de um resíduo que pode englobar erros ou pacotes de serviços que envolvem uma porção de procedimentos que deveriam estar alocados nos outros grupos. O que fizemos foi atribuir uma frequência fixa (normalizamos a frequência desse procedimento no valor 1, por beneficiário) e analisamos apenas as mudanças de preços.



Abertura ao capital estrangeiro e dinâmicas recentes no setor privado de saúde no Brasil

AUTOR

Gustavo Cordeiro

Sumário Executivo

Neste capítulo descrevemos o perfil de captação e consolidação do setor privado de saúde, bem como os eventos que se sucederam à abertura à participação de capital estrangeiro no setor hospitalar e de medicina diagnóstica ocorrida através da Lei nº 13097/2015. Apesar de questionamentos quanto às consequências de tal abertura, pouco se sabe sobre os efeitos desses investimentos na concentração do setor e na consolidação de grupos empresariais atuantes no setor hospitalar.

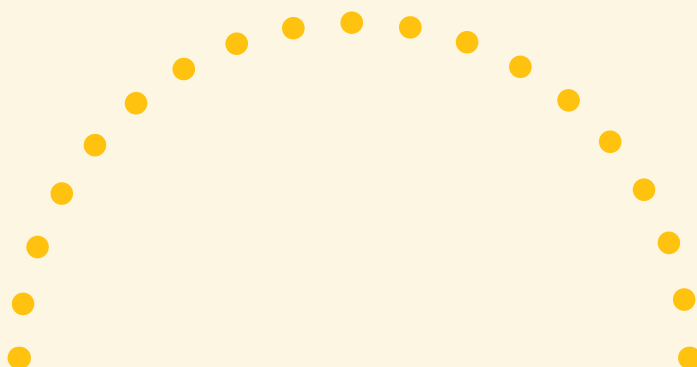
Documentamos um aumento nas operações de fusões e aquisições no setor de hospitais e serviços de saúde como alvo. Em 2010, houve apenas 5 transações envolvendo a aquisição de empresas do setor hospitalar enquanto no ano anterior à liberação do setor a investimentos estrangeiros (2014), foram apenas 3 operações reportadas. Após 2015 (ano da liberação) o volume de aquisições de hospitais se manteve crescente até o ano de 2021, quando houve 32 eventos reportados.

Após a mudança de lei ocorrida em 2015, além da intensificação das aquisições, nota-se um crescimento da relevância de empresas do setor financeiro no papel de adquirentes. Antes da aprovação da lei o setor financeiro participava de 17% das operações. Após 2015, todavia, foram 26% das fusões e aquisições do setor de saúde que tiveram empresas do setor financeiro como adquirentes. Como a maior parte das transações envolveu mais do que um estabelecimento, identificamos os estabelecimentos hospitalares envolvidos nas operações. Mapeamos, assim, 165 transações que envolveram 636 unidades hospitalares.

Os resultados obtidos sugerem um aumento na participação dos principais grupos empresariais do setor hospitalar no total de leitos disponíveis. Nota-se também uma redução no número total de leitos privados com fins lucrativos e um aumento no número de mercados relevantes com concentração de leitos privados elevada ($HHI > 2500$), indicando um movimento de consolidação do setor. 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. Já em 2022, as 10 principais empresas possuíam uma participação de aproximadamente 17% do total de leitos privados. Parte dessa consolidação é justificada, ao menos parcialmente, por

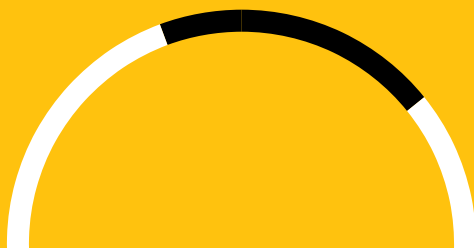
uma intensificação dos eventos de fusões e aquisições ocorrida no período, especialmente após a abertura irrestrita à entrada de capital estrangeiro no setor hospitalar.

Por fim, conduzimos estudos de caso com os dois grupos mais atuantes nas fusões e aquisições no setor hospitalar, Grupo D'Or / Sulamérica e NotreDame Hapvida. Os estudos evidenciam a opção dos grupos pela captação de recursos no mercado de capitais após a abertura do setor para investimentos estrangeiros, bem como ilustram as diferenças e similaridades nos movimentos de consolidação dos grupos, em termos de perfil de hospitais adquiridos e atuação pós-aquisição.



2.1

Introdução



A abertura de mercados para investimentos estrangeiros é motivada pela possibilidade de obtenção de recursos que viabilizem desenvolvimento tecnológico (Costa & De Queiroz, 2002), expansão de serviços e desenvolvimento econômico através de parcerias estratégicas (Castro et al., 2013; Hiratuka, 2008). No Brasil, tal abertura se intensificou em meados da década de 1990, após uma série de medidas que elevaram o volume de privatizações e promoveram um aumento dos Investimentos Estrangeiros Diretos (IED) em diversas áreas (Baer & Rangel, 2001).

O setor da saúde foi uma dessas áreas, após a aprovação de IED no setor de seguradoras em 1996 e no setor hospitalar e de medicina diagnóstica em 2015. Desde então, todavia, os IED são alvo de opiniões distintas que apontam, por um lado, os riscos ao sistema de saúde por conta do perfil de investimento de fundos de *Private Equity* (Borsa et al., 2023; Braun et al., 2021; Kannan et al., 2023) e aumento da comercialização dos serviços de saúde^{1,2}; e, por outro, o potencial desenvolvimento do setor com o apoio dos recursos captados³, incluindo possíveis ganhos de escala.

Aqueles que são contrários à participação internacional no setor da saúde expressam preocupação, ainda, com a intensificação das aquisições de provedores de menor porte, a potencial concentração de mercado e a possível redução da qualidade dos serviços prestados. Evidências de outros países não são consensuais. Eliason et al., 2020, por exemplo, identificaram que a aquisição de mais de 1.200 centros de diálise independentes nos Estados Unidos resultou na substituição de profissionais de enfermagem por profissionais menos qualificados à medida que a estratégia das empresas adquirentes foi implementada. Gupta et al., 2023 por sua vez encontraram resultados negativos relacionando o investimento de fundos de *Private Equity* em residenciais para população de idade avançada, com redução de qualificação dos funcionários e aumento das taxas de mortalidade dos

1 <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/37163>; Acesso em 18/02/2024.

2 <https://www.camara.leg.br/noticias/540366-projeto-veda-participacao-de-capital-estrangeiro-na-assistencia-a-saude/>; Acesso em 18/02/2024.

3 <https://setorsaude.com.br/acceleram-os-investimentos-estrangeiros-no-setor-saude-brasileiro/>; Acesso em 18/02/2024.

residentes. Já La Forgia & Bodner (2023) encontram resultados positivos após a aquisição de clínicas de fertilização *in vitro* por grupos empresariais.

No Brasil, embora seja claro o aumento do interesse de empresas de *Private Equity* e a intensificação das fusões e aquisições no setor após a abertura a IED, pouco se sabe quanto ao perfil das unidades hospitalares adquiridas, as consequências dessas operações no que se refere ao acesso à saúde, bem como as características dos principais grupos participantes dessas operações. O objetivo do presente capítulo, portanto, é promover uma maior compreensão das movimentações recentes do setor de prestação de serviços de saúde brasileiro, em especial aquelas subsequentes à flexibilização da legislação vigente referente ao acesso de investidores estrangeiros no setor hospitalar e de medicina diagnóstica.

Para tal, apresentamos inicialmente o contexto institucional em que ocorreram as liberações de IED no setor da saúde. Na sequência apresentamos os dados e métodos utilizados para análise das transações ocorridas no setor de saúde, as principais tendências das fusões e aquisições e identificamos os principais grupos atuantes no setor. Por fim, analisamos com maior profundidade as movimentações ocorridas em dois dos principais grupos do país, NotreDame Hapvida e Grupo D'Or/Sulamérica. A opção pela descrição detalhada dos dois casos se deu por uma série de motivos, dentre os quais destacamos o fato de serem os grupos mais ativos em fusões e aquisições no período analisado. Além disso, são grupos com estratégias empresariais distintas, que protagonizaram relevantes movimentações de captação de recursos após a abertura do setor ao capital estrangeiro e que atualmente combinam a atuação tanto como prestadores, como seguradores. Os grupos são analisados quanto às suas aquisições, bem como quanto às modificações realizadas nas unidades adquiridas em termos de capacidade instalada e de recursos humanos disponibilizados.

2.2

Contexto institucional

No Brasil, a abertura ao capital estrangeiro ocorreu através de uma série de regulamentações que possibilitaram a captação de recursos estrangeiros. Especificamente no setor de saúde, a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, promulgadas em 1988 e 1990, respectivamente, mantiveram os vetos à entrada de capital estrangeiro no setor. A abertura parcial do setor ocorreu apenas após a Emenda Constitucional nº13 de 1996 e a promulgação da Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9656/1998), instrumentos legais que formalizaram a liberação de investimentos de capital estrangeiro em empresas de seguros, previdência, operadoras de assistência médica e odontológica.

A abertura irrestrita do setor, entretanto, ocorreu apenas em 2015 após promulgação da Lei nº 13097/2015 que alterou a Lei Orgânica da Saúde e possibilitou o ingresso de capital estrangeiro em hospitais, clínicas e empresas de medicina diagnóstica (Scheffer & Souza, 2022). Até então, a participação estrangeira em hospitais e empresas de medicina diagnóstica não tinha previsão legal e ocorria apenas de maneira excepcional (Santos et al., 2019), por exemplo, com redes de hospitais negociando seus ativos imobilizados com empresas estrangeiras em troca de contratos de locação de longo prazo⁴.

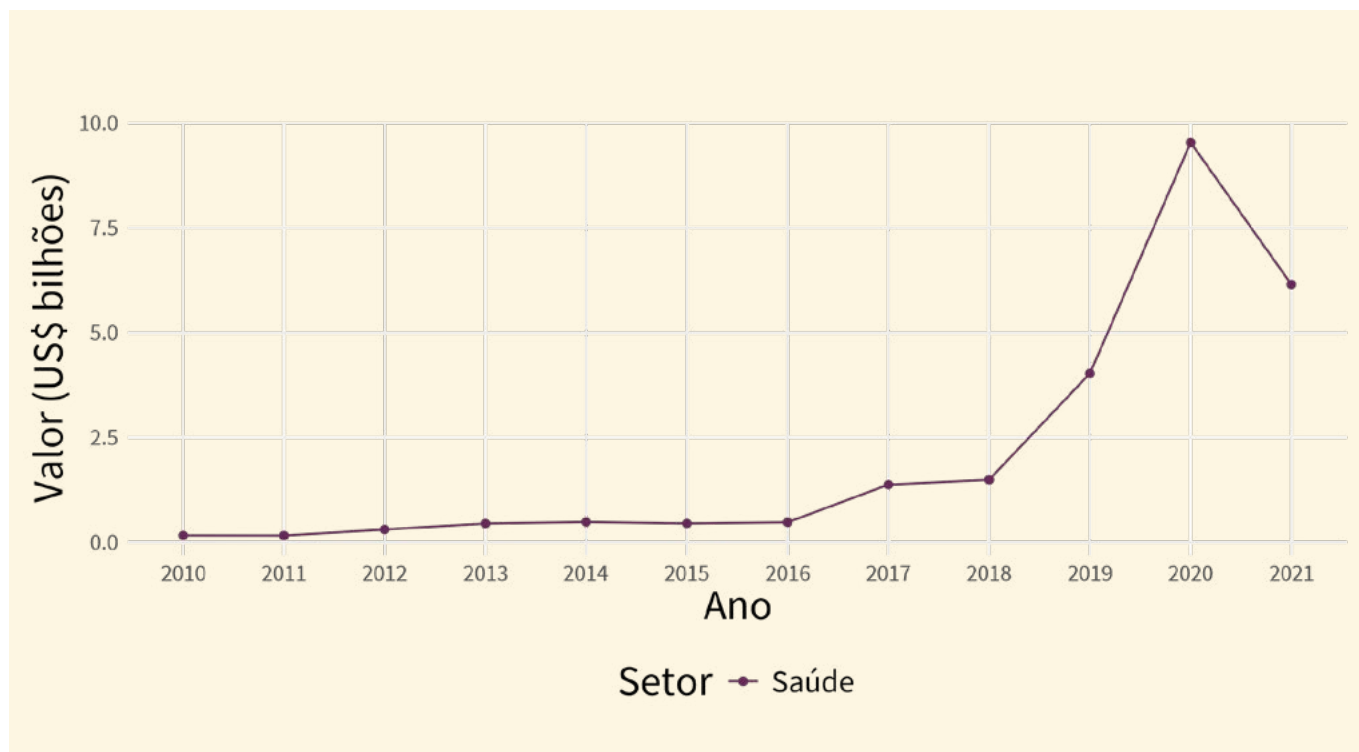
A reação à Lei nº 13097/2015 foi imediata por parte dos que se opunham à abertura irrestrita do setor ao capital estrangeiro, sendo o Projeto de Lei (PL) nº 1721/2015 (Câmara dos Deputados, 2015) um exemplo de tentativa de reestabelecimento das barreiras pré-existentes. No PL são citados como potenciais efeitos negativos da abertura do setor hospitalar e de medicina diagnóstica ao capital estrangeiro os seguintes pontos: “dificuldades para o desenvolvimento do setor privado nacional na área de assistência à saúde, caso conglomerados internacionais adquiram numerosos serviços de saúde e passem a estabelecer os padrões de atenção, e até de preços praticados; redução na qualidade da atenção à população, diante da falta de controle pelo setor público, em função de estratégias que maximizam o lucro, decididas por investidores externos, sem compromisso com o bem-estar

4 <https://www.saudebusiness.com/mercado/northwest-compra-hospitais-da-rede-dor-por-r-725-mi>; Acesso em 18/02/2024.

da sociedade brasileira, o que afetaria a governança nacional para prover adequados serviços de saúde à população; drenagem de profissionais da saúde que atuam no setor público para o setor privado, num contexto em que já há carência de recursos humanos da saúde no SUS” (Câmara dos Deputados, 2015).

Apesar dos questionamentos, a legislação vigente segue permitindo investimentos estrangeiros de maneira irrestrita na área da saúde, o que promoveu um crescimento expressivo no volume de IED no setor. Em 2010 o total de recursos estrangeiros investidos era de cerca de US\$ 160 milhões. Em 2015 o volume de investimentos chegou a aproximadamente US\$ 500 milhões (BACEN, 2022). Após a abertura do setor hospitalar, o total de IED na forma de participação no capital das empresas brasileiras chegou a ultrapassar os US\$ 9,5 bilhões no ano de 2020 segundo o BACEN (2022), conforme apresentamos na **FIGURA 1**.

FIGURA 1 – INVESTIMENTO ESTRANGEIRO DIRETO NO SETOR DA SAÚDE (PARTICIPAÇÃO NO CAPITAL)



Fonte: Relatório de Investimento Direto, Banco Central do Brasil (2022). Elaborado pelos autores.

O crescimento acumulado de cerca de 60 vezes no volume de IED reportado pelo BACEN (2022) no setor da saúde entre 2010 e 2020 destoou das tendências do total de investimentos estrangeiros, inclusive quando analisados diferentes setores da economia. No mesmo período, os IED totais foram de cerca de US\$ 587 bilhões em 2010 a cerca US\$ 521 bilhões em 2020, e os IED no setor de serviços variaram de cerca de US\$ 267 bilhões em 2010 para cerca de US\$ 308 bilhões em 2020, conforme apresentado na Figura S1. Notam-se as oscilações no volume de IED por questões conjunturais como variação cambial, liquidez internacional e contexto institucional do país (Silva Filho, 2015), mas as variações percentuais são menos representativas que as observadas para o setor de saúde.

2.3

Dados e Métodos

O primeiro conjunto de dados foi obtido no terminal da empresa London Stock Exchange Group (LSEG) – Eikon e inclui informações sobre a ocorrência de fusões e aquisições entre empresas e características das transações, tais quais: setor de atuação da empresa adquirida, setor de atuação da empresa adquirente, data da transação e os países de origem das empresas adquiridas e adquirentes. Por se tratar de um banco de dados não oficial e preenchido com base na atividade de monitoramento de movimentações de mercado, optamos por validar e eventualmente complementar as informações obtidas com duas fontes adicionais. Utilizamos ainda a base de fusões e aquisições da empresa Bloomberg, disponibilizada também em terminal próprio, com características similares à base da empresa LSEG-Eikon e os dados públicos dos Atos de Concentração disponibilizados pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), os quais analisam as transações entre empresas que se enquadram numa série de características relativas ao valor envolvido na operação e à concentração de mercado decorrente da operação.

Coletamos também dados de operações financeiras como emissão de debêntures, tomadas de empréstimos e emissão de ações em bolsa de valores no terminal LSEG-Eikon, na seção de Informações Financeiras das empresas analisadas. Complementamos nossa base, ainda, com dados obtidos dos sites e relatórios anuais das empresas.

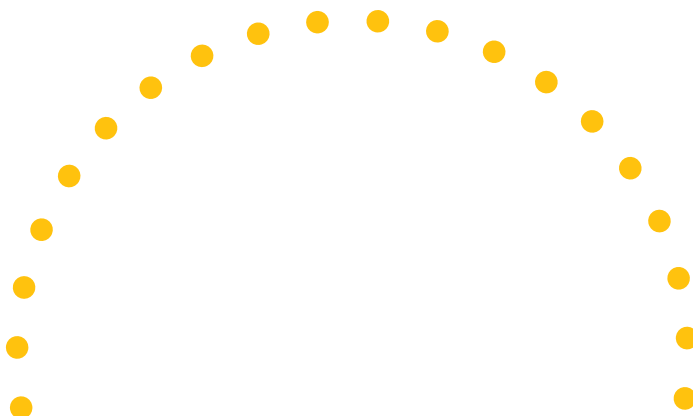
Na construção da base de dados de fusões e aquisições selecionamos todas as operações em que empresas brasileiras foram adquiridas, independente das nacionalidades das empresas adquirentes. No levantamento, identificamos os códigos CNES dos estabelecimentos de saúde vinculados a cada transação mapeada pelo banco de dados (e.g. na aquisição de um determinado grupo de empresas, incluímos todas as unidades pertencentes àquele grupo, com base nos dados do CNES, como parte da transação). Em seguida, descrevemos os eventos conforme a categoria das empresas, tanto adquiridas, quanto adquirentes.

Na sequência, utilizamos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para caracterizar os estabelecimentos de saúde que passaram por fusões e/ou aquisições, bem como para

caracterizar a distribuição de leitos privados entre diferentes grupos empresariais. Especificamente, utilizamos informações do banco de dados CNES-Profissionais para análise do número de profissionais atuando em cada unidade hospitalar adquirida, incluindo profissionais de enfermagem, profissionais de medicina e profissionais em geral. Utilizamos ainda os dados do CNES-Leitos para coletar informações sobre quantidade de leitos cirúrgicos, clínicos e totais disponíveis nas unidades.

Por fim, para os dois grupos analisados com maior profundidade, descrevemos os principais eventos antes e depois de 2015, quando houve a abertura ao capital estrangeiro, tanto relativos às aquisições, quanto referentes às captações de recursos. Na sequência estimamos os efeitos da aquisição das unidades hospitalares na oferta de leitos e profissionais através de regressões com efeitos fixos de unidade e de tempo. Os resultados são apresentados na forma de gráficos do tipo *event-study*. O benefício da representação gráfica utilizada é que os efeitos pré e pós-evento (aquisição) são normalizados considerando os diferentes momentos em que as unidades foram adquiridas. Através dos gráficos é possível portanto identificar as tendências existentes anteriormente à aquisição. Por fim, analisamos comparativamente a forma como os dois grupos modificaram suas distribuições espaciais no país através das aquisições realizadas.

Ressalta-se que, embora não seja possível inferir que os dados obtidos representam a totalidade das fusões e aquisições ocorridas no período, as análises se limitam a identificar as alterações ocorridas nas unidades adquiridas e mapeadas antes e depois das transações.



2.4

Resultados

2.4.1 Tendências Gerais de fusões e aquisições

Iniciamos nossas análises com a distribuição anual de fusões e aquisições no país, no período compreendido entre os anos 2010 e 2022. Nota-se na **FIGURA 2** um aumento significativo no volume de operações ocorridas após a liberação de 2015, em especial nas operações tendo como alvo hospitais e empresas de serviços de saúde (e.g. medicina diagnóstica, operadoras de saúde, clínicas odontológicas). Em 2010, houve apenas 5 transações envolvendo a aquisição de empresas do setor hospitalar. No ano anterior à liberação do setor a investimentos estrangeiros, foram apenas 3 operações reportadas, enquanto em 2015 (ano da liberação) ocorreram um total de 17 fusões e/ou aquisições. O volume de aquisições de hospitais se manteve crescente até o ano de 2021, quando houve 32 eventos reportados.

Observa-se um padrão similar para as empresas de serviços de saúde. Em 2010 foram 5 operações envolvendo empresas do setor, enquanto nos anos de 2019 e 2020 o número de eventos ultrapassou 40 por ano, conforme apresentado também na **FIGURA 2**. Por fim, nota-se que o volume de fusões e aquisições para empresas farmacêuticas e de biotecnologia manteve-se relativamente estável ao longo de todo o período analisado.

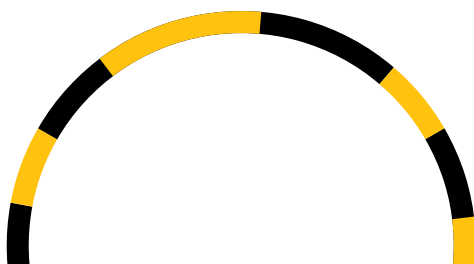
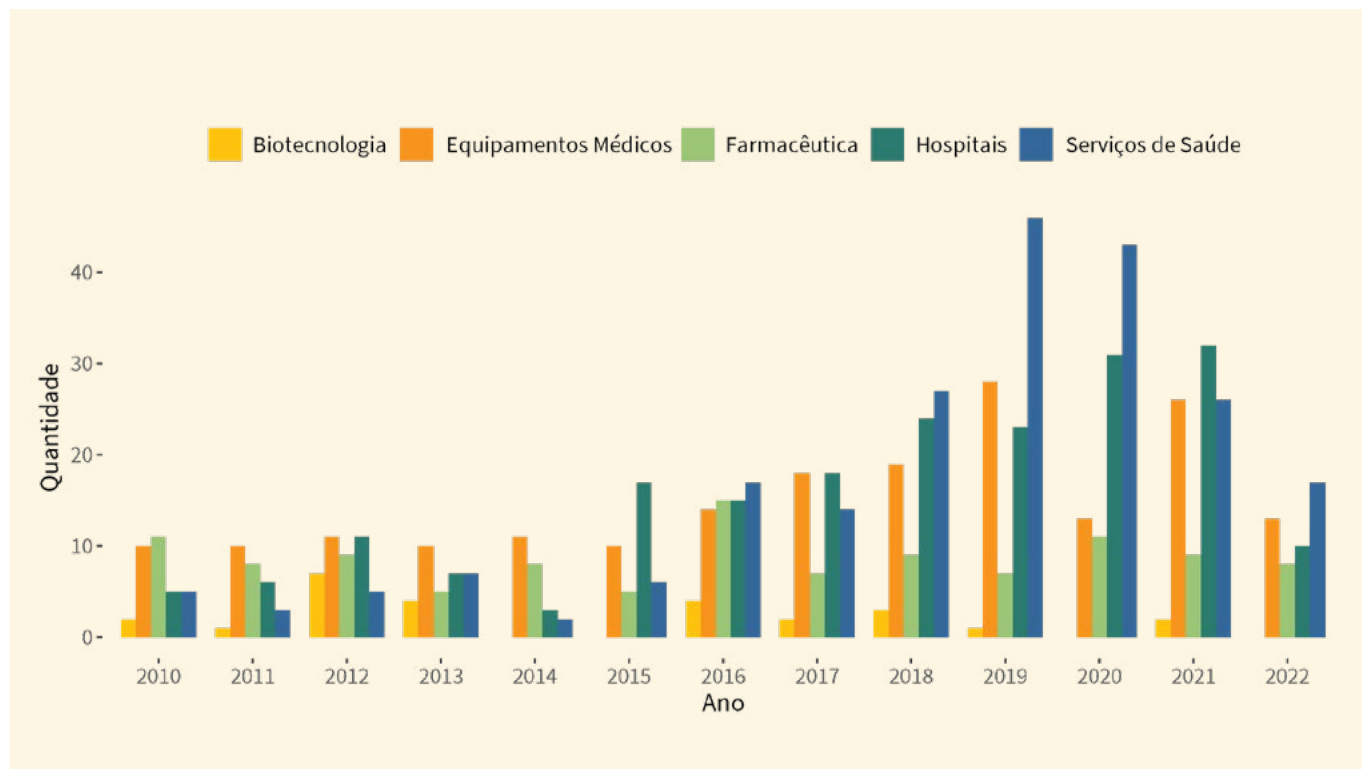


FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE FUSÕES E AQUISIÇÕES POR ANO E SEGMENTO



Fonte: LSEG-Eikon, Bloomberg e CADE. Elaborado pelos autores⁵.

A **FIGURA 2** mostra que o aumento nas operações de fusões e aquisições teve o setor de hospitais e serviços de saúde como alvo. A seguir, analisamos as tendências não apenas das empresas-alvo, mas também das empresas adquirentes. Apresentamos na **TABELA 1** três painéis, o primeiro com a quantidade de fusões e aquisições antes de 2015, o segundo com a quantidade de eventos após 2015 e o terceiro com a variação percentual na quantidade de eventos entre os dois períodos.

Antes da mudança de lei ocorrida em 2015, o maior número de fusões e aquisições ocorria entre empresas do mesmo setor de atuação e as empresas adquirentes do setor financeiro foram responsáveis por 17% das operações. Após 2015, estas participaram de aproximadamente 26% das fusões e aquisições do setor de saúde, com destaque para operações envolvendo hospitais e empresas de serviços de saúde. As aquisições reportadas de hospitais por empresas do setor financeiro, por exemplo, passaram de 3 para 52, apresentando um aumento superior a 1600%. Nota-se ainda que em quantidades absolutas o número de operações apresentou considerável aumento no período após 2015.

5 Mantivemos a classificação das empresas utilizada pela base da LSEG-Eikon.

TABELA 1 – FUSÕES E AQUISIÇÕES POR SETOR DAS EMPRESAS ALVO E ADQUIRENTE

		Alvo				
		Biotecnologia	Equipamentos Médicos	Farmacêutica	Hospitais	Serviços de Saúde
Pré-2015 Adquirentes	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 Adquirentes	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
Variação Pré e Pós-2015 Adquirentes	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.

Avançamos na análise com um foco particular sobre o setor hospitalar, identificando subsidiárias e demais empresas pertencentes a um determinado grupo adquirido/adquirente. Por exemplo, a aquisição do Hospital São Rafael SA pela empresa Hospital Esperança SA é contabilizada como uma aquisição do Grupo D'Or, uma vez que a empresa Hospital Esperança SA pertence ao grupo. Na sequência, considerando o exemplo anterior, buscamos as unidades hospitalares associadas às empresas adquiridas, no

caso o Hospital São Rafael SA. Realizamos a busca manual no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no *website* “Linkana”⁶ utilizado para consulta de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). Com isso, identificamos 701 unidades de saúde, associadas a 214 fusões e aquisições. Excluimos então unidades que passaram por mais de uma aquisição no período, restando 636 unidades de saúde, vinculadas a 165 operações. A **TABELA 2** apresenta a quantidade de operações por grupo adquirente, bem como a quantidade de unidades de saúde associadas às transações ocorridas.

TABELA 2 – NÚMERO DE EVENTOS E UNIDADES ADQUIRIDAS POR ADQUIRENTE

Grupo	Quantidade de Eventos	Quantidade de Unidades
Grupo D’Or / Sulamérica	39	83
NotreDame Hapvida	16	244
Amil	15	51
Olhos do Brasil	15	48
Oncoclínicas	15	24
Dasa	8	44
Kora	8	11
Caledônia	7	23
Outros	42	108
Total	165	636

Fonte: CNES e Linkana. Elaborado pelos autores.

Discutimos à frente o impacto da intensificação das fusões e aquisições na concentração de mercado do setor hospitalar, com destaque à concentração de leitos disponíveis em hospitais privados com fins lucrativos.

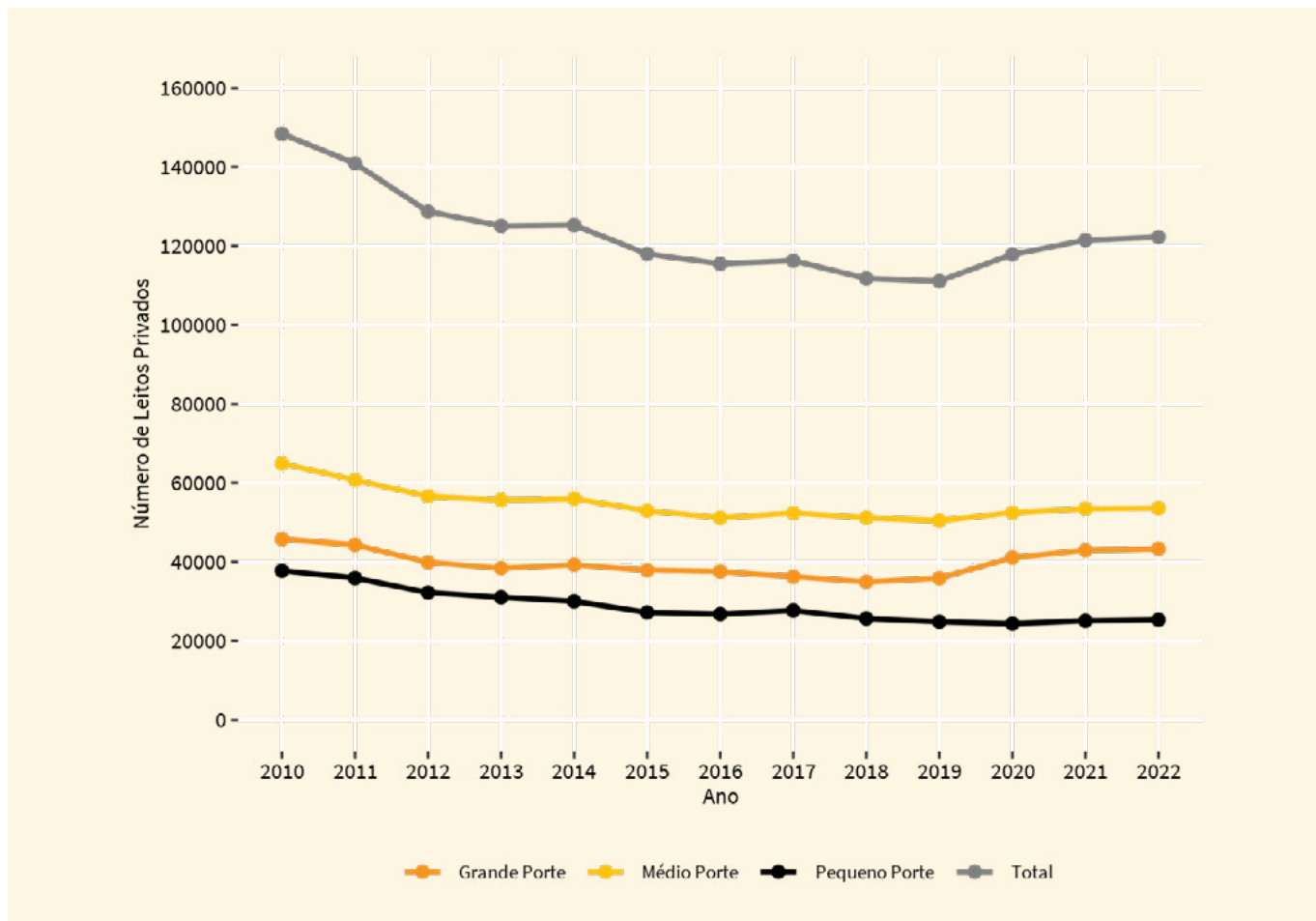
2.4.2 Concentração de mercado e principais grupos empresariais

A concentração do mercado hospitalar é diretamente afetada pela quantidade de leitos disponíveis e pela quantidade de empresas ou grupos empresariais em posse de tais recursos. Na **FIGURA 3** apresentamos a quantidade de leitos privados com fins lucrativos⁷ existentes entre 2010 e 2022.

6 <https://cnpj.linkana.com/>

7 Adotamos a classificação da Tabela de Natureza Jurídica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Restringimos nossa amostra para empresas enquadradas como “Entidades Empresariais”. O grupo não inclui unidades submetidas à administração pública, nem entidades filantrópicas.

FIGURA 3 – NÚMERO DE LEITOS PRIVADOS EM ESTABELECIMENTOS COM FINS LUCRATIVOS

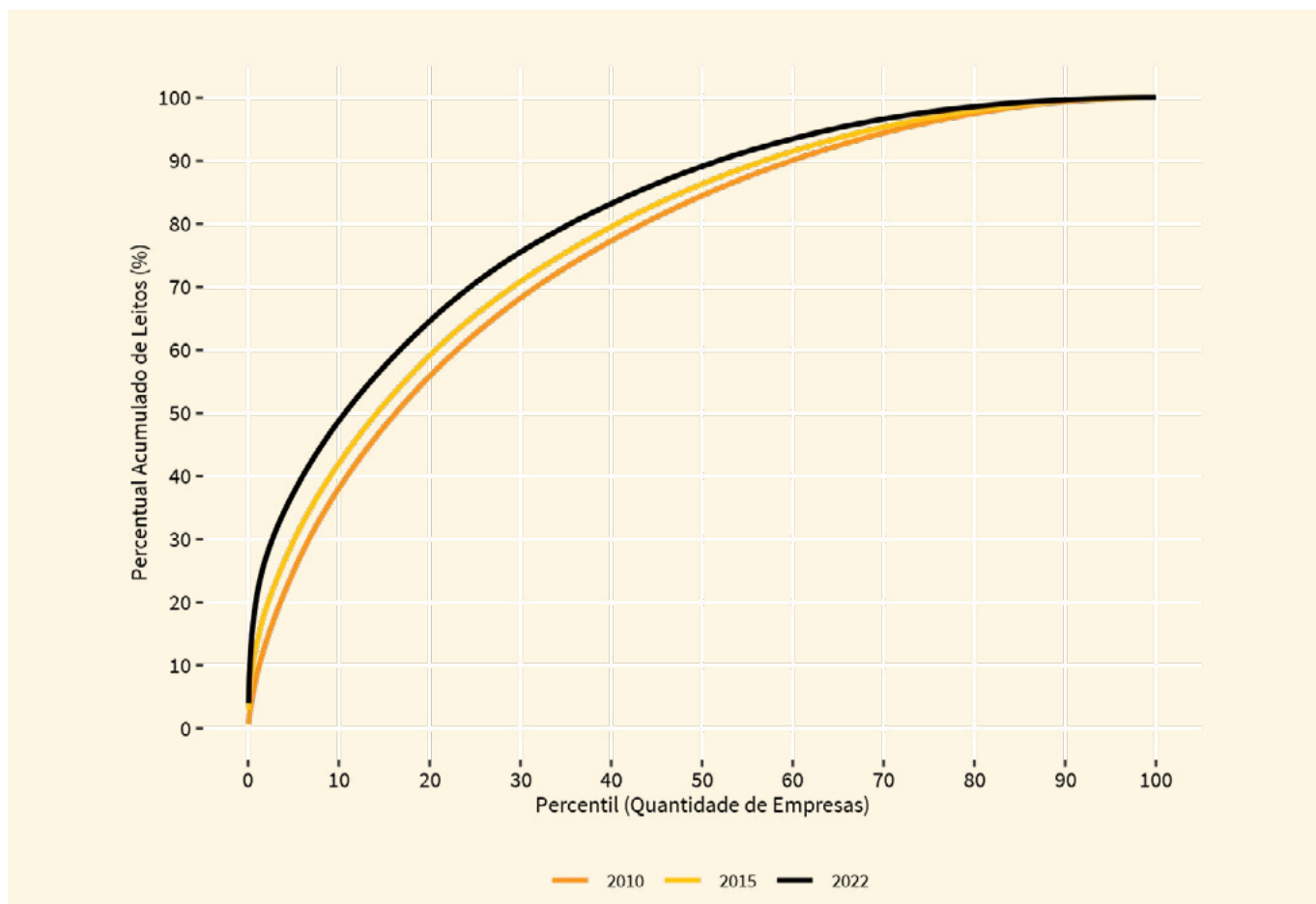


Fonte: CNES. Elaborado pelos autores.

No período, o número total de leitos privados em hospitais com fins lucrativos variou de cerca de 150 mil em 2010, para aproximadamente 120 mil em 2022. Desses, em 2010, havia aproximadamente 46 mil leitos (30,8%) em hospitais de grande porte, 65 mil leitos (43,7%) em hospitais de médio porte e 38 mil leitos (25,4%) em estabelecimentos de pequeno porte. Já em 2022, eram cerca de 43 mil (35,4%), 53 mil (43,8%), 25 mil (20,7%) leitos em hospitais de grande, médio e pequeno porte respectivamente.

O movimento de diminuição da quantidade de leitos ocorreu concomitantemente ao aumento de participação de mercado dos principais grupos atuantes no setor hospitalar. 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. Já em 2022, as 10 principais empresas possuíam uma participação de aproximadamente 17% do total de leitos privados. A **FIGURA 4** ilustra esse crescimento da representatividade de grandes grupos atuantes no setor, uma vez que tanto de 2010 a 2015, quanto de 2015 a 2020 houve um aumento no percentual de leitos disponíveis em posse de menos empresas.

FIGURA 4 – PERCENTUAL ACUMULADO DE LEITOS POR QUANTIDADE DE EMPRESAS



Fonte: CNES. Elaborado pelos autores.

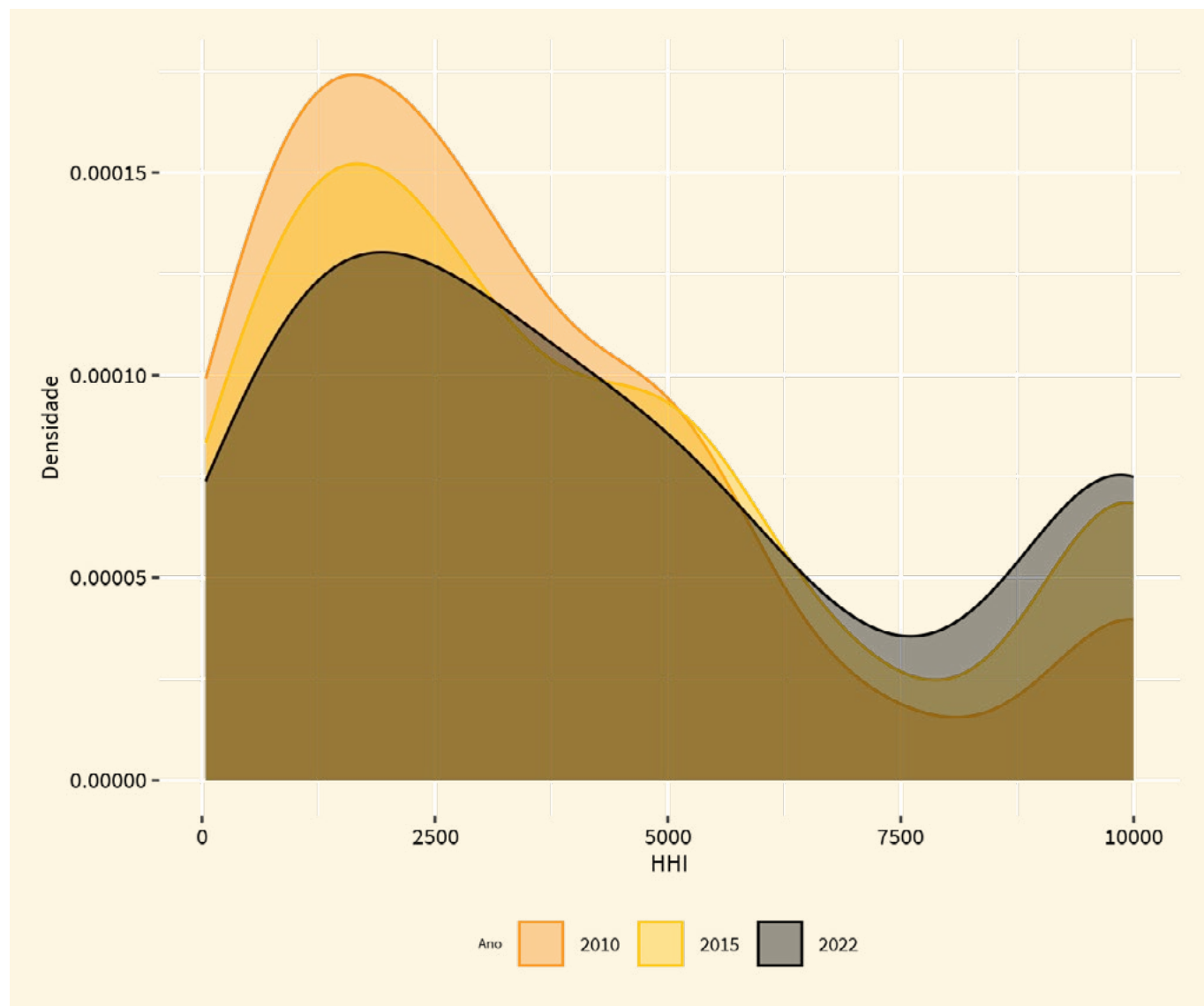
Em números absolutos, 10% das empresas possuíam cerca de 15 mil leitos em 2010, 12 mil leitos em 2015 e aproximadamente 13 mil leitos em 2022. Ressalta-se ainda que as quantidades de leitos não representam necessariamente a totalidade de leitos dos grupos, mas sim o total de leitos em hospitais que compartilham a mesma raiz de CNPJ.⁸

A seguir utilizamos uma segunda abordagem para analisar a dinâmica dos níveis de concentração de leitos privados no mesmo período. Utilizamos o Índice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) para mensurar o grau de concentração de leitos privados considerando os mercados relevantes de cada hospital, seguindo a definição de Ferreira (2020) e utilizada pela ANS. O cálculo do HHI no contexto apresentado utiliza o percentual de leitos de determinado grupo em relação ao total de leitos disponíveis no mercado considerado. O índice é calculado através da soma das participações (em percentagem) dos leitos de cada empresa ou grupo no total de leitos privados de um dado mercado relevante elevadas ao quadrado. Valores menores que 1500 sugerem que o mercado não é concentrado. Valores entre 1500 e 2500 indicam um mercado moderadamente concentrado,

8 Para definição das principais empresas e/ou grupos, agrupamos os leitos privados conforme a raiz do CNPJ da empresa proprietária de cada estabelecimento de saúde. Trata-se, portanto, de uma abordagem conservadora uma vez que não agrupamos números de CNPJ distintos pertencentes a um mesmo grupo empresarial.

enquanto valores de HHI superiores a 2500 indicam uma elevada concentração. A **FIGURA 5** apresenta a densidade de mercados relevantes para cada valor de HHI para os anos de 2010, 2015 e 2022.

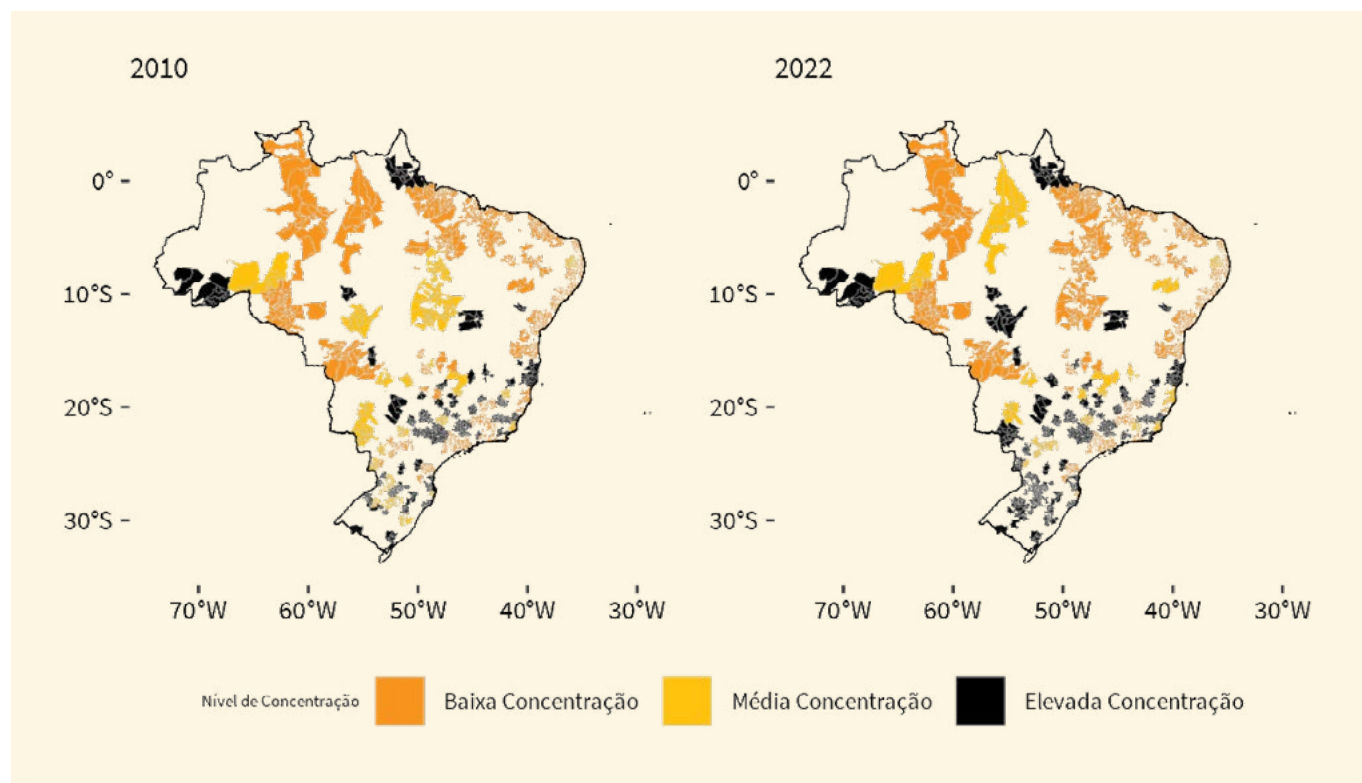
FIGURA 5 – DENSIDADE DE HHI PARA OS ANOS DE 2010, 2015 E 2022



Fonte: CNES. Elaborado pelos autores.

Entre 2010 e 2022, houve uma redução na densidade de mercados com HHI menor que 1500, ou seja, mercados pouco concentrados. No mesmo período, nota-se um aumento na densidade de mercados altamente concentrados, em especial com HHI superiores a 5000. Apresentamos na **FIGURA 6** os mapas com as regiões de saúde e seus respectivos níveis de concentração em 2010 e 2022.

FIGURA 6 – MAPAS DE REGIÕES DE SAÚDE POR NÍVEL DE CONCENTRAÇÃO



Fonte: CNES. Elaborado pelos autores.

Ressalta-se que a análise de concentração de mercado de leitos privados ora adotada é uma das dimensões analisadas pelo CADE na avaliação dos Atos de Concentração, por exemplo. Embora o HHI seja um dos critérios levados em conta no parecer do CADE, o estudo dos potenciais impactos e outras características das operações são igualmente considerados. É importante destacar que poucas operações de fusões e aquisições chegam a ser avaliadas pelo órgão, uma vez que a operação deve envolver no mínimo um grupo com faturamento bruto anual, no Brasil, igual ou superior a R\$ 750 milhões no último exercício social e outro com faturamento bruto anual, no Brasil, igual ou superior a R\$ 75 milhões no mesmo período.

As características da evolução do número de leitos e a concentração do mercado hospitalar privado apresentados sugerem que desde 2010 há um movimento de redução na quantidade total de leitos disponíveis. Essa redução pode ser dividida em três fases, a primeira de redução acentuada entre 2010 e 2015, a segunda com uma relativa estabilização de 2015 a 2019, e a terceira com um discreto aumento no número de leitos influenciado principalmente pelo aumento dos leitos disponibilizados em hospitais de grande porte.

Na sequência analisamos em estudos de caso os dois grupos com maior volume de operações realizadas, o Grupo D'Or / Sulamérica e o Grupo NotreDame Hapvida. Ambos foram significativamente afetados pela abertura do mercado hospitalar para investimentos estrangeiros, embora seguindo modelos de negócio, características e origens distintas. Discutimos à frente estes dois estudos de caso, apresentamos uma descrição das principais características desses grupos, bem como o impacto deles nas unidades que adquiriram e na dinâmica do setor hospitalar brasileiro.

2.4.3 Grupo D'Or / Sulamérica

Histórico

A Grupo D'Or tem sua origem em 1977⁹, ano em que o cardiologista e empresário Jorge Moll Filho fundou o Grupo Labs na cidade do Rio de Janeiro. Nas décadas de 80 e 90 a operação do grupo se manteve focada em serviços diagnósticos, com a abertura de mega unidades na cidade do Rio de Janeiro. O primeiro hospital da rede (Hospital Barra D'Or) surgiria apenas em 1998, seguido pela inauguração dos hospitais Copa D'Or em 2000 e Quinta D'Or em 2001.¹⁰

Contexto pré-2015 (ênfase em distribuição regional e capacidade)

A atuação da rede se manteve na cidade do Rio de Janeiro no início dos anos 2000, até que em 2010, quando a Rede D'Or já possuía 10 (dez) unidades próprias no Rio de Janeiro e em Recife, ocorreram dois fatos relevantes para o grupo. O primeiro foi a aquisição do Grupo Labs pelo Grupo Fleury por valor ligeiramente superior a R\$ 1 bilhão¹¹ e o segundo foi a união com o Banco BTG Pactual, que possibilitou o início do movimento de expansão para outras praças.

A expansão foi marcada inicialmente pela aquisição do Hospital e Maternidade Brasil e do Hospital São Luiz Morumbi nas cidades de Santo André/SP e São Paulo/SP respectivamente. Essa operação, capitaneada pelo BTG Pactual, envolveu cerca de US\$ 570 milhões, segundo estimativas do mercado.¹² Uma série de aquisições se sucederam, em especial em São Paulo e Brasília, conforme apresentado na **TABELA S1**.

Além de utilizar recursos próprios, o grupo viabilizou sua expansão a partir de 2010 com o suporte do Banco BTG Pactual e eventuais empréstimos contratados junto à *International Finance Corporation* (IFC). Ao final do ano de 2013 a Rede D'Or também formalizou a transferência de parte de seus ativos imobiliários para o fundo de investimento imobiliário canadense *NorthWest International Healthcare Properties* em duas operações. Nelas, foram investidos um montante superior a US\$ 230 milhões¹³ pelo fundo estrangeiro na aquisição dos ativos imobilizados de quatro hospitais da Rede D'Or, que em troca estabeleceu contratos de locação de longo prazo (25 anos). A operação se mostrou uma estratégia eficaz para capitalização do grupo com recursos oriundos de investidores estrangeiros, sem que fosse contrariada a legislação vigente na ocasião, que impedia investimentos diretos na aquisição de hospitais e centros de diagnóstico por parte de empresas de outros países. A **TABELA S2** apresenta um resumo das operações de captação de recursos ocorridas até o ano de 2015.

Contexto pós-2015 (ênfase em distribuição regional e capacidade)

A entrada de capital estrangeiro a partir da alteração da legislação vigente no ano de 2015 possibilitou que o Grupo D'Or potencializasse sua expansão. Alguns dos principais movimentos de aquisição de unidades de

9 <https://www.rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/quem-somos>; Acesso em 02/09/2023.

10 <https://www.rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/historico>; Acesso em 02/09/2023.

11 <https://exame.com/negocios/fleury-fecha-aquisicao-do-labs-dor-por-r-1-04-bilhao/>; Acesso em 03/09/2023.

12 <https://www.investe.sp.gov.br/noticia/banco-btg-pactual-compra-o-controle-do-hospital-sao-luiz/>; Acesso em 03/09/2023.

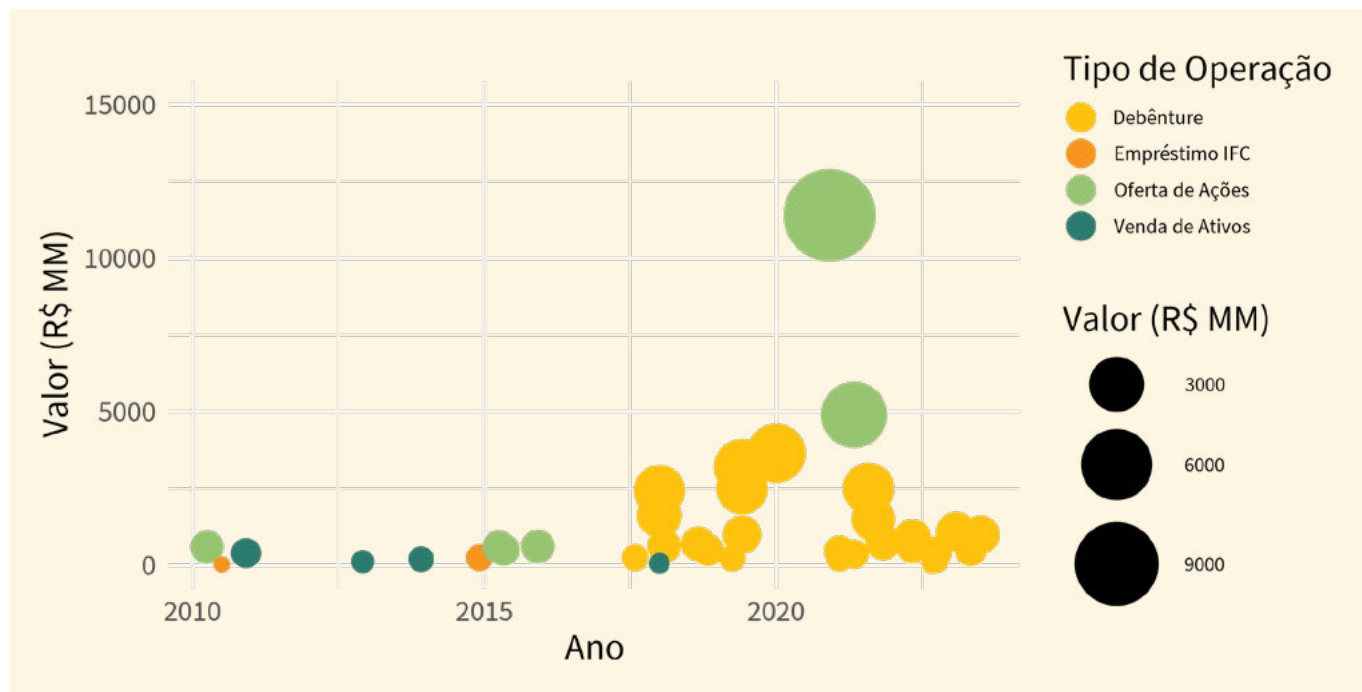
13 <https://www.medindia.net/health-press-release/NorthWest-International-Healthcare-Properties-REIT-releases-third-quarter-2013-results-192368-1.htm>; Acesso em 09/09/2023.

saúde são listados na **TABELA S3**. Nota-se que após 2015 o grupo expandiu em direção às regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sul, além de intensificar sua presença na sua região de origem (Sudeste). Destaca-se ainda a fusão com o grupo Sulamérica ocorrida em 2022, quando o Grupo D'Or passou a conciliar as atividades de operadora e prestadora de serviços de saúde.

No que se refere ao financiamento da expansão, parte das operações foi viabilizada através da captação de recursos com investidores estrangeiros, o que se tornou possível após a alteração da legislação vigente. Ainda em 2015, o grupo efetivou a venda de parte da empresa para o fundo de *private equity* “The Carlyle Group LP” e para o fundo soberano de Cingapura. As transações beneficiaram o caixa do grupo, mas também viabilizaram a venda de parte das participações tanto da família Moll, fundadora do grupo, quanto do banco de investimentos BTG Pactual.¹⁴ Na sequência, o grupo se capitalizou através da venda dos ativos imobiliários do Hospital São Luiz Morumbi em 2018 pelo valor estimado de cerca de US\$ 69 milhões e através da sua oferta inicial de ações em 2020 e oferta subsequente em 2021, as quais movimentaram mais de R\$ 15 bilhões.¹⁵

Além de investimentos diretos e emissão de ações, o Grupo D'Or também utilizou uma série de emissões de debêntures para captação de recursos junto ao mercado. A mudança no perfil de captação de recursos pré e pós-2015 é evidenciada na **FIGURA 7**.

FIGURA 7 – CAPTAÇÃO DE RECURSOS - GRUPO D'OR



Fonte: LSEG-Eikon. Elaborado pelos autores.

14 <https://fusoesaquisicoes.com/acontece-no-setor/btg-negocia-venda-da-rede-dor-em/>; Acesso em 03/03/2024.

15 A **TABELA S4** apresenta as principais movimentações financeiras de capitalização do grupo.

O elevado volume de aquisições possibilitou um crescimento significativo na capacidade operacional do grupo. Para dimensionar a magnitude desse crescimento, apresentamos a seguir as principais características das unidades adquiridas pelos Grupo D’Or. A **TABELA 3** apresenta estatísticas descritivas referentes aos valores observados das unidades adquiridas no mês imediatamente anterior à aquisição. De acordo com os dados do CNES, as unidades adquiridas pelo Grupo D’Or tinham cerca de 126 leitos, dos quais aproximadamente 30 leitos cirúrgicos e 36 leitos clínicos. Para efeito de comparação, os 73 hospitais sob gestão do grupo no ano de 2023 tinham em média cerca de 158 leitos.¹⁶ Em relação ao número de profissionais, as unidades adquiridas pelo grupo tinham em média 200 profissionais, dos quais cerca de 76 profissionais de medicina.

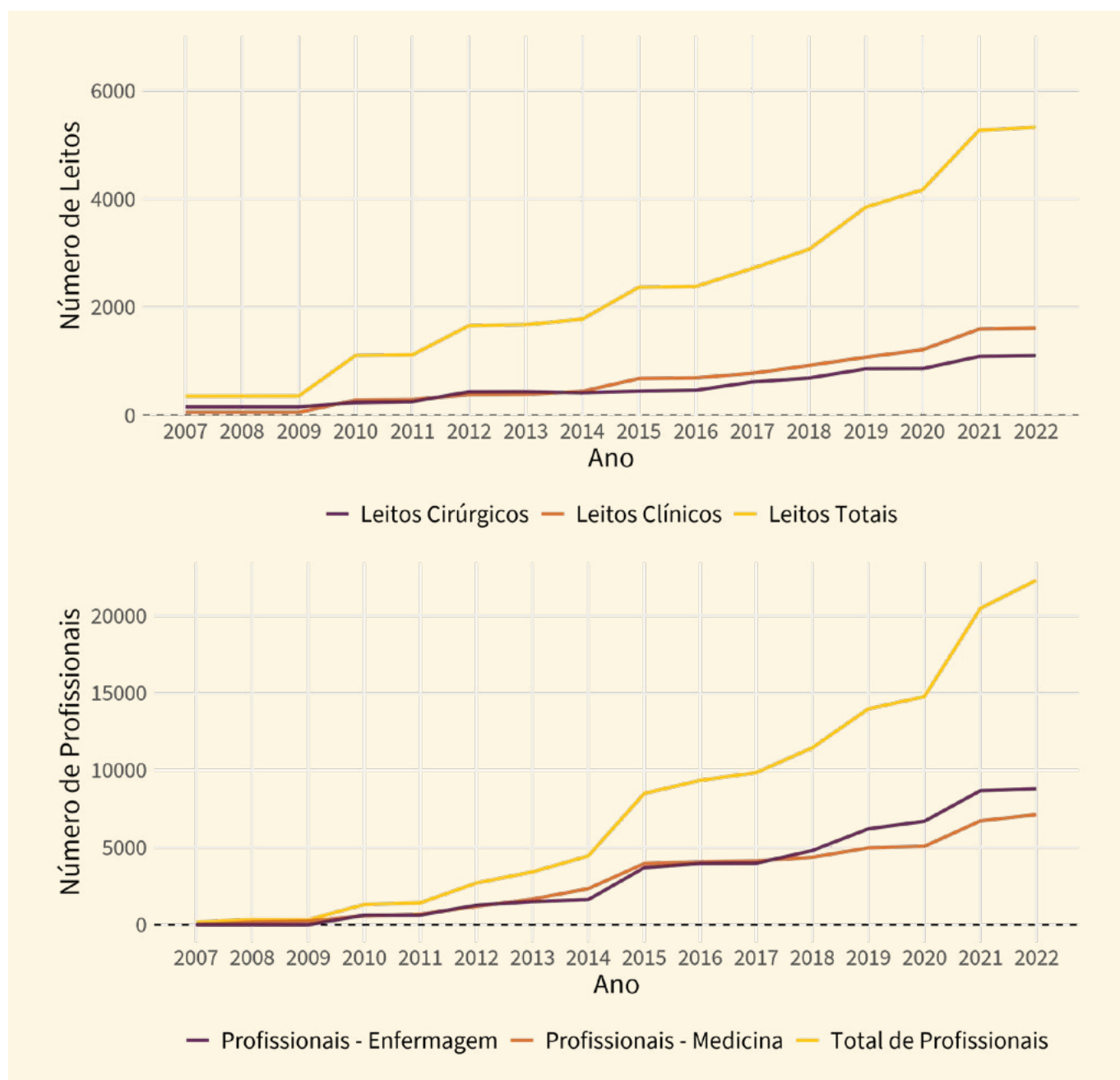
TABELA 3 – ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS – LEITOS ADQUIRIDOS PELO GRUPO D’OR

Variável	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Mediana	Observações
Número de leitos (total)	126,30	80,82	2	352	119	43
Número de leitos (cirúrgicos)	30,53	33,48	0	150	22	43
Número de leitos (clínicos)	36,42	28,97	0	127	30	43
Número de leitos SUS (total)	4,09	11,59	0	63	0	43
Número de leitos SUS (cirúrgicos)	0,93	2,70	0	13	0	43
Número de leitos SUS (clínicos)	1,58	5,09	0	26	0	43
Profissionais (total)	200,69	332,80	1	2169	59	65
Profissionais de medicina	76,34	117,82	1	663	28	59
Profissionais de enfermagem	125,57	150,05	1	577	91	44

Notas: Dados obtidos da base de leitos do CNES. Valores referentes ao período (mês) imediatamente anterior ao mês de aquisição das unidades de saúde reportado na base LSEG-Eikon.

As operações incluídas na nossa amostra indicam que o número de leitos provenientes de aquisições no período analisado (2000-2022) seria da ordem de 5300 leitos, incluindo cerca de 1600 leitos clínicos e 1100 leitos cirúrgicos, conforme a **FIGURA 8**. Ainda de acordo com o CNES, desses, mais de 3000 leitos (56,60%) foram adquiridos após a abertura do mercado hospitalar para o capital estrangeiro em 2015.¹⁷ Apresentamos também na **FIGURA 8** a evolução do número de profissionais do Grupo D'Or. As operações compiladas indicam que o número total de profissionais atuando em unidades adquiridas seria de aproximadamente 22.000 profissionais, dos quais cerca de 7.000 profissionais de medicina e 8,500 profissionais da área de enfermagem.

FIGURA 8 – LEITOS E PROFISSIONAIS PROVENIENTES DE UNIDADES ADQUIRIDAS (GRUPO D'OR)



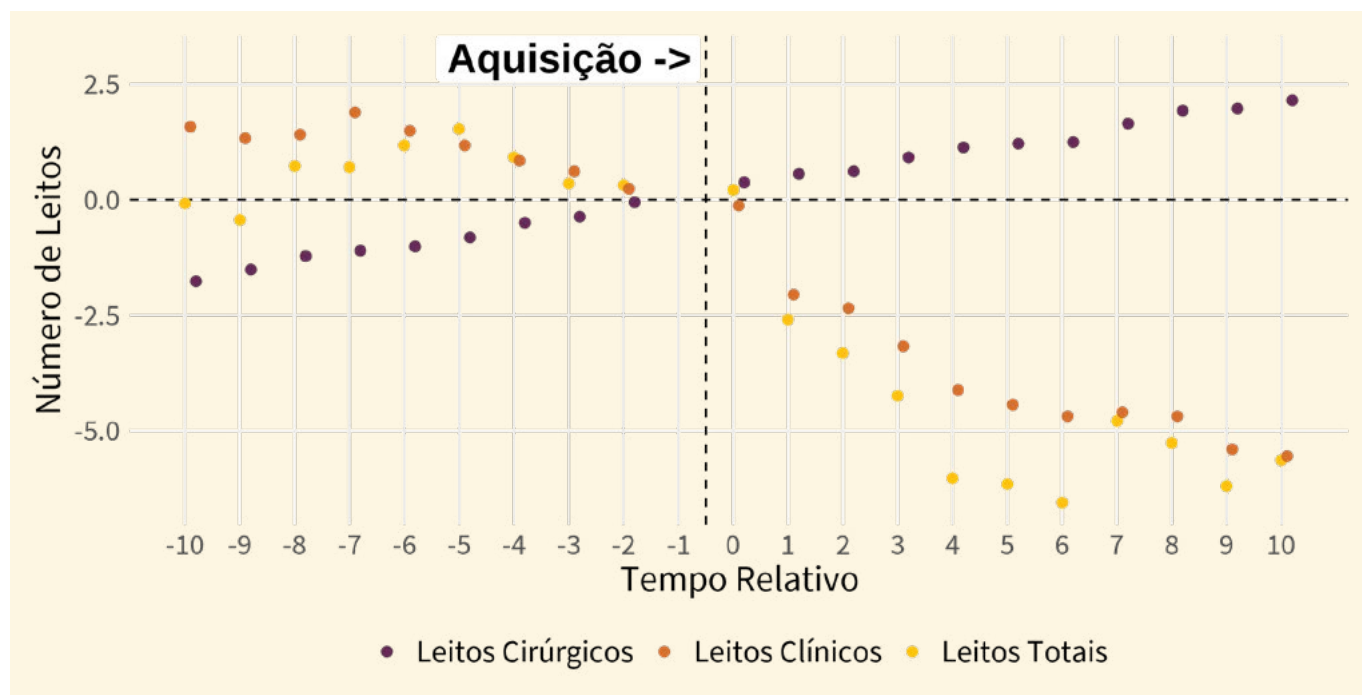
Fonte: CNES-Leitos e CNES-Profissionais.
Elaborado pelos autores.

17 Na Figura S1 apresentamos a evolução da quantidade de leitos SUS existentes nos hospitais adquiridos pelo Grupo D'Or (pouco mais de 100 leitos no total).

Para que se tenha uma referência do impacto das aquisições na capacidade de atendimento do Grupo D'Or, atualmente a empresa conta com cerca de 11.000 leitos e 87.000 profissionais de medicina cadastrados. Logo, os leitos provenientes das unidades adquiridas correspondem a cerca de 50% do total de leitos e o número de profissionais dessas unidades representa aproximadamente 25% do total de profissionais do grupo.

Embora o crescimento absoluto tanto do número de leitos quanto do número de profissionais seja evidente, a evolução da quantidade de leitos e profissionais de cada unidade é menos óbvia. Para analisar as tendências antes e após aquisição utilizamos regressões com a quantidade de leitos e de profissionais como variáveis dependentes e adotamos um modelo com efeitos fixos de unidade e tempo. Comparamos apenas a evolução das variáveis para as unidades adquiridas pelo grupo. Apresentamos na **FIGURA 9** os coeficientes estimados pelo modelo. O gráfico na forma de estudo de evento sugere haver um aumento de cerca de 8% na quantidade de leitos cirúrgicos (aproximadamente 2,5 unidades após 10 meses), seguindo uma tendência anterior à aquisição, e uma redução de aproximadamente 5 leitos clínicos após a aquisição das unidades pelo grupo. A redução corresponde a aproximadamente 14% do total de leitos clínicos existentes antes da aquisição. Vale ressaltar que dado o reduzido número de observações as estimativas apresentam limitações e, portanto, devemos interpretar os coeficientes com cautela.¹⁸

FIGURA 9 – EVOLUÇÃO DA QUANTIDADE DE LEITOS NAS UNIDADES ADQUIRIDAS (GRUPO D'OR)

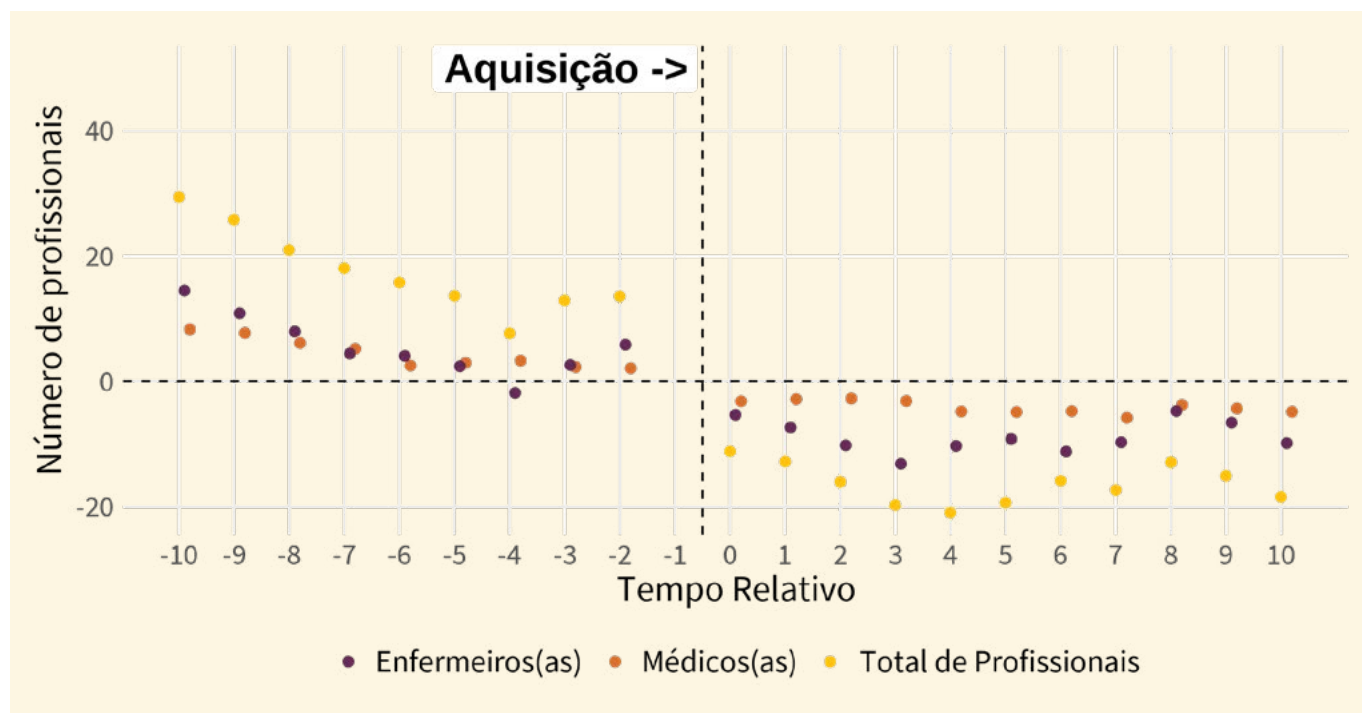


Fonte: CNES-Leitos. Elaborado pelos autores.

18 As **FIGURAS S3 E S4** trazem as mesmas análises das Figuras 9 e 10, porém incluindo no gráfico os intervalos de confiança de cada coeficiente estimado.

A seguir apresentamos na **FIGURA 10** a evolução na quantidade de profissionais nas unidades adquiridas. Há uma tendência pré-aquisição de redução na quantidade de profissionais, o que poderia se tratar de uma antecipação à aquisição futura, ou consequência de uma condição econômica desfavorável para a unidade, por exemplo. Após a aquisição, a tendência no número de profissionais é estabilizada, todavia em patamar inferior ao observado pré-aquisição. Nota-se uma redução média no número de profissionais de cerca de 20 pessoas, correspondente a aproximadamente 10% dos profissionais de cada unidade adquirida. Considerando-se o intervalo de confiança das estimativas, apenas a redução no número total de profissionais é estatisticamente em parte dos períodos pós-aquisição analisados. Mais uma vez, ressalta-se a limitação das estimativas dada a reduzida quantidade de unidades.

FIGURA 10 – EVOLUÇÃO DA QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS NAS UNIDADES ADQUIRIDAS (GRUPO D'OR)



Fonte: CNES-Profissionais. Elaborado pelos autores.

2.4.4 NotreDame Hapvida

Histórico

O Grupo Hapvida teve sua origem na cidade de Fortaleza/CE no ano de 1979 com a inauguração da Clínica Antônio Prudente pelo médico oncologista Candido Pinheiro Koren de Lima.¹⁹ Em 1993, com o intuito de gerar demanda para o então Hospital Antônio Prudente, o grupo iniciou sua atuação como operadora de saúde suplementar.

A partir do ano 2000, a estratégia do Grupo Hapvida foi direcionada para a adoção da operadora de saúde suplementar como seu *core business*, servindo os hospitais para o atendimento dos beneficiários do grupo a um

¹⁹ <https://ri.hapvida.com.br/a-companhia/historico/>. Acesso em 02/04/2024.

custo competitivo. Esse movimento seria a base para o modelo de negócio verticalizado utilizado pela empresa até os dias atuais.

Contexto pré-2015 (ênfase em distribuição regional e capacidade)

A primeira aquisição do grupo fora do estado do Ceará ocorreu em 1999, com a compra do Hospital Antônio Prudente na cidade de Natal/RN. Na sequência, a expansão do Grupo Hapvida seguiu concentrada nas regiões Norte e Nordeste²⁰, estratégia que só mudaria após seu IPO em 2018. As principais fases da expansão pré-2015 são listadas a seguir na **TABELA S5**.

Contexto pós-2015 (ênfase em distribuição regional e capacidade)

A entrada de capital estrangeiro a partir da alteração da legislação vigente no ano 2015 criou um cenário positivo para o setor hospitalar brasileiro. O Grupo Hapvida intensificou sua expansão em direção às regiões Sudeste e Centro-Oeste. Vale ressaltar que em muitos casos as aquisições incluíram, além das instalações físicas, as carteiras de beneficiários das empresas alvo. Por exemplo, na aquisição do grupo São Francisco Saúde, atuante nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, o grupo adicionou cerca de 800 mil beneficiários à sua carteira. Operação similar ocorreu com o Grupo São José, atuante na região paulista do Vale do Paraíba, que foi adquirido pela Hapvida e transferiu sua carteira de aproximadamente 50 mil vidas para o grupo adquirente. Destaca-se ainda a fusão com o Grupo NotreDame, atuante principalmente na região Sul, o que resultou na criação de um dos maiores conglomerados de saúde do país. O movimento se mostrou estratégico para ambos os grupos uma vez que possuíam portes similares (cerca de 6 milhões de pacientes cada grupo à época)²¹, bem como distribuições regionais complementares. O Grupo Hapvida teve sua origem e expansão inicial na Região Nordeste, enquanto o Grupo NotreDame priorizou sua expansão nas Regiões Sul e Sudeste. Apresentamos na **TABELA S6** as principais aquisições pós-2015.

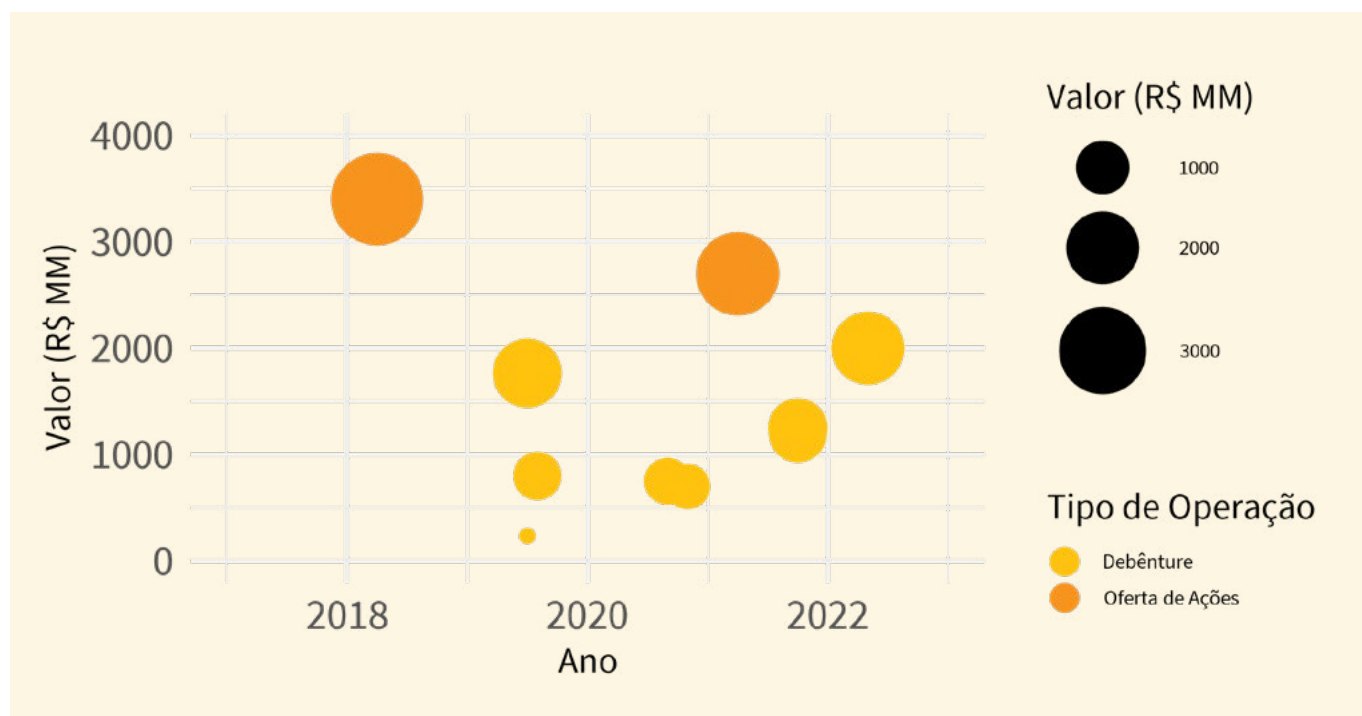
Além do investimento direto, a capitalização do Grupo Hapvida, apresentada na **FIGURA 11**, aconteceu também através da oferta de ações e emissão de dívida. Em 2018, em sua oferta inicial de ações, a empresa movimentou cerca de R\$ 3,4 bilhões.²² A empresa captou ainda cerca de R\$ 2,7 bilhões em oferta subsequente de ações no ano de 2021.

20 <https://plurall.com.br/plurall/hapvida-e-notre-dame-divulgam-sinergias-da-fusao/>.

21 <https://forbes.com.br/forbes-money/2021/02/hapvida-e-notre-dame-finalizam-acordo-de-fusao-que-pode-criar-o-maior-conglomerado-de-saude-do-pais/>; Acesso em 05/03/2024.

22 <https://g1.globo.com/economia/noticia/hapvida-precifica-ipo-em-r-2350-por-acao-e-movimenta-r-343-bilhoes.ghtml>. Acesso em 05/03/2024.

FIGURA 11 – CAPTAÇÃO DE RECURSOS - GRUPO NOTREDAME HAPVIDA



Fonte: LSEG-Eikon. Elaborado pelos autores.

Além das duas ofertas de ações realizadas, o Grupo NotreDame Hapvida se capitalizou através da emissão de debêntures. A elevada alavancagem proporcionada pelo endividamento do grupo gera preocupações em parte do mercado, uma vez que as recorrentes emissões de dívida, principalmente voltadas para o plano de expansão da empresa, ainda não produziram os resultados esperados.²³

As aquisições realizadas pelo Grupo NotreDame Hapvida resultaram na expansão de sua capacidade operacional. Apresentamos as características das unidades no mês imediatamente anterior à aquisição na **TABELA 4**. As unidades adquiridas pelo Grupo NotreDame Hapvida tinham menor quantidade de leitos no momento da aquisição, quando comparadas com as unidades adquiridas pelo Grupo D'Or.

23 <https://www.infomoney.com.br/mercados/hapvida-hapv3-venda-ativos-aumento-capital-destaca-opcoes-cenario-de-estresse-para-companhia-desempenho-acoas/>. Acesso em 15/02/2024.

TABELA 4 – ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS – LEITOS E PROFISSIONAIS EM UNIDADES ADQUIRIDAS PELO GRUPO NOTREDAME HAPVIDA

Variável	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Mediana	Observações
Número de leitos (total)	99,95	74,80	6	451	91	41
Número de leitos (cirúrgicos)	25,05	20,35	0	98	22	41
Número de leitos (clínicos)	31,90	37,21	0	175	24	41
Número de leitos SUS (total)	1,85	6,62	0	37	0	41
Número de leitos SUS (cirúrgicos)	0,68	2,34	0	10	0	41
Número de leitos SUS (clínicos)	0,39	1,55	0	9	0	41
Número de profissionais (total)	138,82	394,52	1	4319	35	164
Profissionais de medicina	70,32	174,13	1	1547	29	157
Profissionais de enfermagem	67,51	171,55	1	1523	6	105

Notas: Dados obtidos da base de leitos do CNES. Valores referentes ao período (mês) imediatamente anterior ao mês de aquisição das unidades de saúde reportado na base LSEG-Eikon.

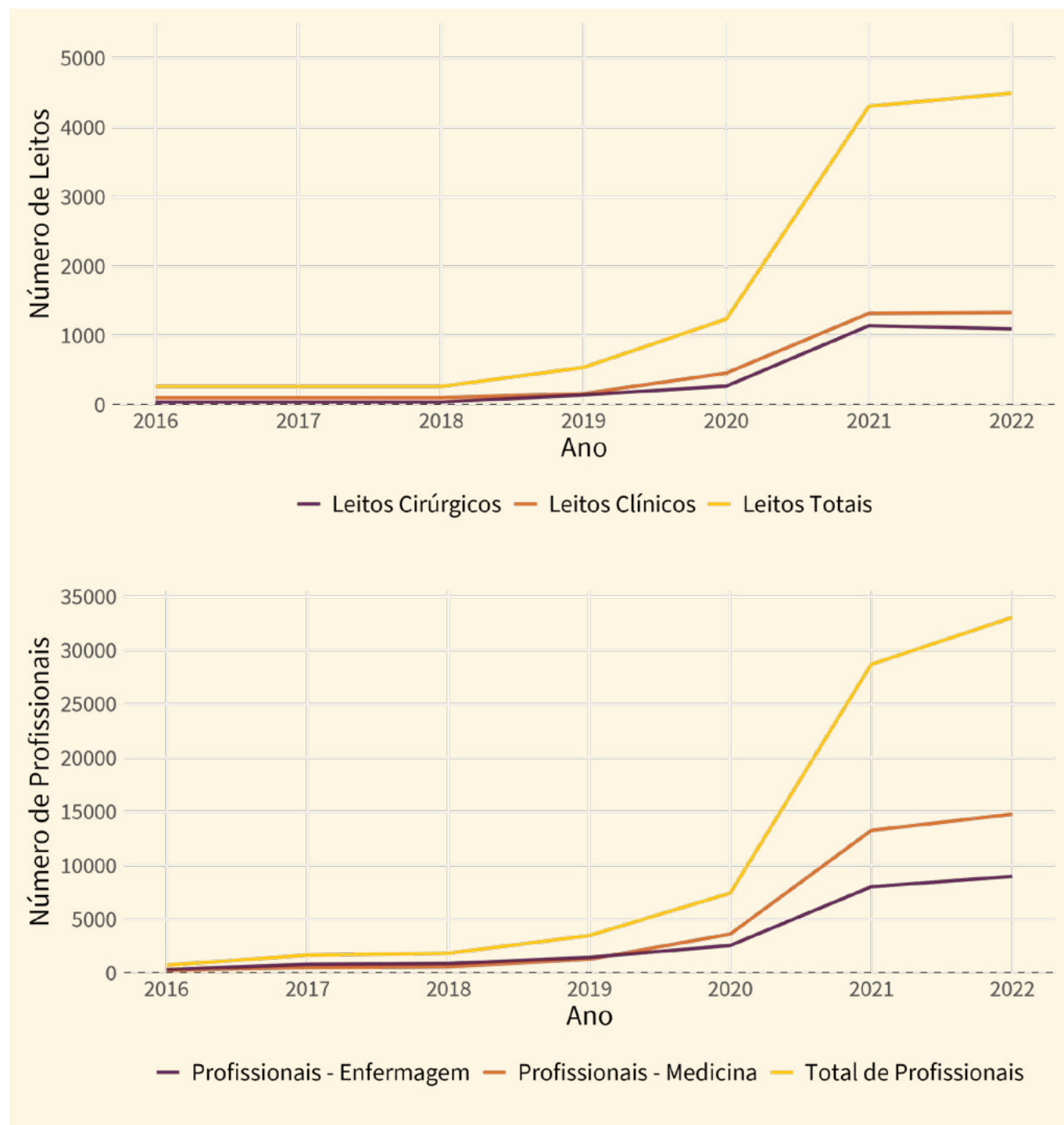
De acordo com os dados do CNES, a quantidade média de leitos das unidades adquiridas pela NotreDame Hapvida é de aproximadamente 100 leitos, dos quais 25 leitos cirúrgicos e 32 leitos clínicos. Outra informação relevante é que a quantidade de observações é menor que a quantidade de unidades adquiridas, pois parte dessas unidades é composta por centros de atendimento clínico, sem leitos disponíveis.

Analisando-se a quantidade de profissionais por unidade, observamos que o número médio de colaboradores por unidade também é inferior ao observado para as unidades adquiridas pelo Grupo D'Or. Na competência anterior à aquisição, as unidades adquiridas pela NotreDame Hapvida tinham em média 138 profissionais, dos quais cerca de 70 profissionais de medicina.

A seguir, apresentamos na **FIGURA 12** a evolução da quantidade de leitos adquiridos pelo grupo de acordo com os dados do CNES. As aquisições aumentaram a quantidade de leitos do Grupo em aproximadamente 4.500 unidades, dos quais aproximadamente 1.300 leitos clínicos, 1.100 leitos cirúrgicos.²⁴ Assim como os leitos, a quantidade de profissionais em unidades adquiridas também registrou um aumento considerável, em especial após a fusão com o GNDI anunciada em 2021, conforme apresentado ainda na **FIGURA 12**. Em 2022 o número total de profissionais provenientes de unidades adquiridas superou 33.000 colaboradores, incluindo profissionais do GNDI. Do total de profissionais, aproximadamente 14.700 eram profissionais de medicina e cerca de 9.000 de enfermagem.

24 Assim como para o Grupo D'Or, a quantidade de leitos SUS nas unidades adquiridas também é muito pequeno para o Grupo Hapvida (**FIGURA S5**).

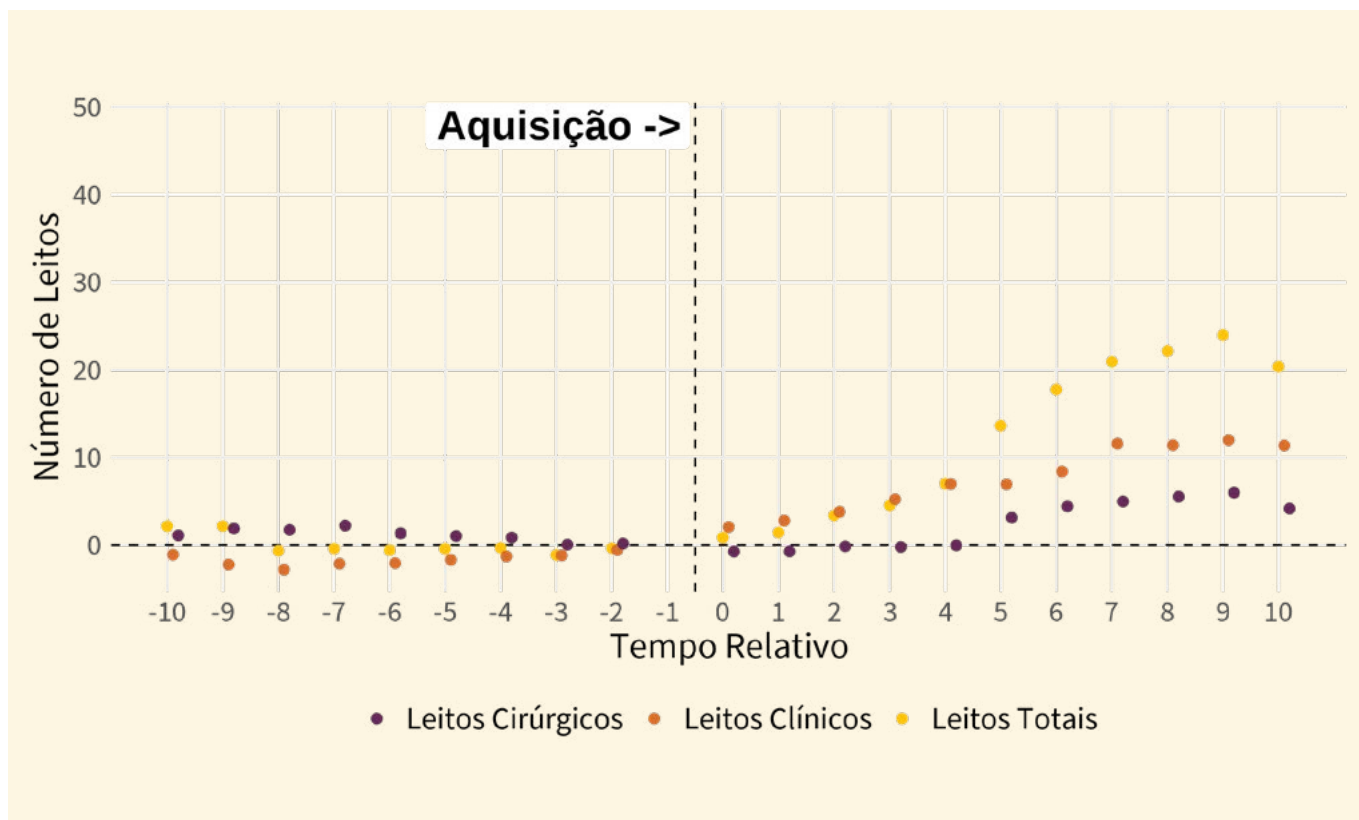
FIGURA 12 – EVOLUÇÃO DE LEITOS E PROFISSIONAIS PROVENIENTES DE UNIDADES ADQUIRIDAS (GRUPO NOTREDAME HAPVIDA)



Fonte: CNES-Leitos e CNES-Profissionais.
Elaborado pelos autores.

As unidades adquiridas pelo grupo apresentam uma tendência pré-aquisição de redução no número de leitos clínicos e no número de profissionais, independentemente do tipo de profissional analisado. Uma vez adquiridas, ocorre um aumento no número de leitos clínicos e cirúrgicos, e uma redução continuada no número total de profissionais atuantes em cada unidade, enquanto a quantidade de profissionais de medicina e de enfermagem se estabiliza num patamar inferior ao existente anteriormente à aquisição. Apresentamos essas tendências nas **FIGURAS 13 E 14**. O aumento observado de cerca de 20 leitos representa em média aproximadamente 20% do total de leitos existentes nas unidades no período pré-aquisição. Observa-se ainda um aumento percentual semelhante para leitos clínicos e cirúrgicos, embora os coeficientes não sejam estatisticamente significantes dados os intervalos de confiança apresentados.²⁵

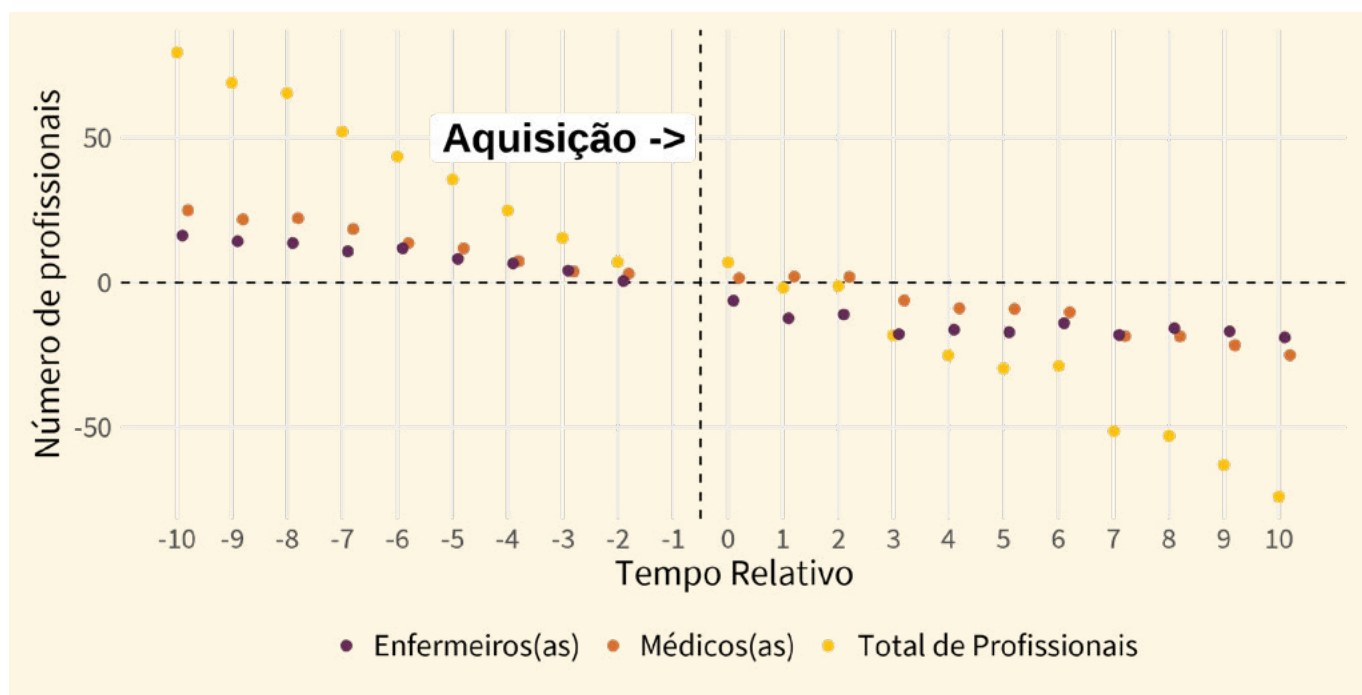
FIGURA 13 – EVOLUÇÃO DA QUANTIDADE DE LEITOS NAS UNIDADES ADQUIRIDAS (GRUPO NOTREDAME HAPVIDA)



Fonte: CNES-Leitos. Elaborado pelos autores.

25 As **FIGURAS S6 E S7** trazem as mesmas análises das **FIGURAS 13 E 14**, mas com a inclusão da representação gráfica dos intervalos de confiança das estimativas.

FIGURA 14 – EVOLUÇÃO DA QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS NAS UNIDADES ADQUIRIDAS (GRUPO NOTREDAME HAPVIDA)



Fonte: CNES-Profissionais. Elaborado pelos autores.

Por fim, observamos uma tendência de redução do número total de profissionais, tal qual para as unidades adquiridas pelo Grupo D'Or. Os coeficientes estimados sugerem uma redução da ordem de 20 enfermeiros(as), 25 médicos(as) e 73 profissionais no total, correspondente a aproximadamente 30% dos profissionais de enfermagem, 35% dos profissionais de medicina e 50% do total de profissionais. Novamente, é necessário considerar a limitação das estimativas por conta da amostra reduzida.

2.4.5 Análise Comparativa

Observou-se no mercado um movimento de expansão em direção a regiões distantes da região de origem dos grupos. A **FIGURA 15** corrobora essa observação ao apresentar a quantidade de leitos adquiridos após 2015 em cada um dos estados do país. Na figura é possível identificar que o Grupo D'Or, além de intensificar sua presença na sua região de origem (Sudeste), iniciou uma expansão para as regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste. Em contrapartida, o Grupo Hapvida, com origem na região Nordeste, expandiu em direção ao Sul e Sudeste, especialmente após a fusão com o GNDI (focado prioritariamente nessas regiões).

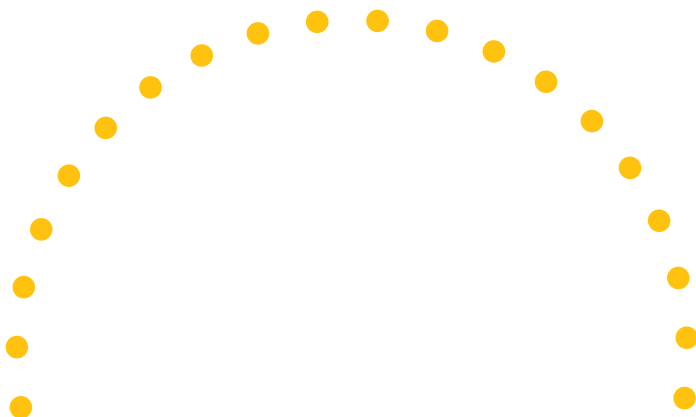
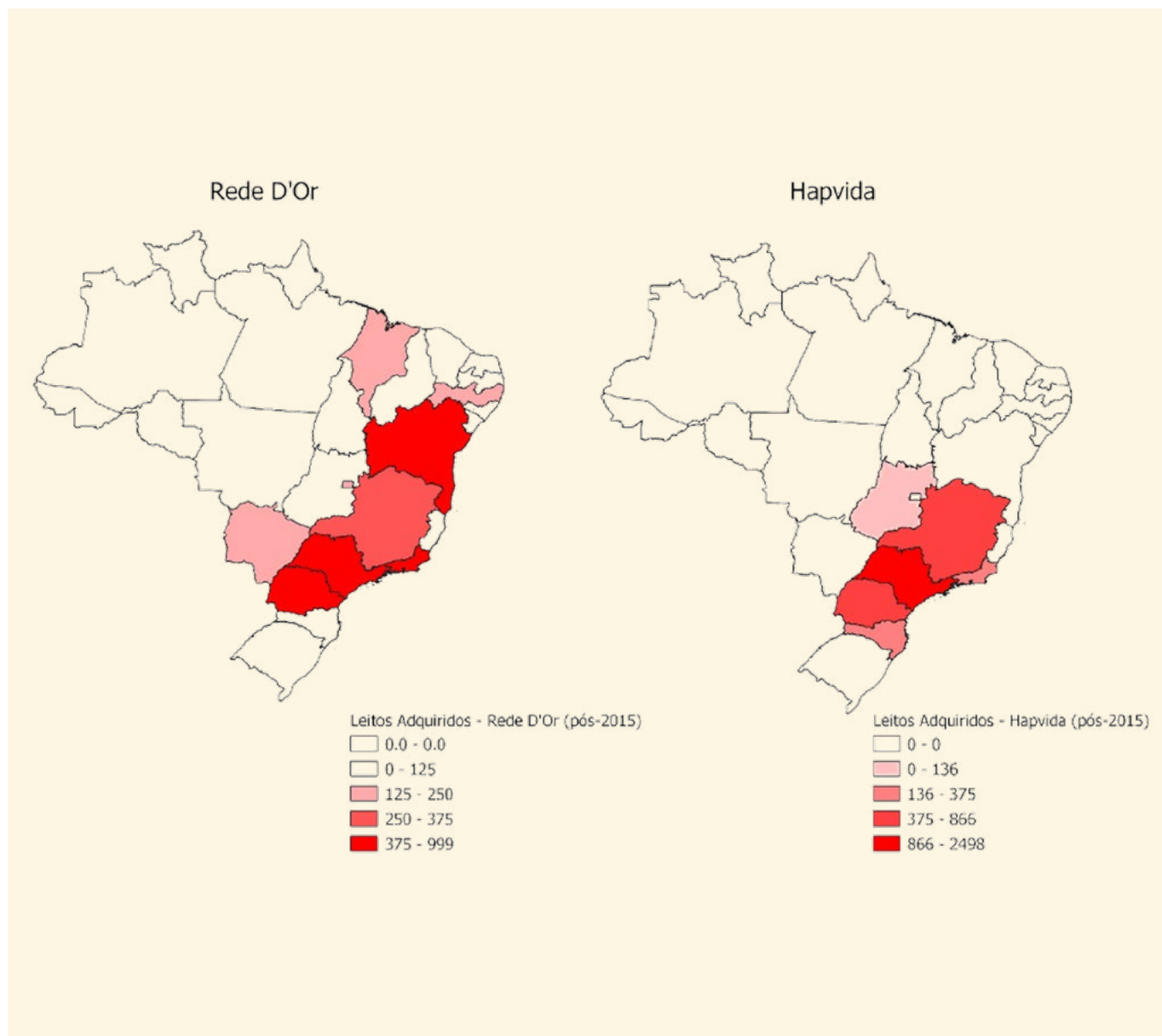


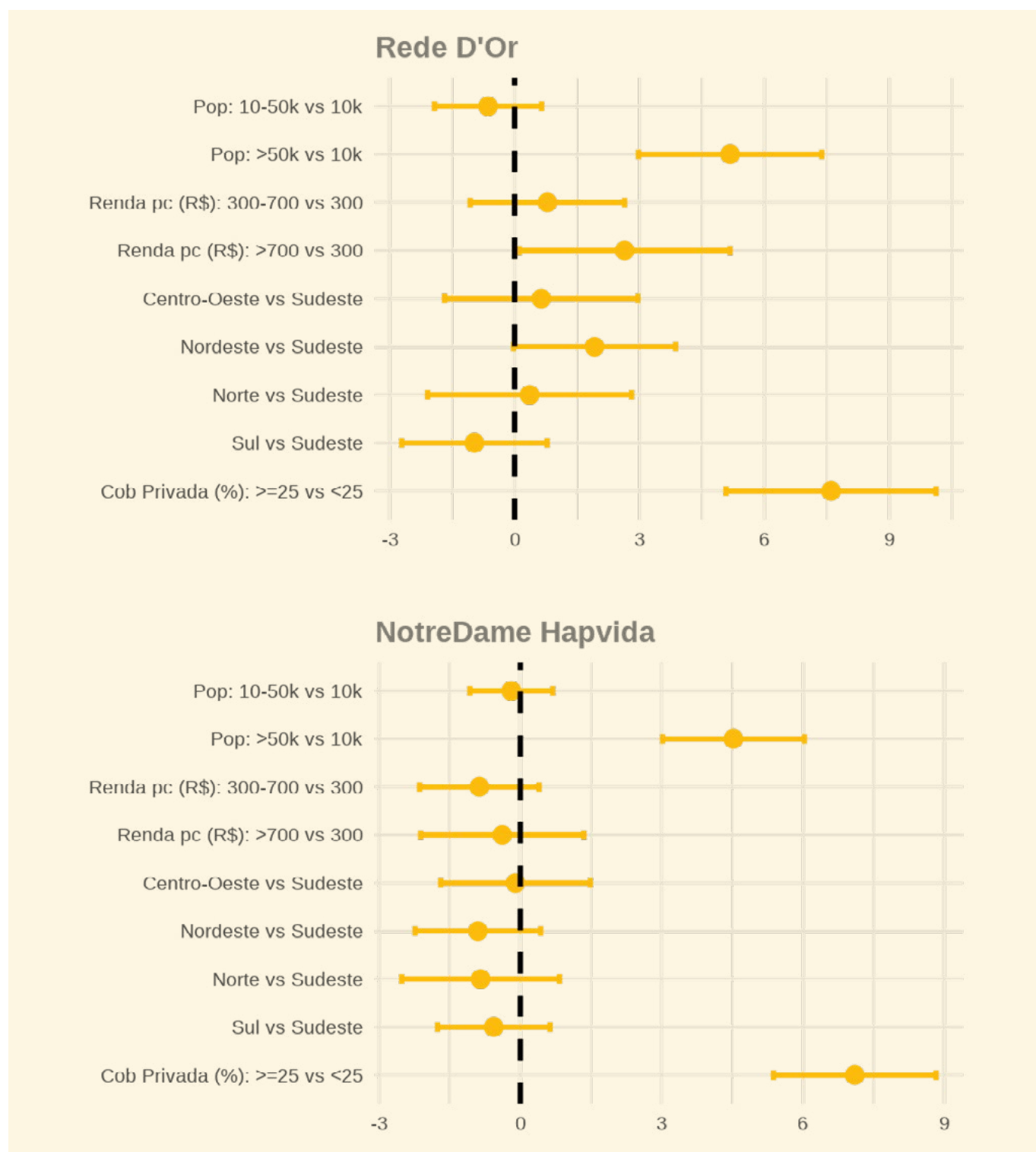
FIGURA 15 – MAPAS COM DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS ADQUIRIDOS APÓS 2015



Fonte: CNES-Leitos. Elaborado pelos autores.

Além da distribuição geográfica, analisamos a seguir as características dos municípios em que os grupos realizaram suas aquisições. A **FIGURA 16** mostra que o Grupo D'Or adquiriu unidades em municípios com maior população, maior renda per capita e maior cobertura de planos de saúde privados. Já para o Grupo Notredame Hapvida as características municipais mais relevantes para a aquisição foram tamanho da população e cobertura privada de seguro elevados.

FIGURA 16 – FATORES ASSOCIADOS COM A AQUISIÇÃO DE LEITOS



Fonte: CNES-Leitos. Elaborado pelos autores.

2.5

Discussão



Os dados coletados e analisados ao longo do presente trabalho caracterizam mudanças na dinâmica do setor privado de saúde, em especial do setor hospitalar, entre 2010 e 2022. Destaca-se, ainda, a análise dos impactos da abertura do mercado hospitalar para investimentos diretos de capital estrangeiro.

Ilustramos a partir dos dados analisados o movimento de consolidação do setor hospitalar ocorrido no período. Em suma, os principais grupos elevaram suas participações de mercado, enquanto o número total de leitos disponíveis em unidades hospitalares do setor privado diminuiu. O movimento foi ainda acompanhado da diminuição de mercados com baixa concentração e aumento de mercados com elevada concentração, em especial àqueles com HHI maiores que 7000 (mercados em condições mais próximas a um monopólio).

Parte desse movimento ocorreu por conta da intensificação do volume de operações de fusões e aquisições associada ao investimento de fundos de *Private Equity* estrangeiros e aberturas de capital de alguns dos principais grupos atuantes no país. Notou-se ainda um maior papel de empresas do setor financeiro na aquisição de unidades hospitalares, bem como uma mudança no formato de captação de recursos por parte de grupos como Grupo D'Or/Sulamérica e NotreDame Hapvida. Tais grupos substituíram, ao menos parcialmente, suas estratégias de crescimento orgânico, venda de ativos e captação de empréstimos junto ao IFC, por captações através de ofertas de ações, emissões de debêntures e fusões com parceiros estratégicos.

As consequências da mudança no perfil de investimento no setor ainda são incertas, uma vez que eventos como os desinvestimentos de fundos de *private equity* e a própria sustentabilidade dos modelos de negócio atuais ainda são questionados no mercado (Borsa et al., 2023; Braun et al., 2021; Gondi & Song, 2019; Kannan et al., 2023). Há ainda que se avaliar as consequências para grupos e pequenas empresas não envolvidas nas operações dos grandes grupos, uma vez que os hospitais de pequeno porte já apresentavam uma tendência de redução de suas participações no total de leitos privados no país antes mesmo antes da liberação da entrada de capital estrangeiro no setor hospitalar. A sustentabilidade das operadoras regionais

e mesmo de prestadores diante da nova realidade em que o mercado se encontra ainda é incerta.

No intuito de avançar a compreensão dos movimentos que se seguem aos eventos de fusões e aquisições, apresentamos estudos de caso dos dois grupos mais ativos na aquisição de novas unidades, Grupo D'Or / Sulamérica e NotreDame Hapvida. Para ambos, a entrada de capital estrangeiro inicialmente estimulou uma maior captação de recursos dos grupos, de maneiras diversas. Os grupos direcionaram suas aquisições para mercados que não eram atendidos por suas empresas e atualmente possuem em seu portfólio tanto empresas prestadoras de serviços de saúde, como seguradoras. Essa dualidade de atuação, embora esteja presente desde o início da operação do Grupo NotreDame Hapvida, é algo recente para o Grupo D'Or, o que deve ser avaliado em estudos futuros.

As diferenças entre os grupos também ficaram evidentes na análise da quantidade de leitos e profissionais antes e após aquisições. Unidades adquiridas pelo Grupo D'Or tiveram suas quantidades de leitos cirúrgicos aumentadas, sugerindo uma priorização do grupo para uma maior comercialização de serviços de elevada complexidade e consequentemente maior valor agregado. Em contrapartida, nessas mesmas unidades houve redução no número de leitos clínicos e complementares, bem como no número de profissionais (que se estabilizou num patamar inferior ao patamar anterior à aquisição), o que pode estar associado com a busca por otimização operacional das unidades, mas que vai de encontro à hipótese de que o investimento estrangeiro traria benefícios como a expansão de serviços para a população.

Para a NotreDame Hapvida, por sua vez, observou-se que após a aquisição de unidades hospitalares houve aumento tanto no número de leitos cirúrgicos, quanto de leitos clínicos. Observou-se uma redução significativa no total de profissionais atuantes nas unidades. Como no presente trabalho utilizamos dados do CNES, são analisados apenas profissionais diretamente vinculados às unidades. A redução no número de profissionais poderia sugerir tanto o corte de colaboradores, quanto uma eventual terceirização de serviços. Sendo o modelo de negócio do Grupo NotreDame Hapvida verticalizado, a primeira opção parece ser a mais plausível, embora os dados e métodos utilizados não permitam testar esta hipótese. Ressalta-se, mais uma vez, as limitações das conclusões acerca das alterações no número de leitos e profissionais por conta da limitação da amostra existente.

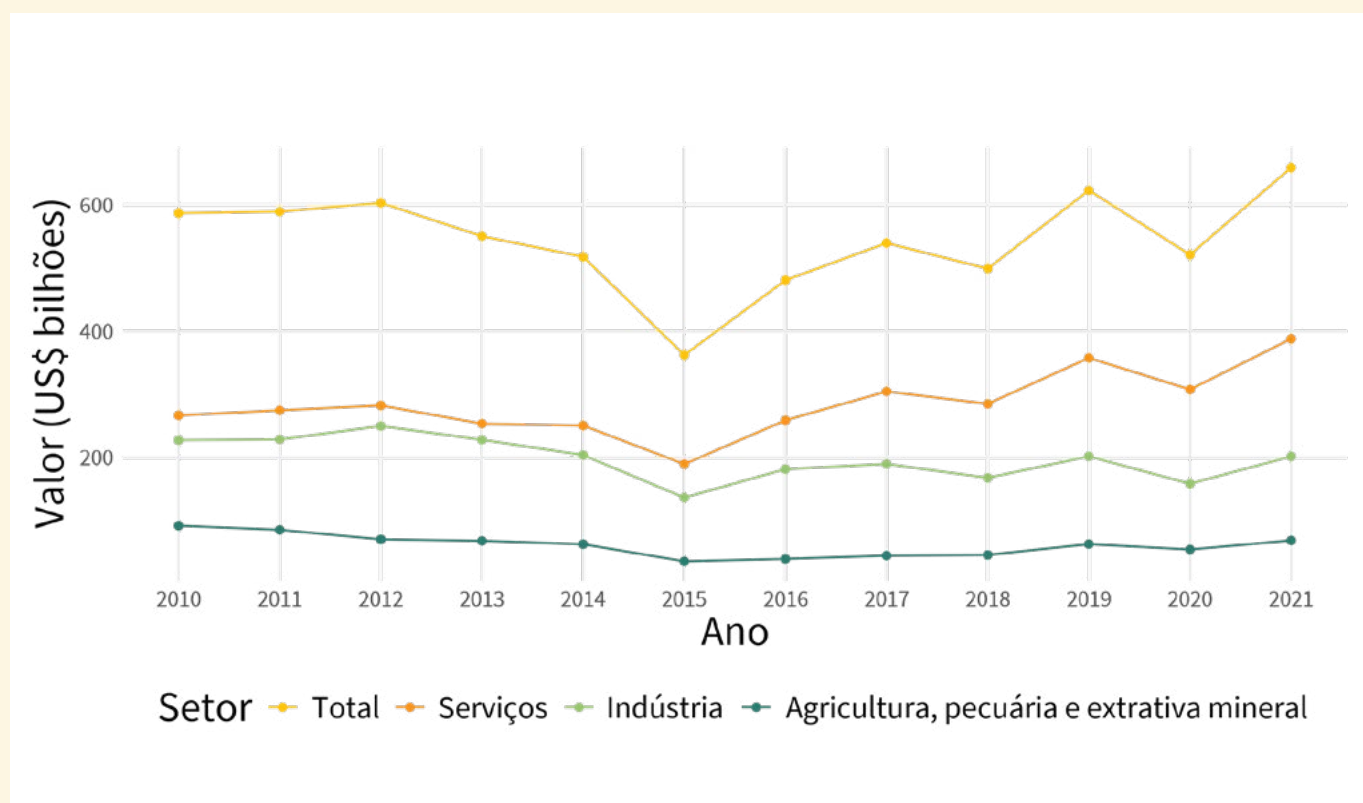
Embora as análises apresentem a correlação entre as aquisições e as mudanças na quantidade de leitos previamente discutidas, faz-se necessária uma maior compreensão dos efeitos da consolidação de mercado e das fusões e aquisições no acesso à saúde de maneira geral. Futuros estudos devem avaliar, por exemplo, o impacto da consolidação nas operadoras e prestadores incumbentes, a mudança nos custos da assistência médica para os usuários do sistema privado, bem como os eventuais impactos sofridos pelo sistema público de saúde diante da nova realidade do setor de saúde privado.

Referências

- Baer, W., & Rangel, G. B. (2001). Foreign investment in the age of globalization: The case of Brazil. *Latin American Business Review*, 2, 83–99. https://doi.org/10.4324/9780203725306_9
- Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M., & Bruch, J. D. (2023). Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: Systematic review. *Bmj*. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244>
- Braun, R. T., Jung, H. Y., Casalino, L. P., Myslinski, Z., & Unruh, M. A. (2021). Association of Private Equity Investment in US Nursing Homes with the Quality and Cost of Care for Long-Stay Residents. *JAMA Health Forum*, 2(11), E213817. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.3817>
- Câmara dos Deputados. (2015). *Projeto de Lei no 1721/2015*.
- Castro, P. G. de, Fernandes, E. A., & Campos, A. C. (2013). The Determinants of Foreign Direct Investment in Brazil and Mexico: An Empirical Analysis. *Procedia Economics and Finance*, 5(13), 231–240. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(13\)00029-4](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(13)00029-4)
- Costa, I., & De Queiroz, S. R. R. (2002). Foreign direct investment and technological capabilities in Brazilian industry. *Research Policy*, 31(8–9), 1431–1443. [https://doi.org/10.1016/S0048-7333\(02\)00073-2](https://doi.org/10.1016/S0048-7333(02)00073-2)
- Eliason, P. J., Heebsh, B., McDevitt, R. C., & Roberts, J. W. (2020). How Acquisitions Affect Firm Behavior and Performance: Evidence from the Dialysis Industry. *Quarterly Journal of Economics*, 135(1), 221–267. <https://doi.org/10.1093/qje/qjzo34>
- Ferreira, L. F. (2020). *Delimitação de Mercados Relevantes de Planos de Saúde e Análise de Concentração*. Fundação Getúlio Vargas.
- Gondi, S., & Song, Z. (2019). Potential Implications of Private Equity Investments in Health Care Delivery. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 321(11), 1047–1048. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1077>
- Gupta, A., Howell, S. T., Yannelis, C., & Gupta, A. (2023). Owner Incentives and Performance in Healthcare: Private Equity Investment in Nursing Homes. *The Review of Financial Studies*. <https://doi.org/10.1093/rfs/hhdo82>
- Hiratuka, C. (2008). *Foreign Direct Investment and Transnational Corporations in Brazil: Recent Trends and Impacts on Economic Development* (Issue Discussion Paper Number 10).
- Kannan, S., Bruch, J. D., & Song, Z. (2023). Changes in Hospital Adverse Events and Patient Outcomes Associated With Private Equity Acquisition. *JAMA*, 330(24), 2365–2375. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.23147>
- La Forgia, A., & Bodner, J. (2023). Getting Down to Business: Chain Ownership and Fertility Clinic Performance. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4428107>
- Silva Filho, E. B. da. (2015). Trajetória recente do investimento estrangeiro direto e em carteira no Brasil. *Boletim de Economia e Política Internacional*, 19(Jan/Abr.), 5–20. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5262/1/BEPI_n19_Trajetória.pdf

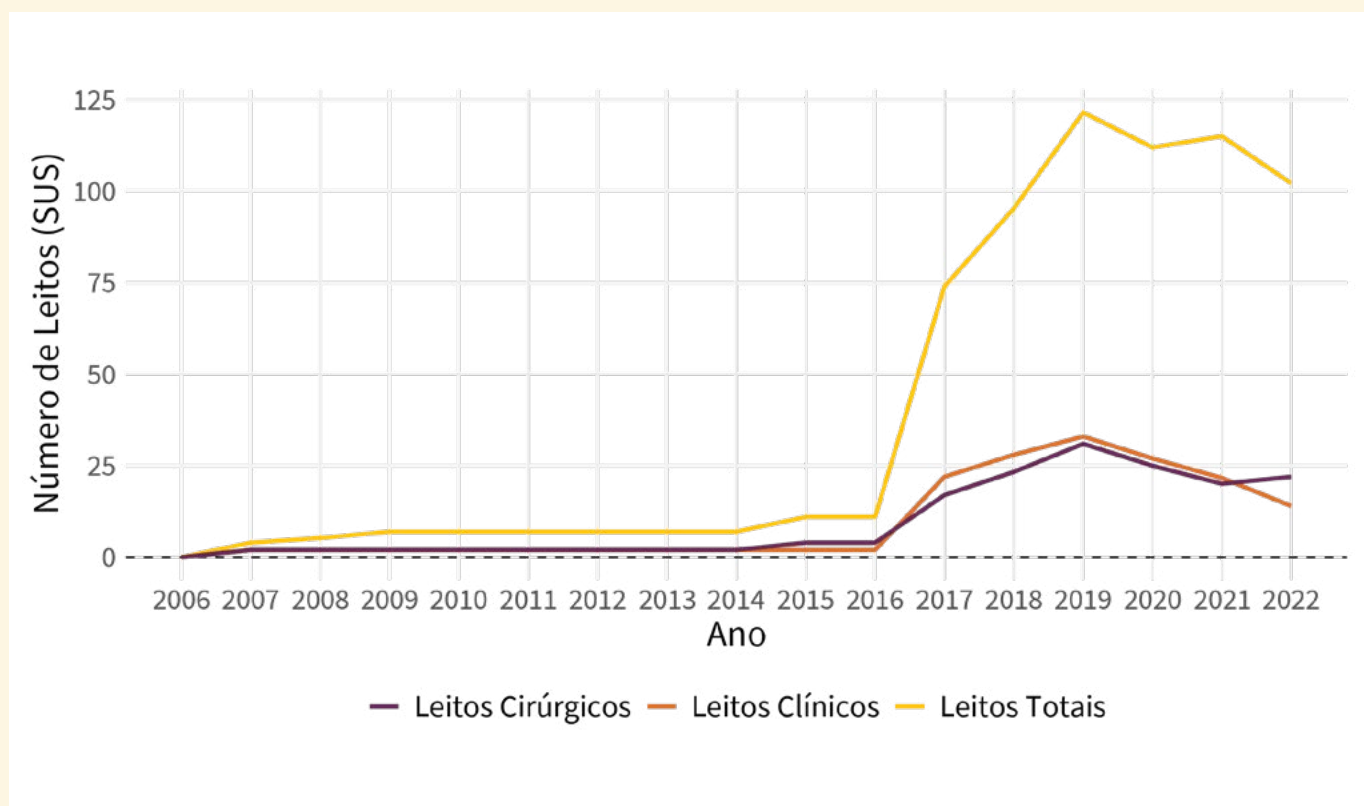
Material Suplementar

FIGURA S1 – INVESTIMENTO ESTRANGEIRO DIRETO (PARTICIPAÇÃO NO CAPITAL)



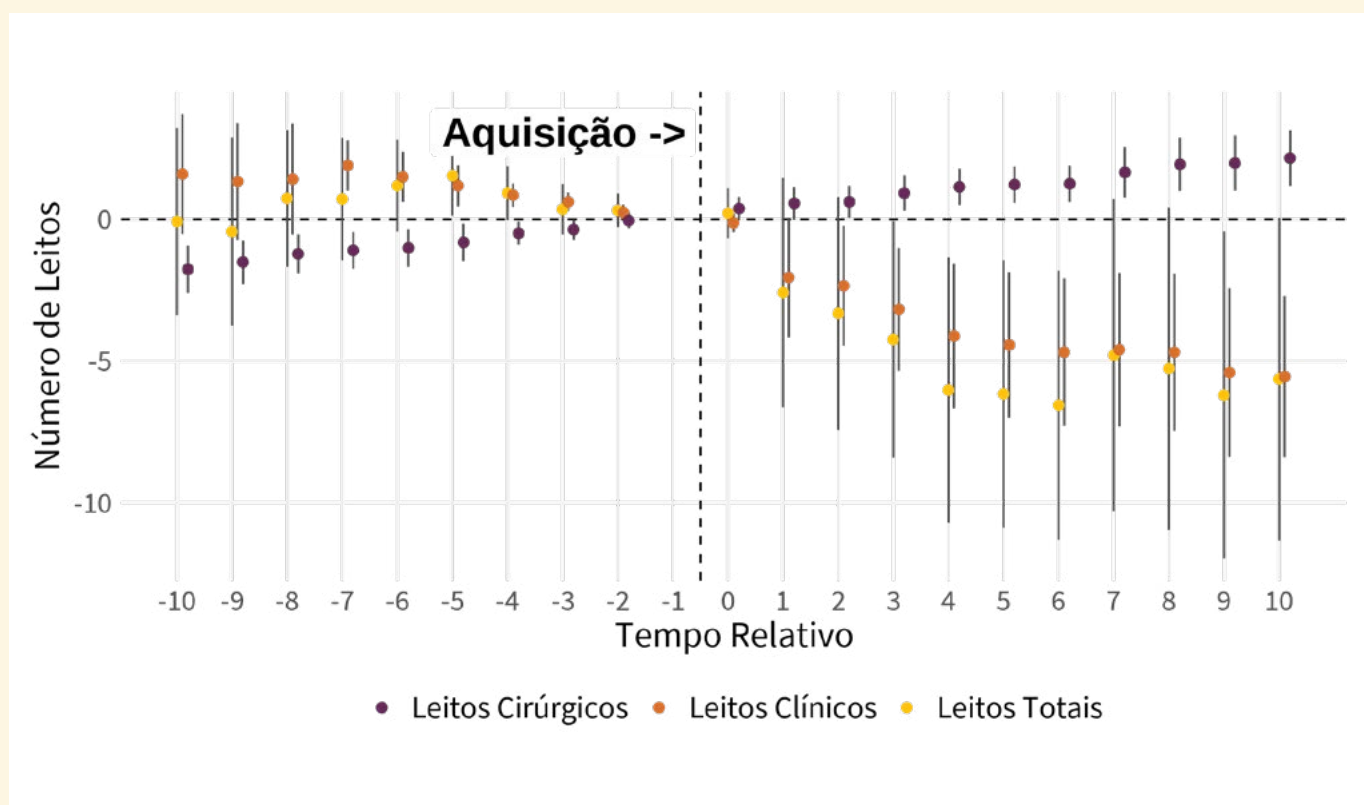
Fonte: Relatório de Investimento Direto,
Banco Central do Brasil (2022). Elaborado
pelos autores.

FIGURA S2 - EVOLUÇÃO DE LEITOS SUS PROVENIENTES DE UNIDADES ADQUIRIDAS (GRUPO D'OR)



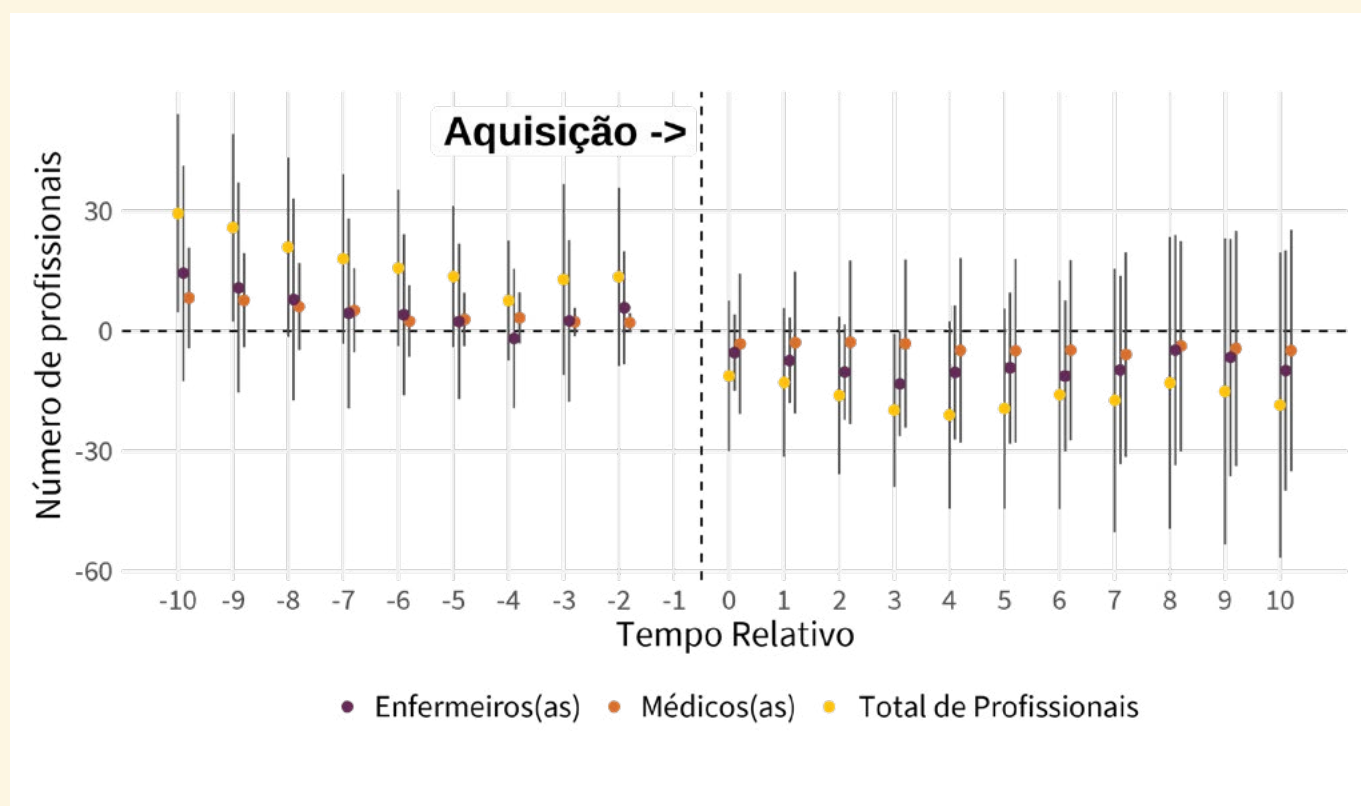
Fonte: CNES-Leitos. Elaborado pelos autores.

FIGURA S3 - EVOLUÇÃO DE LEITOS (GRUPO D'OR)



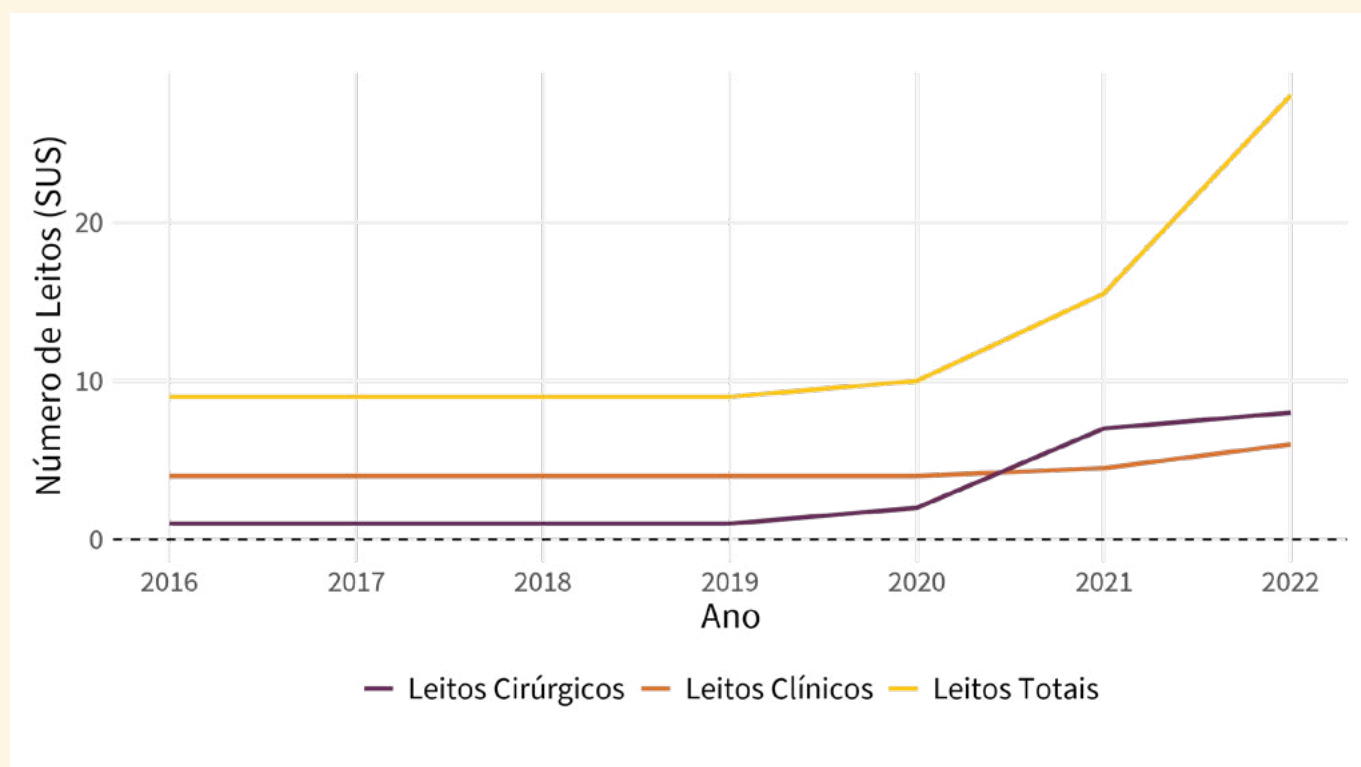
Fonte: CNES-Leitos. Elaborado pelos autores.

FIGURA S4 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE PROFISSIONAIS (GRUPO D'OR)



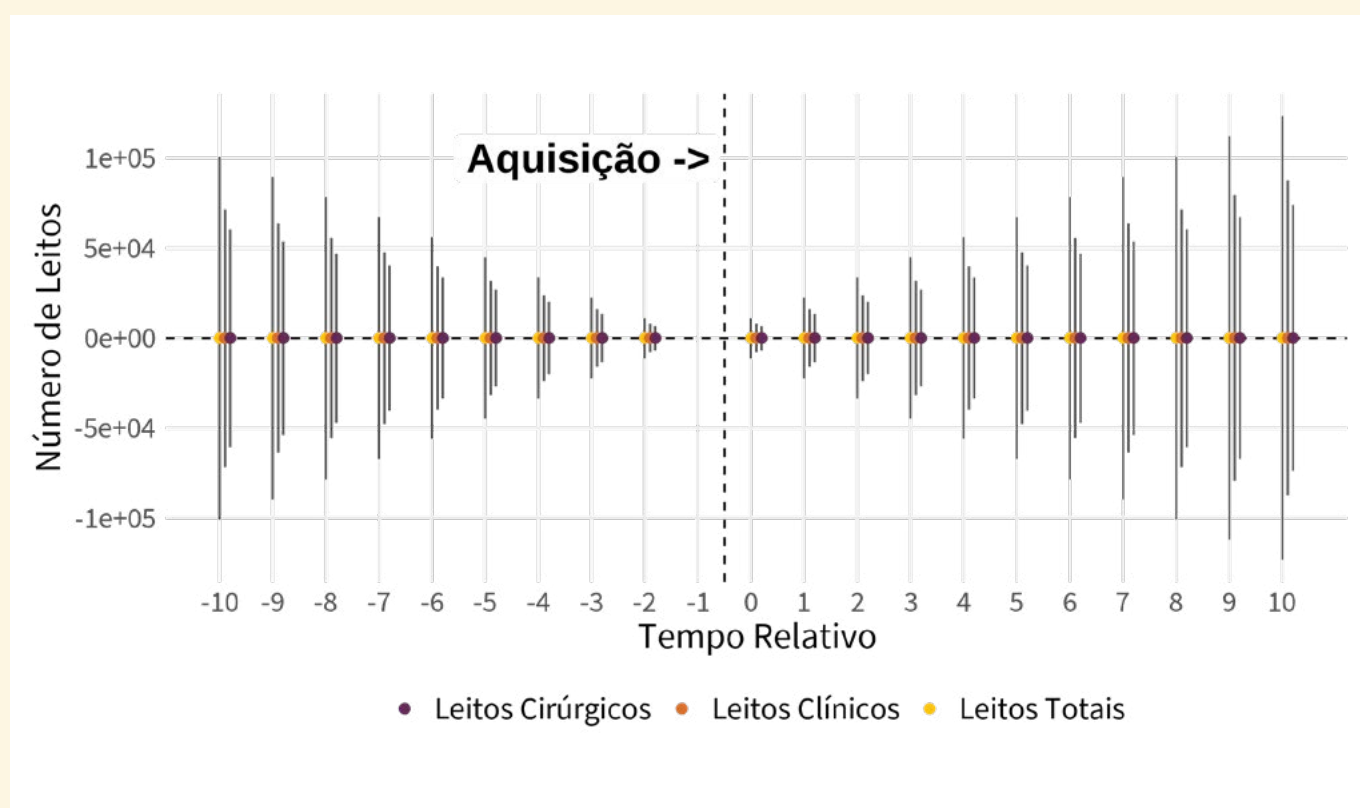
Fonte: CNES-Profissionais. Elaborado pelos autores.

FIGURA S5 - EVOLUÇÃO DE LEITOS SUS PROVENIENTES DE UNIDADES ADQUIRIDAS (GRUPO NOTREDAME HAPVIDA)



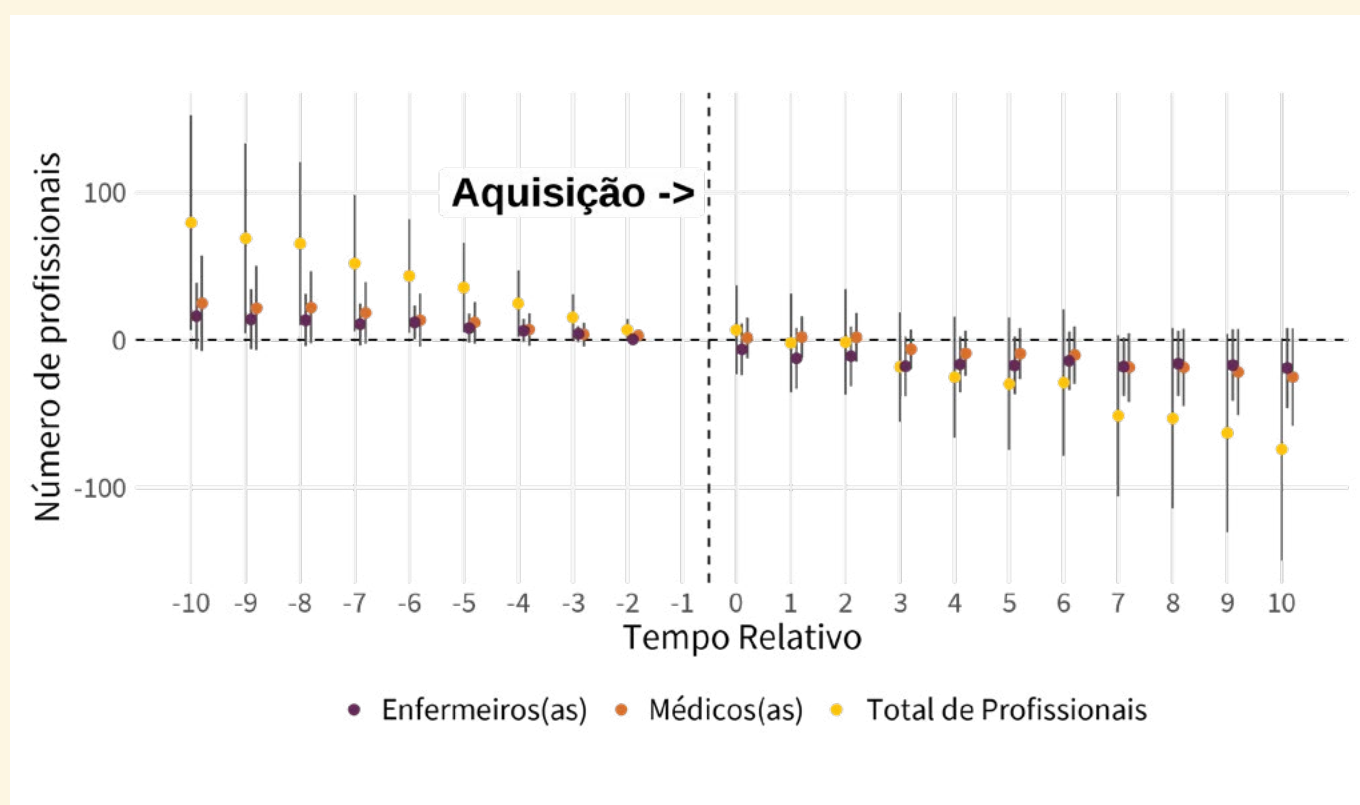
Fonte: CNES-Leitos. Elaborado pelos autores.

FIGURA S6 - EVOLUÇÃO DE LEITOS (NOTREDAME HAPVIDA)



Fonte: CNES-Leitos. Elaborado pelos autores.

FIGURA S7 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE PROFISSIONAIS (NOTREDAME HAPVIDA)



Fonte: CNES-Profissionais. Elaborado pelos
autores.

TABELA S1 – AQUISIÇÕES GRUPO D'OR (PRÉ-2015)

Fase	Ano	Tipo de Evento	Terceiros Envolvidos	Descrição
Expansão – PE	2007	Aquisição	Hospitais Esperança, São Marcos e Prontolinda	Primeira expansão da Rede D'Or para praças diferentes do Rio de Janeiro
Expansão – SP	2010	Aquisição	Grupo São Luiz	Rede D'Or adquire Grupo São Luiz por valor estimado pelo mercado da ordem de US\$ 570 milhões
	2011	Aquisição	Hospital viValle	Aquisição de hospital de 60 leitos em São José dos Campos
	2012	Aquisição	Hospital Nossa Senhora de Lourdes e Hospital da Criança	Adquiridos 90% e 70% de participação repectivamente (ambos localizados em São Paulo)
	2013	Aquisição	Oncorad Serviços em Radioterapia e Centro Oncológico do Vale	Aquisição de participação em serviços de Oncologia em São Paulo e Vale do Paraíba
	2014	Aquisição	Hospital Sino-Brasileiro e Hospital Villa Lobos	Os hospitais localizados em Osasco e São Paulo, respectivamente, foram adquiridos por cerca de R\$ 700 milhões ²⁶
Expansão – Brasília	2012	Aquisição	Hospital do Coração, Hospital Santa Luzia, Medgrupo Participações e Acreditar Oncologia	A expansão para a cidade de Brasília ocorreu inicialmente em 2012

Fonte: CNES, Linkana e website próprio do Grupo D'Or²⁷. Elaborado pelos autores.

26 <https://exame.com/colunistas/primeiro-lugar/rede-d-8217-or-compra-mais-dois-hospitais/>; Acesso em 09/09/2023.

27 <https://www.rededorsaoluz.com.br/>

TABELA S2 – PRINCIPAIS EVENTOS DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS – GRUPO D’OR (PRÉ-2015)

Fase	Ano	Player Envolvido	Descrição
Venda de ativos e participação societária e primeiro empréstimo junto ao IFC	2010	Fleury	Venda da empresa Labs D’Or por valor aproximado de R\$ 400 milhões. ²⁸
	2010	BTG Pactual	Compra de 25,6% da Rede D’Or por R\$ 600 milhões. ²⁹
	2010	IFC	Empréstimo de aproximadamente US\$ 30 milhões.
Captação de recursos através da venda de ativos imobiliários para grupos estrangeiros	2012	NorthWest International Healthcare Properties of Canada	Aquisição da estrutura física do Hospital e Maternidade de Brasil em Santo André/SP pelo valor estimado de US\$ 121 milhões (sale and leaseback transaction).
	2013	NorthWest International Healthcare Properties of Canada	Aquisição da estrutura física de três hospitais da rede pelo valor estimado de US\$ 202 milhões.
Nova rodada de tomada de empréstimos junto ao IFC	2014	IFC	Empréstimo de US\$ 250 milhões.

Fonte: LSEG-Eikon e website próprio do Grupo D’Or³⁰. Elaborado pelos autores.

28 <https://www.investe.sp.gov.br/noticia/carlyle-fica-com-8-da-rede-dor-por-r-1-7-bi/>, acessado em 09/09/2023.

29 <https://exame.com/negocios/btg-pactual-conclui-venda-da-rede-d-or-sao-luiz-para-gic/>, acessado em 09/09/2023.

30 <https://www.rededorsaoluiz.com.br/>.

TABELA S3 – AQUISIÇÕES GRUPO D'OR (PÓS-2015)

Fase	Ano	Tipo de Evento	Terceiros Envolvidos	Descrição
Aquisições nas regiões Sudeste e Centro-Oeste	2015	Aquisição	Hospital e Maternidade Bartira e Hospital Santa Helena	Aquisição de hospitais em São Bernardo do Campo e Brasília.
	2016	Aquisição	Salus Oncologia	Aquisição de rede de serviços oncológicos no Rio de Janeiro por aproximadamente US\$ 3 milhões.
Início de operação nas regiões Norte e Nordeste	2017	Aquisição	Hospital São Rafael	Aquisição de hospital em Salvador/BA.
	2018	Aquisição	UDI Hospital, Laboratório Richet, Samer Serviço de Assistência Médica	Expansão no Rio de Janeiro com a retomada da empresa no setor de diagnósticos e entrada no estado do Maranhão através da aquisição da empresa UDI.
Intensificação de aquisições em múltiplas praças	2019	Aquisição	São Lucas Médico Hospitalar (SE), Hospital das Clínicas Rio Mar Barra (RJ), Cardio Pulmonar (BA), Hospital Aviccena (SP), Unidade Neonatal Lagoa (RJ), Casa de Saúde Laranjeiras (RJ), Hospital São Carlos (CE), Hospital Santa Cruz (PR), Serviço de Hemodinâmica do Batel (PR), Qualicorp	A empresa intensificou sua expansão no Rio de Janeiro com a aquisição de três hospitais e chegou à nova praça de Sergipe. Expandiu ainda no Nordeste com a aquisição do Hospital São Carlos em Fortaleza e na região Sul com múltiplas aquisições. Em 2019, a Rede D'Or realizou por fim a aquisição de cerca de 10% da operadora Qualicorp.
	2020	Aquisição	Hospital Aliança (BA), Clínica São Lucas (RJ), Hospital Vila Iolanda (SP), Cardio Pulmonar da Bahia (BA)*, Hospital Dr. Balbino (RJ), Clivale Prosaúde (BA), Hospital América (SP), Hospital Antônio Afonso (SP)	A intensificação de investimentos ocorreu no segundo semestre de 2020, próximo ao IPO da empresa, com destaque para investimentos nas praças do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia.
	2021	Aquisição	Biocor (MG), Hospital Nossa Senhora das Neves (PB), Serra Mayor (SP), Proncor (MS), Hospital Santa Emília / Amigo Assistência Médica (BA), Centro de Imagem Diagnósticos AS (MG), Hospital Aliança (BA)*, Hospital Novo Atibaia (SP), Amha Saúde (SP), Hospital Aeroporto (BA), Hospital Santa Isabel (SP), Hospital Memorial Arthur Ramos (AL)	Aquisição em diversas praças, em especial avançando na região Nordeste.
Integração com Grupo Sulamérica e início da atuação de forma verticalizada	2022	Aquisição	Hospital Santa Marina (MS), Sul América AS	Integração com a seguradora Sul América AS

Fonte: CNES, Linkana e website próprio do Grupo D'Or³¹. Elaborado pelos autores.

TABELA S4 - PRINCIPAIS EVENTOS DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS - GRUPO D'OR (PÓS-2015)

Fase	Ano	Player Envolvido	Descrição
Início de captação de recursos através de investidores estrangeiros	2015	The Carlyle Group LP	Valor estimado da operação de US\$ 600 milhões (aquisição de 8% da empresa).
	2015	GIC – Singapore	Valor estimado da operação de US\$ 510 milhões (aquisição de 16% da empresa pertencentes ao BTG Pactual e Família Moll).
	2015	GIC – Singapore	Valor estimado da operação de US\$ 617 milhões (aquisição de 12% da empresa pertencentes ao BTG Pactual).
Negociação de estrutura física de unidade hospitalar do Grupo com parceiro estrangeiro	2018	NorthWest International Healthcare Properties of Canada	Aquisição da estrutura física do Hospital São Luiz - Morumbi pelo valor estimado de US\$ 69 milhões.
Abertura de Capital e oferta secundária de ações	2020	IPO	Oferta de ações na B3 que movimentou aproximadamente R\$ 11,4 bilhões.
	2021	Oferta de ações	Nova oferta de ações cerca de 6 meses após o IPO, com valor aproximado de R\$ 4,9 bilhões.

Fonte: LSEG-Eikon e website próprio do Grupo D'Or³². Elaborado pelos autores.

TABELA S5 - AQUISIÇÕES GRUPO NOTREDAME HAPVIDA (PRÉ-2015)

Fase	Ano	Tipo de Evento	Terceiros Envolvidos	Descrição
Expansão – RN	1999	Aquisição	Hospital Antônio Prudente (RN)	Primeira aquisição fora do Estado do Ceará
Expansão – BA	2000	Aquisição	Hospital Teresa de Lisieux (BA)	Aquisição de hospital em Salvador/BA
Expansão – Região Norte	2005	Aquisição	Hospital São Lucas (AM)	Aquisição de Hospital no Amazonas
	2007	Aquisição	Hospital Layr Maia (PA)	Aquisição de Hospital no Pará
Expansão – Regiões Nordeste e Norte	2008 – 2011	Aquisição	Hospital Espinheiro (PE), Hospital Ilha do Leite (PE), Hospital Capibaribe e Hospital do Cabo – Grupo São Lucas (PE), Hospital Vasco Lucena (BA), Santa Casa de Misericórdia (BA)	Fortalecimento da presença do grupo nas regiões Nordeste e Norte
	2012 – 2013	Aquisição	Hospital Aldeota (CE), Hospital Riomar (PA), Hospital João Pessoa (PB)	
	2014	Aquisição	Hospital Luís França (CE), Hospital Fleming (AM)	

Fonte: LSEG-Eikon e website próprio do Grupo NotreDame Hapvida³³. Elaborado pelos autores.

32 <https://www.rededorsaoluiz.com.br/>; Acesso em 15/04/2024.

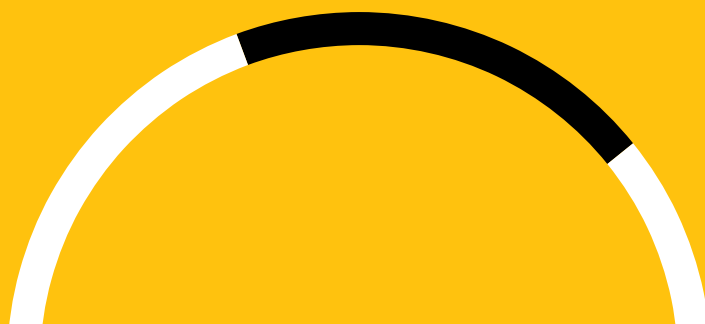
33 <https://ri.hapvida.com.br/a-companhia/historico/>; Acesso em 15/04/2024.

TABELA S6 - AQUISIÇÕES GRUPO NOTREDAME HAPVIDA (PÓS-2015)

Fase	Ano	Tipo de Evento	Terceiros Envolvidos	Descrição
Expansão – Regiões Norte e Nordeste	2017	Aquisição	Hospital SEMED (BA)	Expansão ainda concentrada na região de origem do grupo
	2019	Aquisição	Hospital de Paraupébas (PA), Plamed (SE)	
Expansão – Regiões Sudeste e Centro-Oeste	2019	Aquisição	Grupo São Francisco (SP), Grupo América (GO), Medical (SP)	Primeiras aquisições nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, marcando posicionamento estratégico da companhia de se expandir em direção às demais regiões do país
	2020	Aquisição	Grupo São José (SP), Grupo Promed (MG), Hospital Santa Filomena (SP), Hospital Nossa Senhora Aparecida (GO)	
Expansão – Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste	2021	Integração	Grupo Notre Dame Intermédica (Região Sul)	Integração das operações do Grupo Hapvida com o GNDI e a intensificação de investimentos nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste
	2021 - 2022	Aquisição	Hospital Madrecor (MG), Hospital Viventi (DF), Grupo HB Saúde (SP), Hospital e Maternidade Octaviano Neves (BH)	

Fonte: LSEG-Eikon e website próprio do Grupo NotreDame Hapvida³⁴. Elaborado pelos autores.

34 <https://ri.hapvida.com.br/a-companhia/historico/>; Acesso em 15/04/2024.



Subsídios ao setor privado de saúde no Brasil

AUTORES

Marcella Semente (IEPS)

Victor Nobre (IEPS)

Sumário Executivo

Neste capítulo, caracterizamos os subsídios fiscais da União ao setor privado de saúde e analisamos sua evolução recente. Esses gastos cresceram expressivamente nos últimos anos e equivalem 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. Adicionalmente, analisamos a dívida relativa ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) – dos custos dos procedimentos realizados no SUS em beneficiários cobertos por planos de saúde – e os custos envolvidos no fenômeno de judicialização da saúde.

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 R\$ 39,9 bilhões. Tais gastos são impulsionados diretamente pelo aumento da frequência de utilização dos serviços de saúde e pelo aumento de seus preços, não tendo sido observado aumento expressivo da população coberta por planos de saúde no período. Planos de saúde correspondem a 75% das despesas médicas declaradas no IRPF e, entre 2011 e 2020, seu crescimento na participação desses gastos foi de 10 p.p, enquanto todas as demais despesas retraíram sua participação. No mesmo período, as despesas com médicos declaradas no IRPF diminuíram em 43%.

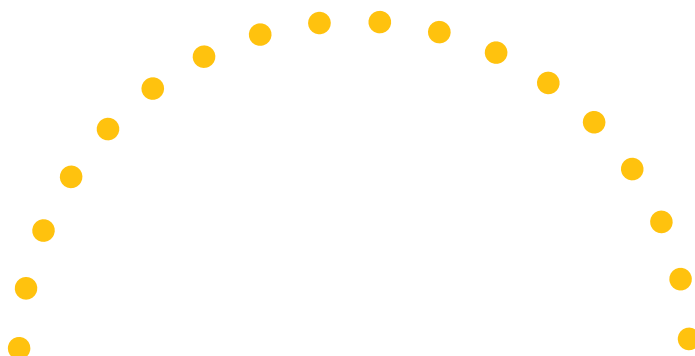
Atualmente, R\$1,04 bilhão está inscrito na Dívida Ativa da União relativo ao ressarcimento ao SUS. Houve redução dos valores pagos e crescimento dos valores suspensos judicialmente, pendentes e em parcelamento, entre 2020 e 2022. Neste último ano, os valores suspensos judicialmente responderam por 49% dos valores. Dentre as modalidades de operadoras de planos de saúde, medicina de grupo concentra mais da metade dos procedimentos cobrados, mas responde por 82% dos valores devidos.

A previsão de recursos destinados pela União às demandas judiciais relativas à saúde para 2021 era de R\$2,04 bilhões. Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), entre 2014 e 2018, a estimativa é de que a União

tenha gasto, em média, R\$1,1 bilhão por ano. Ainda segundo o órgão, o aumento da judicialização da saúde representa um risco à sustentabilidade da prestação de serviços públicos de saúde no contexto do SUS.

O estudo aponta uma lacuna de instrumentos de governança, de avaliação e de revisão sistemática dos gastos tributários. Diferente das despesas diretas do orçamento público, os dispositivos que regem o gasto tributário não atendem a critério semelhante de revisão, atualização ou controle, e alguns deles sequer possuem prazo de vigência. Por essa razão, o aumento dessa despesa foge à capacidade de governança das autoridades administrativas, respondendo automaticamente à demanda de consumo de saúde e aos preços de mercado praticados, de modo predominante, e à oferta de serviços e produtos subsidiados. Além disso, fica evidente que o gasto tributário não está sujeito ao mesmo nível de transparência das despesas diretas, e não permite a identificação dos principais beneficiários e avaliação da efetividade da política de subsídios fiscais.

O aumento contínuo dos valores associados ao gasto tributário em saúde – cujo principal componente não dispõe de limite vinculado e reflete automaticamente à frequência de consumo e preço de mercado – e a decorrente perda de arrecadação por parte da União demandam a discussão premente de medidas para seu arrefecimento e reestruturação. A ausência da arrecadação desses recursos impacta diretamente o financiamento da saúde pública no país.



3.1

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988, o sistema suplementar de saúde passou a conviver com o sistema público. De fato, a rede de serviços de saúde do SUS abrange estabelecimentos privados e filantrópicos conveniados ao SUS, além daqueles de propriedade do setor público. Segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (SIB/ANS), atualmente, pouco mais de um quarto da população brasileira tem acesso a planos de saúde; e há ainda o consumo direto de saúde privada (*out of pocket*), isto é, quando o indivíduo realiza o pagamento pela prestação do serviço diretamente ao estabelecimento ou ao profissional de saúde.

De acordo com os dados mais recentes da Conta Satélite do IBGE, o consumo de bens e serviços de saúde no Brasil chegou a 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2021. Desse total, 5,7% foram despesas de consumo de famílias¹, enquanto 4,0% despesas de consumo do governo. Embora a despesa total com saúde no Brasil, como proporção do PIB, seja próxima à média dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o gasto público apresenta uma das menores participações.

Parte do gasto público em saúde, no entanto, não é realizado de forma direta ou tampouco tem como finalidade o financiamento, aquisição ou investimento em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). É o caso das despesas indiretas da União realizadas por meio do gasto tributário em saúde, que vêm crescendo sistematicamente (Nobre; Faria, 2022; Ocké-Reis; Gama, 2016). O gasto tributário em saúde compreende isenções fiscais que datam desde a Constituição, como aquelas concedidas a entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos de assistência social e saúde; como deduções fiscais referentes ao consumo de saúde privada – com planos de saúde e despesas médico-hospitalares –, implementadas a partir de meados dos anos 90 e, ainda, subsídios fiscais a medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos, criados no início dos anos 2000, dentre outros.

1 Famílias e instituições sem fins de lucro a serviços das famílias (ISFLSF).

Além do gasto tributário em saúde, o Estado ainda é compelido a realizar gastos por meio do que se convencionou chamar de judicialização da saúde – quando indivíduos acionam o Estado na justiça a fim de que ele forneça acesso a medicamentos, materiais, procedimentos ou tratamentos médicos, dentre outros produtos ou serviços de saúde. Esse fenômeno cresce continuamente: segundo Ayres *et al.* (2019), as ações judiciais com reivindicações no tema de saúde cresceram 130% entre 2008 e 2017. Há ainda os valores devidos de ressarcimento ao SUS das despesas que o sistema público de saúde realizou com atendimento a beneficiários de planos privados de saúde. Por fim, há o fornecimento de assistência de saúde suplementar a servidores públicos federais².

A fim de dar visibilidade ao gasto público que se destina ao financiamento do setor de saúde privada no Brasil, este capítulo tem por objetivo reunir, caracterizar e dimensionar os mecanismos pelos quais o Estado, no nível federal, subsidia o setor. Para tanto, este capítulo está dividido em três seções, além desta introdução. A primeira seção analisa a evolução das transferências indiretas na área da saúde via sistema tributário, despesa que constitui a principal forma de financiamento da saúde privada no país; em uma subseção, são discutidas as deduções com despesas médicas no IRPF, item que representa o maior gasto tributário em saúde. A segunda seção trata da judicialização da saúde, no setor público, e do ressarcimento ao SUS das operadoras de planos de saúde por atendimentos prestados aos seus beneficiários. Por fim, discutem-se os principais resultados e as implicações do crescimento e das características do subsídio ao setor de saúde privado.

2 Previsto no Artigo 230 da Lei nº 8.112/1990.

3.2

Dados e métodos

O subsídio ao setor privado de saúde envolve diversos meios de transferência de recursos e, por essa razão, diferentes fontes de dados foram utilizadas neste capítulo. Na primeira seção, sobre gasto tributário em saúde, foram analisados os dados relativos a itens de saúde contemplados por renúncia fiscal entre 2015 e 2024, provenientes dos Demonstrativos dos Gastos Tributários das Bases Efetivas (DGT) de 2016 a 2021, disponibilizados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB). Segundo a RFB, o método utilizado para estimar o gasto tributário no país é o da perda de arrecadação *ex post* – mensuração da perda de arrecadação decorrente da imposição de uma regra desonerativa –, método de cálculo mais utilizado entre os países da OCDE (Brasil, 2023). A principal limitação desse método é que ele não leva em consideração as alterações de comportamento dos contribuintes face à desoneração fiscal.

Na subseção sobre gasto federal direto e indireto em saúde, foram utilizadas as dotações orçamentárias atualizadas dispostas nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA), disponibilizadas no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), acessados por meio do Sistema de Informação de Planejamento e Orçamento (SIOP). Já na subseção sobre a distribuição espacial do gasto tributário em saúde, a análise ficou restrita às Grandes Regiões do país e ao ano de 2021, pois é o menor nível de desagregação disponibilizado e o último ano com dados consolidados, respectivamente. Para o cálculo do gasto tributário *per capita* por região foram utilizadas estimativas retroprojetadas do tamanho populacional para 2021 obtidas por meio dos Censos Demográficos de 2010 e 2022.

Na subseção sobre deduções com despesas médicas no Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), os dados foram obtidos das bases da Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF) e das bases de Distribuição de Renda por Centis classificadas segundo a Renda Tributável Bruta, disponibilizadas pelo Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad) da Receita Federal.

Na segunda e última seção, para a análise do fenômeno conhecido como judicialização da saúde, foram utilizadas informações da Base Nacional

de Dados do Poder Judiciário (DataJud), que reúne dados dos Tribunais de Justiça estaduais e do Distrito Federal, Regionais Federais, Eleitorais, Militares e Superiores. E, por fim, a análise da dívida ativa, oriunda do não ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, foi realizada a partir dos dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS).

Foram utilizadas ainda estatísticas da Conta Satélite de Saúde do IBGE. Em todos os resultados, os valores foram reportados em valores correntes de dezembro de 2023, utilizando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A principal limitação deste estudo reside na variedade de fontes de dados a que se foi necessário recorrer devido à fragmentação das formas de financiamento público e, consequentemente, nos diferentes períodos de análise dos dados, selecionados de acordo com sua disponibilidade e precisão³.

Além disso, o estudo também ficou restrito ao subsídio à saúde privada no nível federal, devido à inviabilidade de abranger estados e municípios sem um sistema integrado de informações fiscais, no caso do gasto tributário, e de informações mais detalhadas, no caso da judicialização. No entanto, enquanto ente federativo, é a União quem apresenta a maior capacidade de arrecadação e, portanto, o maior volume de renúncias. De modo semelhante, embora o DataJud reúna informações de tribunais estaduais, regionais e federais, não existe um sistema integrado que consolida e disponibiliza os valores movimentados pelas ações judiciais, e as estimativas dependem sobremaneira de relatórios pontuais. Adicionalmente, os órgãos governamentais não apresentam relatórios periódicos com o detalhamento do gasto total do Ministério da Saúde com a judicialização da saúde, e os estudos sobre o tema geralmente utilizam recortes específicos – temáticos ou geográficos –, frequentemente relacionados aos valores despendidos para aquisição de medicamentos.

3 Por exemplo, para as análises mais detalhadas do gasto tributário, optou-se por utilizar os dados de 2020, já consolidados, em vez das projeções; e, para a judicialização da saúde, optou-se por interromper o período de análise em 2022, uma vez que os resultados para 2023, embora disponíveis, são muito recentes, destoam do comportamento dos anos anteriores e tem mais chances de sofrerem atualizações.

3.3

Gasto tributário federal em saúde

O Estado pode renunciar a uma potencial arrecadação por meio de seu sistema de tributação em benefício da maior disponibilidade econômica dos contribuintes, caracterizando uma transferência indireta de recursos. Quando essa renúncia é feita por meio de desvios ou exceções às regras gerais que regulam o sistema tributário e é utilizada com a finalidade de atender objetivos econômicos e sociais de interesse público – como o incentivo a setores econômicos considerados estratégicos, a compensação de gastos dos contribuintes com serviços relevantes oferecidos de maneira incompleta pelo Estado ou a compensação a entidades civis por oferecerem serviços complementares considerados típicos de Estado – essa renúncia é denominada gasto tributário (Pellegrini, 2018).

As renúncias fiscais que decorrem em gasto tributário em saúde podem ser efetivadas por meio dos impostos e contribuições sociais⁴ cobrados de pessoas físicas e jurídicas. O gasto é operacionalizado na forma de isenção ou imunidade, redução de alíquota, dedução e abatimento, ou ainda presunção creditícia, a depender da norma legal que regula a desoneração fiscal.

No Brasil, enquanto pessoas físicas têm a possibilidade de deduzir da base de cálculo do imposto de renda seus gastos com médicos, exames, hospitais e planos de saúde, dentre outros; pessoas jurídicas podem deduzir do lucro tributável, sobre o qual incide o imposto, os gastos com saúde realizados em prol de seus empregados, declarando-os como despesa operacional. Pessoas físicas e jurídicas podem ainda deduzir do imposto doações a programas de atenção à saúde. Entidades filantrópicas e sem fins lucrativos de assistência à saúde, das quais fazem parte as Santas Casas de Misericórdia, por exemplo, ficam isentas do pagamento de impostos e contribuições quando ofertam pelo menos 60% de seus atendimentos ao SUS. Cadeias de produção e comercialização de medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos também são beneficiados.

4 As contribuições sociais, diferentemente dos impostos, têm como finalidade custear uma atuação específica do Estado, normalmente de interesse das categorias profissionais ou econômicas, de modo que as receitas recolhidas têm destino certo.

3.3.1 Evolução e caracterização do gasto tributário em saúde

O termo “gasto tributário” foi introduzido na literatura e na comunidade internacional como uma forma de comparação com o gasto público (Pellegrini, 2018). No Brasil, a despesa pública indireta em saúde representa 8,3% do gasto total com saúde, quase o dobro da participação média observada nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de 4,6% (Paes, 2014). Enquanto as transferências diretas permaneceram estagnadas na última década (IEPS, 2023), observa-se um aumento nas transferências indiretas em saúde (Ocké-Reis e Dos Santos, 2011; Ocké-Reis e Gama, 2016).

Esse crescimento é acompanhado de um conflito distributivo na alocação dos recursos da despesa pública indireta, uma vez que a maior parte desses gastos beneficia indivíduos de faixas de renda média e alta, excluindo os estratos mais baixos da população brasileira (Ocké-Reis e Dos Santos, 2011; Mendes e Weiller, 2015; Silveira e Passos, 2018). Esse cenário vai de encontro ao princípio de progressividade do imposto de renda, previsto na Constituição.

Gasto tributário em saúde por tributo

As desonerações fiscais que resultam em gasto tributário em saúde incidem sobre seis categorias distintas de tributos, que incluem dois impostos: i. Imposto de Renda Sobre Pessoa Física (IRPF) e ii. Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ); e quatro contribuições sociais: i. Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); ii. Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL); iii. Contribuição Social para Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP); e iv. Contribuição para a Previdência Social⁵ (aqui abreviado como CPS). Informações mais detalhadas sobre os elementos relacionados à saúde que são objeto de desoneração, dedução, crédito presumido, isenção ou imunidade, assim como os dispositivos legais que os regulamentam, podem ser encontradas no Anexo I.

Nos últimos anos, tem havido um aumento constante nos dispêndios tributários relacionados à saúde no país (Nobre e Faria, 2023). Em 2015, o montante correspondente alcançou R\$52,2 bilhões em termos reais. Seis anos depois, em 2021, elevou-se para R\$72,0 bilhões, representando um incremento de 37,9%. As projeções para 2024 indicam um valor estimado de R\$77,9 bilhões, um aumento significativo de 49,1% ao longo de uma década⁶.

No que tange à distribuição relativa desses gastos, o setor da saúde ocupa a terceira posição entre as áreas com maiores dispêndios tributários em 2021 – tendo ocupado a segunda posição até 2020. Corresponde a 14,1% do total das despesas indiretas da União, ficando atrás dos segmentos de

5 Contribuição ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), também chamada de Contribuição Previdenciária Patronal.

6 A avaliação do aumento nos dispêndios tributários em saúde concentrou-se exclusivamente nos elementos cujas despesas foram estimadas pela Receita Federal do Brasil (RFB) desde o início até o final da série temporal, garantindo assim a comparabilidade dos dados. Em outras palavras, os valores relacionados aos benefícios de assistência médica, odontológica e farmacêutica oferecidos aos funcionários, que são dedutíveis da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), foram excluídos do cálculo. Isso se deve ao fato de que esses gastos passaram a ser estimados pela RFB somente a partir do ano de 2018.

Comércio e Serviço, que responde por 22,1% dos gastos tributários, e de Agricultura, com 14,9%.

Entre esses tributos, destaca-se o Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) como o principal gerador de gasto tributário em saúde (**FIGURA 1**). Em 2021, o gasto vinculado a esse imposto atingiu R\$24,9 bilhões, correspondendo a 34,6% do gasto tributário total em saúde. Isso significa que mais de um terço de todo o gasto indireto em saúde pela União contribui para custear as despesas médicas privadas de contribuintes pessoas físicas⁷.

Na sequência, as renúncias fiscais oriundas da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) alcançaram R\$18,1 bilhões em gasto tributário em saúde, representando 25,1%. Os principais beneficiários são empresas envolvidas na venda no mercado interno ou importação de produtos químicos e itens destinados aos serviços de saúde⁸, bem como na importação de produtos farmacêuticos⁹ e na produção ou importação de medicamentos¹⁰. Em 2021, subsídios no valor total de R\$8,5 bilhões foram destinados a produtos químicos e farmacêuticos, enquanto R\$7,0 bilhões foram alocados para medicamentos, correspondendo a 46,9% e 38,6% do gasto em saúde renunciado via COFINS, respectivamente.

As transferências indiretas associadas ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) contribuem, em média, com 17,3% do gasto tributário total em saúde, totalizando R\$12,4 bilhões em 2021. A renúncia fiscal via IRPJ é predominantemente composta por deduções relacionadas a despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica para empregados, que respondem por 73,7% do gasto via IRPJ. Adicionalmente, a imunidade concedida às entidades sem fins lucrativos de assistência à saúde compõe 24% desse valor¹¹. Em 2021, essas deduções representaram R\$9,2 bilhões do gasto tributário em saúde, enquanto a imunidade contribuiu com R\$3,0 bilhões. Juntas, essas categorias representam 97,7% do gasto indireto em saúde via IRPJ¹².

7 Deduções relativas ao Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD) representam uma parcela mínima, equivalente a 0,02%, do gasto tributário em saúde por meio do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF).

8 A comercialização no mercado interno e a importação de produtos químicos e intermediários de síntese, categorizados em posições específicas da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI), estão incluídas nas atividades abordadas. Isso engloba também a importação de produtos destinados ao uso em serviços de saúde, bem como para campanhas de saúde realizadas pelo poder público e laboratórios, todos classificados em posições específicas na TIPI. Para mais informações, consultar o Anexo I.

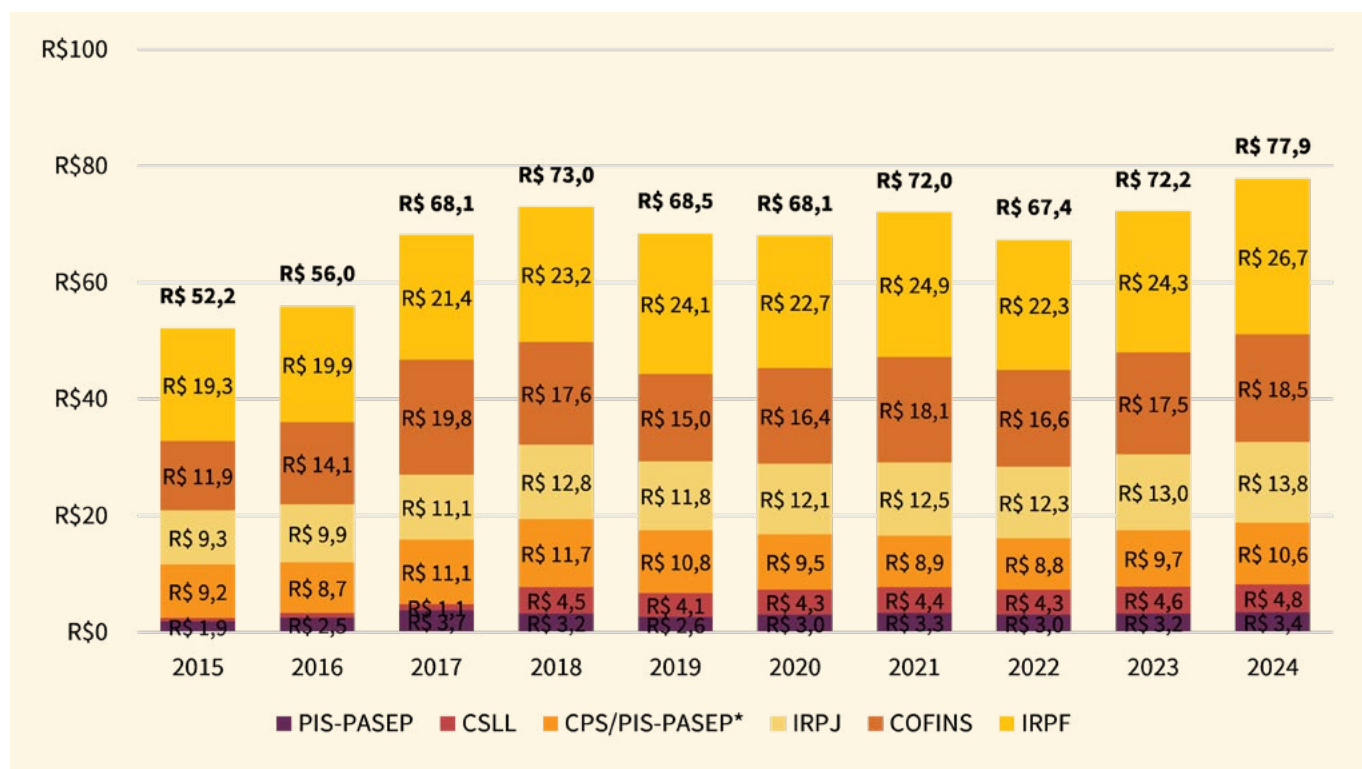
9 Produtos farmacêuticos classificados em posições selecionadas da Nomenclatura Comum do Mercosul (NCM).

10 Industrialização ou importação de medicamentos classificados em posições selecionadas da TIPI. Mais detalhes no Anexo I.

11 Organizações sem fins lucrativos dedicadas à assistência social, detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS), conferido pelo Ministério da Saúde a entidades jurídicas privadas sem finalidade lucrativa, gozam de imunidade em relação ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) e às contribuições sociais, incluindo a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

12 Os demais gastos tributários em saúde, equivalentes a 2,3% do montante via Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), estão associados ao Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e ao Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD).

FIGURA 1 – GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE SEGUNDO O TRIBUTO (EM BILHÕES), POR ANO, BRASIL, 2015-2024



Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT), 2016 a 2021. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez.2023. Nota: Os tributos PIS/PASEP e a Contribuição para a Previdência Social foram consolidados devido às isenções concedidas a entidades filantrópicas, as quais englobam diversas funções orçamentárias, tais como saúde e educação, entre outras. A Receita Federal do Brasil (RFB) disponibiliza apenas o montante agregado referente à função saúde, justificando assim a consolidação desses tributos.

Em seguida, estão as desonerações associadas à Contribuição para a Previdência Social e PIS/PASEP¹³ relacionadas ao gasto tributário com entidades filantrópicas. Tais entidades, por sua natureza jurídica, são isentas de impostos de acordo com a Constituição Federal. No entanto, apenas as renúncias fiscais relacionadas às contribuições sociais entram no cálculo do gasto tributário. As renúncias dessas entidades totalizaram R\$8,9 bilhões em 2021, equivalente a 12,3% do gasto tributário total em saúde.

Por último, as renúncias provenientes da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e da Contribuição para o PIS/PASEP representam as parcelas de menor contribuição proporcional dentro do panorama do gasto tributário em saúde, totalizando, em média, 10% das despesas - sendo 6,1% e 4,6%, respectivamente. A relevância do montante gasto via CSLL tornou-se mais pronunciada a partir de 2018, momento em que a Receita Federal começou a calcular as renúncias relacionadas às despesas médicas, odontológicas e farmacêuticas para os funcionários¹⁴. Em 2021, estima-se que o gasto tributário via CSLL para esses fins tenha alcançado R\$3,3 bilhões, enquanto outros R\$1,1 bilhão teriam sido direcionados a renúncias envolvendo entidades sem fins lucrativos dedicadas à assistência à saúde.

13 Os tributos PIS/PASEP e Contribuição para a Previdência Social são agrupados porque as isenções concedidas a entidades filantrópicas abrangem diversas funções orçamentárias, incluindo saúde, educação, entre outras. A Receita Federal fornece apenas o valor agregado destinado à função saúde, tornando necessário o agrupamento desses tributos para análise conjunto do impacto nas áreas específicas.

14 Conforme as informações fornecidas pela Receita Federal do Brasil (RFB), até o ano de 2018, não se dispunha de dados suficientes para gerar uma estimativa de qualidade satisfatória das renúncias relacionadas à Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados por meio da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Até esse ponto, essas renúncias eram calculadas exclusivamente por meio do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ).

Gasto tributário por item de saúde

Os elementos relacionados à saúde que integram o gasto tributário podem ser categorizados como subsídios fiscais direcionados à demanda ou subsídios vinculados à oferta de produtos e serviços de saúde. No total, existem dez componentes de saúde que recebem algum tipo de subsídio fiscal e constituem a despesa indireta em saúde da União. No âmbito da demanda, destacam-se os subsídios à assistência privada à saúde, ou seja, ao consumo privado de saúde, por meio das deduções do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) relacionadas às i) despesas médicas e, do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), às ii) despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados. Em relação à oferta, os subsídios abrangem iii) entidades filantrópicas; iv) entidades sem fins lucrativos de assistência à saúde; v) produtos químicos e farmacêuticos; vi) medicamentos; vii) Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon); viii) Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD); ix) equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial; e x) água mineral. Os seis primeiros itens representam praticamente a totalidade do gasto tributário em saúde, enquanto o restante, correspondente a 1%, está relacionado ao Pronon, Pronas/PCD e a equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial.

Os subsídios à demanda por assistência privada à saúde foram responsáveis por 51,9% de todo o gasto tributário em saúde em 2021. Esse montante se divide em 34,6% provenientes das deduções relacionadas às despesas médicas (IRPF) e 17,3% das despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados (IRPJ) (**FIGURA 2**). As deduções de despesas médicas no IRPF abrangem gastos com planos de saúde, médico-hospitalares e outros relacionados à saúde¹⁵, não estando sujeitas a um teto de restrição como é o caso das deduções com gastos educacionais¹⁶.

Em termos absolutos, as deduções vinculadas ao consumo privado de saúde por pessoas físicas representaram o segundo maior aumento no gasto tributário em saúde no período, totalizando um acréscimo de R\$7,4 bilhões projetado para 2024, em comparação com 2015. Esse valor ficou atrás apenas do aumento nos subsídios a produtos químicos e farmacêuticos, que cresceram R\$7,7 bilhões. Estima-se que nos últimos dez anos, a União destine cerca de R\$228 bilhões em transferências indiretas para custear despesas médicas particulares. É relevante notar que apenas cerca de 20% da população adulta – pouco mais de 31 milhões de pessoas –, os 20% mais ricos, declaram Imposto de Renda e, consequentemente, usufruem dos benefícios fiscais proporcionados pelo IRPF. Destes, os contribuintes com renda mensal superior a 10 salários mínimos concentram

15 “A base de cálculo do imposto devido no ano-calendário será a diferença entre as somas: I - de todos os rendimentos percebidos durante o ano-calendário, exceto os isentos, os não-tributáveis, os tributáveis exclusivamente na fonte e os sujeitos à tributação definitiva; II - das deduções relativas: aos pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias.” Mais informações em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9250.htm.

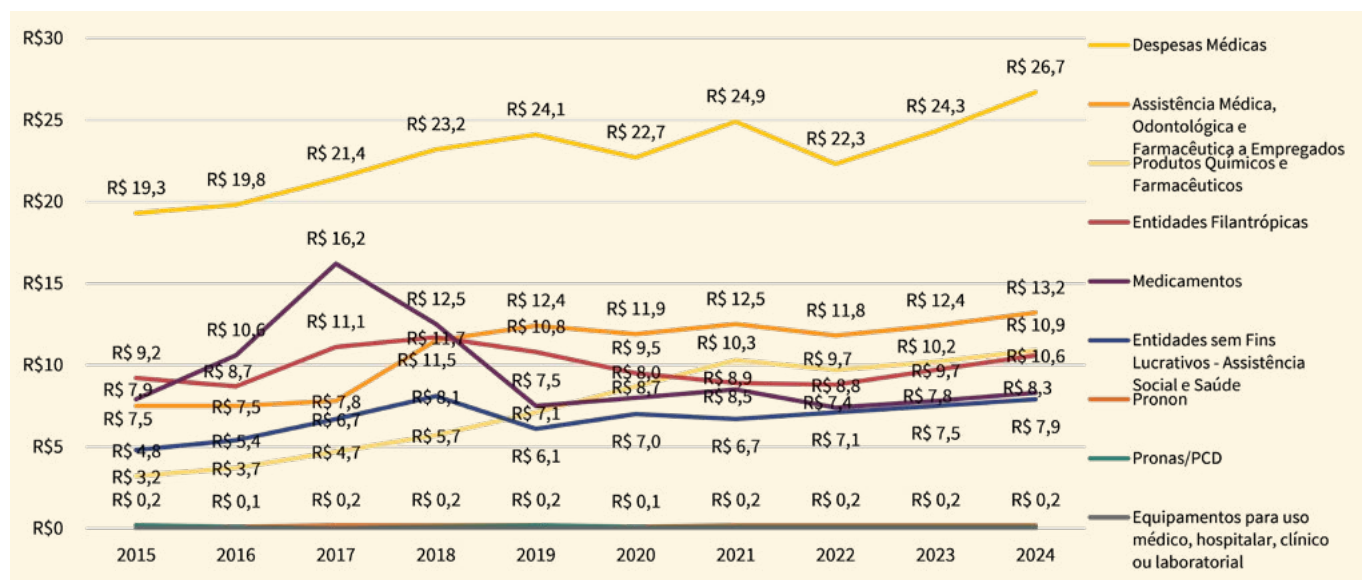
16 O limite anual de dedução com gastos educacionais foi de R\$3.561,50 por pessoa em 2023.

60% do valor das deduções de despesas relacionadas ao consumo privado de saúde (Silveira e Passos, 2018).

Desde 2018, o subsídio concedido pela União a empresas para assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados representa o segundo maior gasto tributário na área, totalizando R\$12,5 bilhões em 2021, com projeção de R\$13,2 bilhões para 2024. Além disso, é o segundo item que apresenta o maior aumento em termos relativos, com um crescimento de 75% ao longo de dez anos. Em termos acumulados, esse subsídio totalizou mais de R\$108 bilhões em gasto tributário em saúde, correspondendo a 17,3% do total em 2021.

Os subsídios a entidades filantrópicas mantiveram-se próximos a R\$10 bilhões anualmente, representando 12,3% do gasto tributário em saúde em 2021, apresentando ligeira redução desde 2018, mas com projeção de crescimento para 2023 e 2024. Já os subsídios a entidades sem fins lucrativos de assistência à saúde aumentaram 39% entre 2015 e 2021. Em conjunto, essas entidades responderam por 21,6% do gasto tributário em saúde. A isenção das contribuições sociais para entidades filantrópicas e beneficentes é obtida por meio do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (Cebas). Um dos principais critérios para a obtenção do Cebas é a prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) em pelo menos 60% dos atendimentos e procedimentos.

FIGURA 2 – GASTO TRIBUTÁRIO SEGUNDO O ITEM DE SAÚDE (EM BILHÕES) POR ANO, BRASIL, 2015-2024



Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT), 2016 a 2021. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez.2023.

Em 2023, hospitais filantrópicos e beneficentes representavam cerca de 25% dos hospitais no país, estando presentes em 23% dos 5.570 municípios brasileiros e, em 15% deles, são os únicos serviços de assistência (hospitalar e ambulatorial) à saúde existentes, o que evidencia sua importância para o SUS¹⁷. Eles chegam a responder por cerca de 68% dos transplantes de órgãos, tecidos e células realizados pelo SUS e por 35% dos procedimentos cirúrgicos (Malik e Costa, 2024). No entanto, essa denominação abrange diferentes

tipos de instituições, desde Santas Casas de Misericórdia até instituições que, aparentemente lucrativas, adquirem a natureza jurídica de filantrópicas por meio de alguns artifícios (Veloso e Malik, 2010). Por exemplo, a participação no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) constitui um meio alternativo para a obtenção do Cebas por hospitais, garantindo-lhes a mesma imunidade a contribuições sociais desfrutada por entidades sem fins lucrativos de assistência à saúde¹⁸.

O setor de produtos químicos e farmacêuticos foi o que mais ganhou destaque no gasto tributário em saúde. Apresentou o maior crescimento absoluto e relativo ao longo do período, sendo responsável por 14,3% do gasto em saúde em 2021, superando os subsídios a medicamentos e entidades sem fins lucrativos. Projetam-se subsídios a produtos químicos e farmacêuticos de R\$10,9 bilhões em 2024, mais de dez vezes o valor subsidiado em 2014. Do aumento observado no gasto tributário em saúde entre 2015 e 2024, 30% são atribuíveis a esse setor. Os subsídios a medicamentos representam 11,8% das despesas indiretas.

Gasto federal direto e indireto em saúde

A Lei Orçamentária Anual (LOA) estabeleceu um montante de R\$182,6 bilhões para o Ministério da Saúde em 2023¹⁹. Em contraste, a Receita Federal estima um gasto tributário em saúde de R\$72,2 bilhões para o mesmo ano. Isso significa que, a cada dez reais destinados ao Ministério da Saúde, a União realiza um gasto tributário de quatro reais. Dessa quantia, 52% referem-se a subsídios para a assistência à saúde privada, considerando exclusivamente as deduções do imposto devido relacionadas a despesas com planos de saúde e assistência médica por pessoas físicas e jurídicas.

Estudos anteriores do IEPS já indicavam a tendência de subfinanciamento da saúde pública em contraposição ao crescimento acelerado dos subsídios para a saúde privada (IEPS, 2022). Enquanto o gasto tributário em saúde aumentou em 49,1% nos últimos dez anos, o orçamento do Ministério da Saúde teve um aumento de apenas 2,5% entre 2013 e 2023, incluindo o orçamento relacionado à Covid-19 (Nobre e Faria, 2023).

Essa situação de aumento expressivo do gasto tributário em saúde em comparação com a estagnação do orçamento da pasta é preocupante, especialmente devido à natureza regressiva das renúncias fiscais, tanto em termos de distribuição de renda quanto de alocação regional desses recursos. Piola, Benevides e Vieira (2018) alertam para a persistência da desigualdade regional na aplicação de recursos para a Atenção à Saúde da Pessoa (ASPS), com diferenças significativas entre as regiões do país. Além disso, municípios com maior arrecadação própria tendem a ter uma capacidade maior de financiamento da saúde, resultando em disparidades na aplicação de recursos (Rocha e Szklo, 2021). O gasto tributário, em princípio,

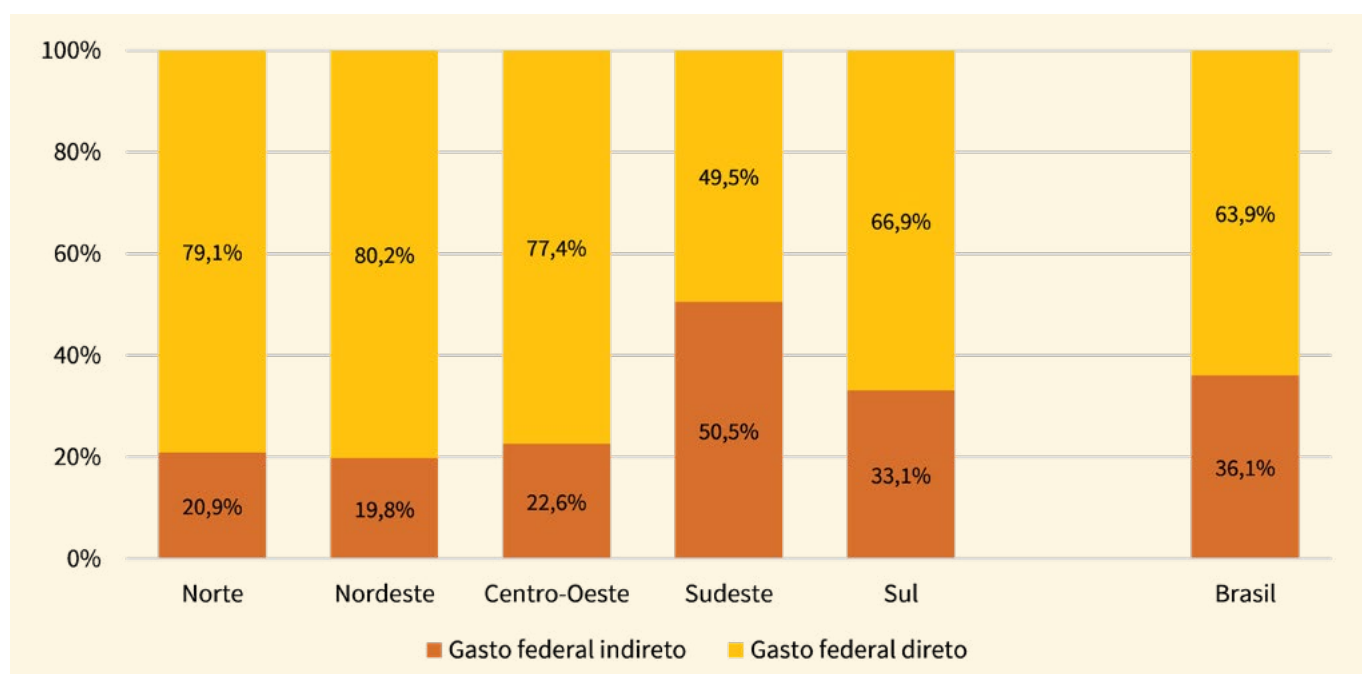
18 Os hospitais envolvidos no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) recebem a denominação de Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE). Entre essas entidades, incluem-se a Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, a Associação Beneficente Síria, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, a Sociedade Beneficente de Senhoras - Hospital Sírio Libanês, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento.

19 Considerando em conjunto os gastos em saúde relativos à Covid-19, sem eles, a previsão é de R\$178,7 bilhões.

poderia servir como um mecanismo de redistribuição, mas os dados revelam que isso não ocorre efetivamente.

Em 2021, as regiões Norte e Nordeste receberam menos de 40% da média nacional do gasto tributário per capita em saúde. O **FIGURA 3** ilustra a composição das transferências indiretas (gasto tributário) e diretas (orçamento da pasta do Ministério da Saúde) da União para estados e municípios na área da saúde, destacando que o Sudeste lidera em termos de despesas indiretas em relação ao gasto total. Enquanto no Sudeste o gasto tributário representou 50,5% do total em 2021, nas regiões Norte e Nordeste esse percentual foi de aproximadamente 20%.

FIGURA 3 – COMPOSIÇÃO DO GASTO TRIBUTÁRIO FEDERAL EM SAÚDE SEGUNDO A FORMA DE TRANSFERÊNCIA, POR GRANDE REGIÃO, BRASIL, 2021



Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT), 2021. SIAFI, 2021. Nota: Para o cálculo do percentual de gasto em saúde do Ministério da Saúde, foram considerados apenas os repasses em que pode ser identificado quais estados ou municípios foram contemplados com esses recursos.

Essa tendência não se limita à área da saúde, sendo uma característica intrínseca ao gasto tributário como um todo. Essa constatação está alinhada com os resultados apresentados no boletim de avaliação sobre a distribuição regional dos gastos tributários conduzido pela Secretaria de Avaliação e Planejamento do Ministério da Economia (Brasil, 2019b). Esse estudo apontou que estados menos desenvolvidos receberam menos de um terço da média nacional dos benefícios tributários per capita em 2015.

A redução na arrecadação por meio de subsídios fiscais também acarreta consequências, diminuindo as transferências constitucionais para os fundos de participação estaduais e municipais. Isso tem um impacto adverso na capacidade de implementação das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) em municípios com recursos mais limitados, pois o financiamento da saúde pública nesses locais depende predominantemente das transferências de recursos federais. Conforme apontado pela Confederação Nacional dos Municípios, mais de 3 mil cidades têm uma dependência significativa do fundo de participação municipal, representando 54% dos municípios do país (Brasil, 2019a).

Distribuição regional do gasto tributário em saúde

O gasto tributário mantém uma associação com a distribuição geográfica dos atores privados envolvidos, refletindo a concentração espacial da estrutura produtiva nacional (Brasil, 2019b). A região Sudeste destaca-se como a principal receptora de subsídios tributários em todas as áreas, representando 52% do total, seguida pela região Sul, com uma participação de 15%. De acordo com Paes (2019), os gastos tributários direcionados ao setor privado são quase o dobro das transferências diretas da União, que favorecem regiões menos desenvolvidas. Assim, os recursos renunciados pela União acabam predominantemente concentrados nas regiões mais desenvolvidas.

Na esfera da saúde, o padrão de distribuição geográfica do gasto tributário permanece evidente. Entre os principais subsídios tributários da União, os setores de medicamentos, produtos químicos e farmacêuticos destacam-se pela maior concentração espacial, direcionando 91% dos recursos para o Sudeste (Brasil, 2019). No ano de 2021, as despesas indiretas em saúde favoreceram de maneira expressiva as regiões Sudeste e Centro-Oeste (**FIGURA 4**), alcançando um gasto per capita de R\$541 e R\$453, respectivamente, valores 52% e 27% acima da média nacional per capita de R\$358. Em contrapartida, as regiões Norte, Nordeste e Sul apresentaram gastos per capita de R\$135, R\$142 e R\$299, respectivamente.

Uma vez que o volume da renúncia fiscal está diretamente relacionado à base tributável – isto é, ao número de agentes e volume de recursos sujeitos à tributação –, medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos não são os únicos a mostrar concentração de subsídios fiscais. Ao comparar o gasto tributário per capita regional em relação ao gasto médio per capita do Brasil para cada item de saúde (**FIGURA 5**), vemos que os custos dos subsídios ao Sudeste e Centro-Oeste predominam não apenas no montante total de subsídios, conforme observado no gráfico anterior, mas em cada categoria de saúde.

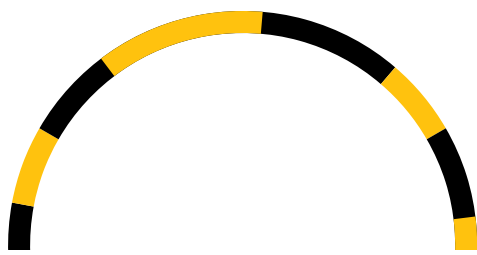
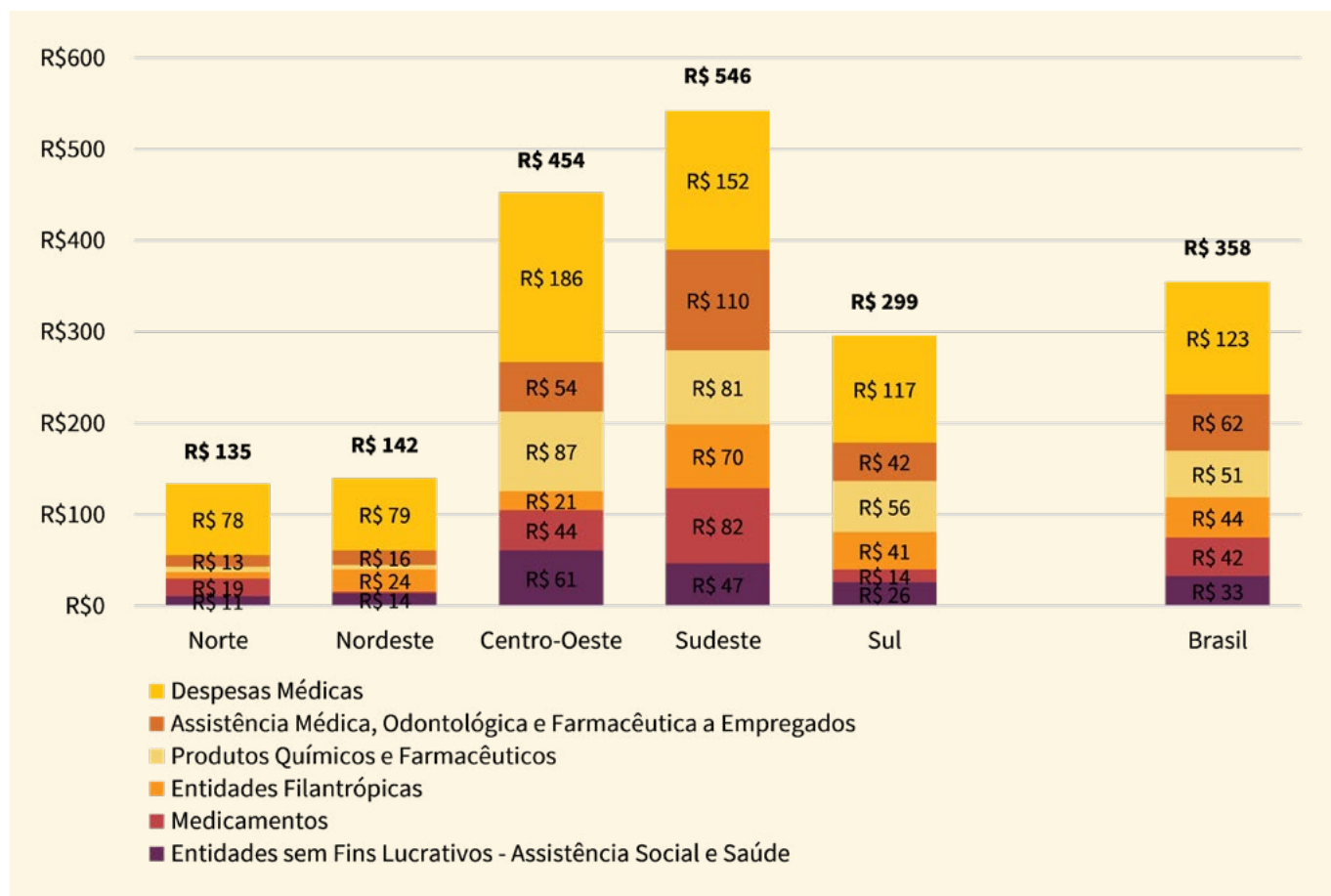


FIGURA 4 – GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE POR HABITANTE, SEGUNDO ITEM DE SAÚDE, POR GRANDE REGIÃO, BRASIL, 2021



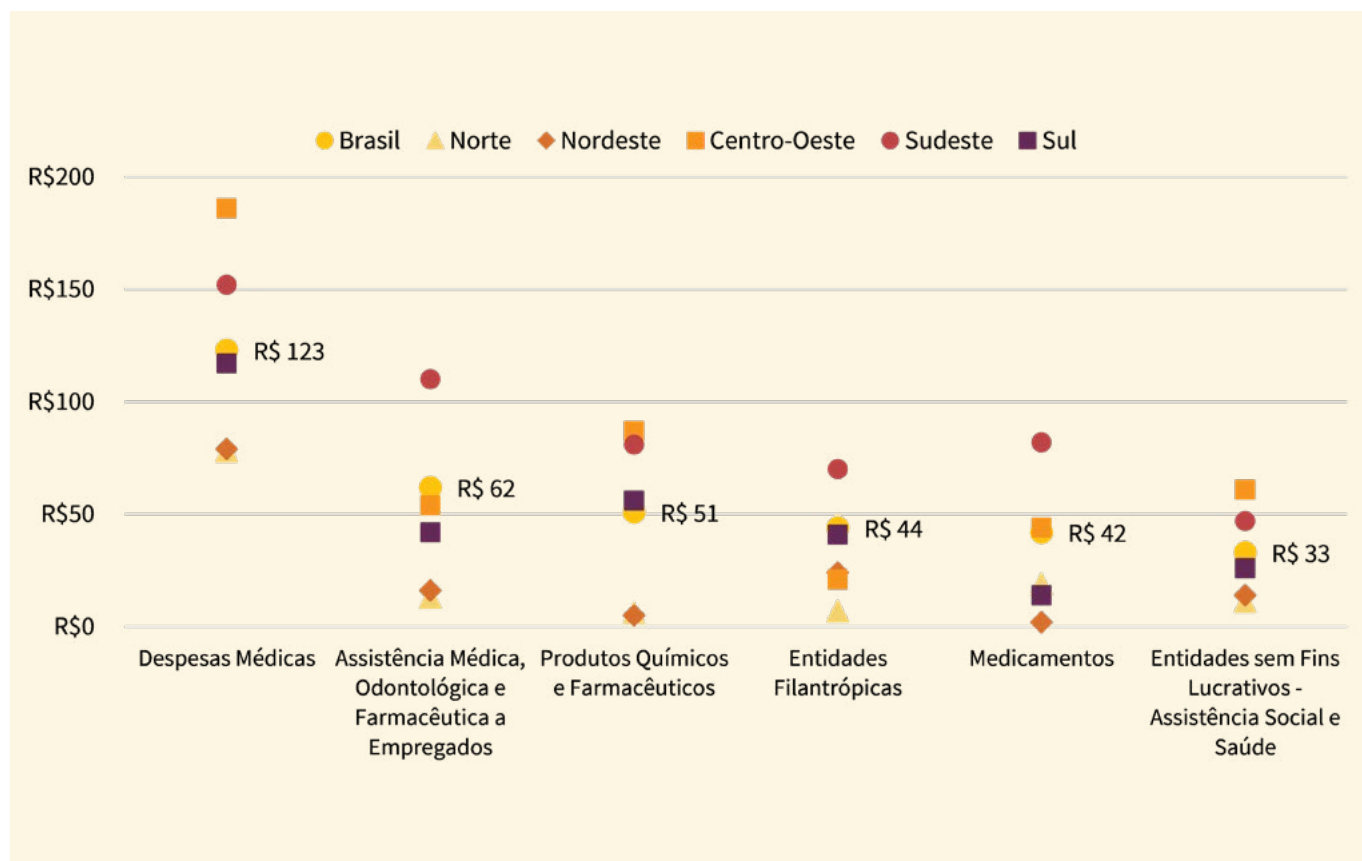
Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT), 2021. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez.2023.

Em todas as regiões do Brasil, as deduções referentes a despesas médicas se destacam como o principal componente do gasto tributário per capita em saúde. A região Centro-Oeste se destaca com o maior gasto per capita, R\$186, mais que o dobro do observado nas regiões Norte (R\$78) e Nordeste (R\$79) e 51% acima da média nacional (R\$123). Esse valor significativamente alto é impulsionado, principalmente, pelo Distrito Federal, onde o gasto médio por contribuinte é mais que o dobro em comparação com os estados da mesma região.

O segundo maior gasto per capita médio do país está relacionado aos subsídios concedidos a empresas para assistência médica, odontológica e farmacêutica aos empregados. Nesse aspecto, é o Sudeste que lidera com o custo mais elevado, atingindo R\$102 por pessoa, quase o dobro da média nacional e oito vezes superior aos subsídios destinados às regiões Norte e Nordeste.

Em síntese, a distribuição regional do gasto tributário em saúde revela a predominância dos estados do Centro-Oeste e Sudeste, que apresentam os maiores custos per capita. As regiões Norte e Nordeste, por outro lado, recebem cerca de um terço da média nacional das despesas indiretas per capita em saúde, evidenciando uma desigualdade acentuada na alocação de recursos. Essa disparidade regional é intensificada principalmente pelo gasto com despesas médicas.

FIGURA 5 – GASTO TRIBUTÁRIO POR HABITANTE, SEGUNDO ITEM DE SAÚDE E GRANDE REGIÃO, BRASIL, 2021



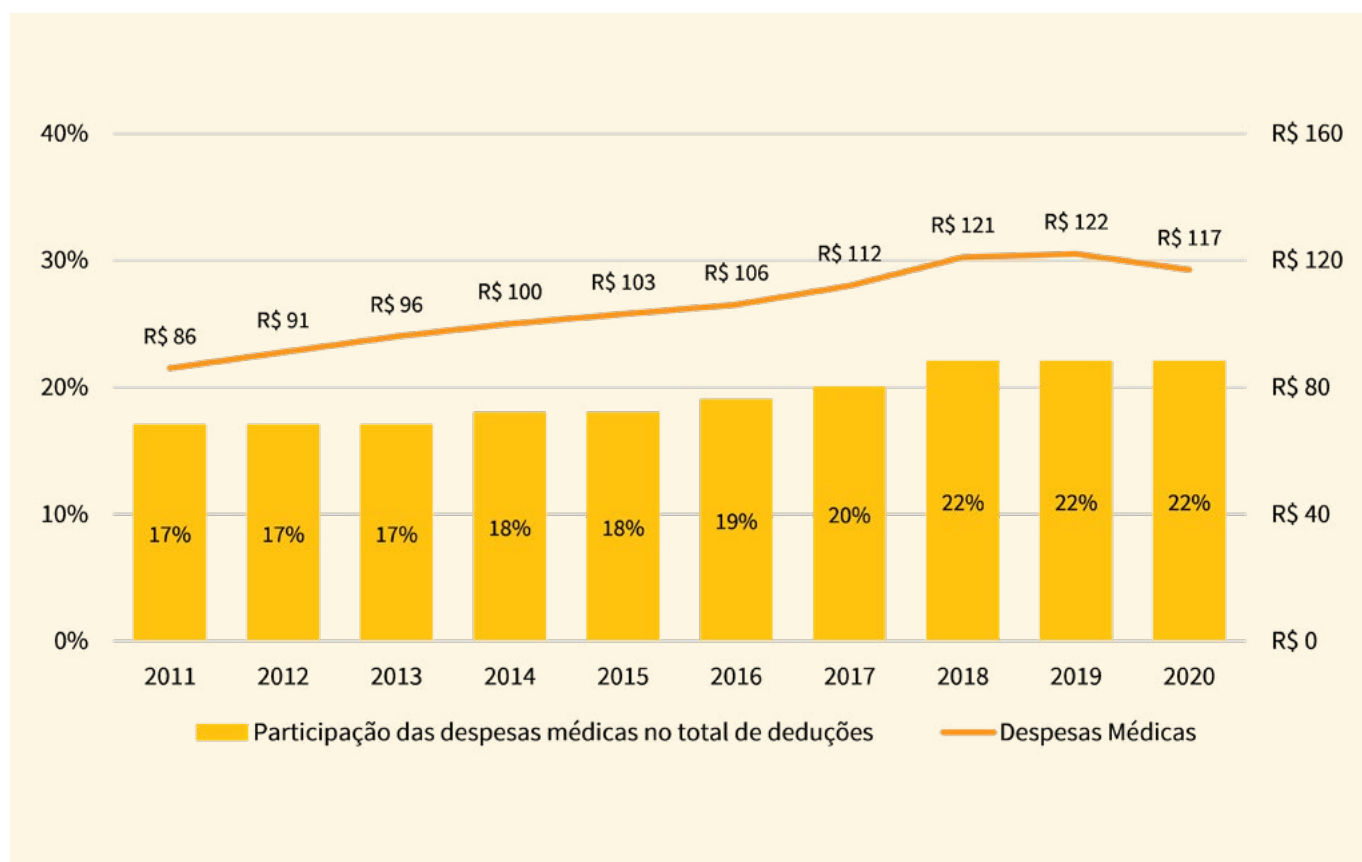
Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT), 2021. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez./2023.

3.3.2 Deduções com despesas médicas no Imposto de Renda da Pessoa Física

Por constituir o maior gasto tributário em saúde, esta seção trata especificamente das deduções com despesas médicas no IRPF. Uma distinção se faz necessária entre o gasto tributário com despesas médicas e as despesas declaradas e deduzidas da base de cálculo do IRPF, uma vez que para chegar ao gasto tributário aplicam-se as alíquotas de imposto relativas a cada faixa de renda sobre o respectivo valor declarado com despesas médicas. Portanto, os valores apresentados nesta subseção representam a evolução do perfil de despesas médicas dos contribuintes e sua evolução em relação ao total de deduções do IRPF.

As despesas médicas não apenas representam o principal gasto tributário em saúde, como sua participação relativa dentre todas as despesas dedutíveis do imposto de renda vem crescendo continuamente, saindo de 17% em 2011 até alcançar 22% de todas as deduções em 2020 (**FIGURA 6**). Ou seja, em uma década foi observado um crescimento de 5 pontos percentuais em sua participação, fazendo com que, atualmente, as despesas médicas representem mais de um quinto de todas as deduções fiscais no IRPF.

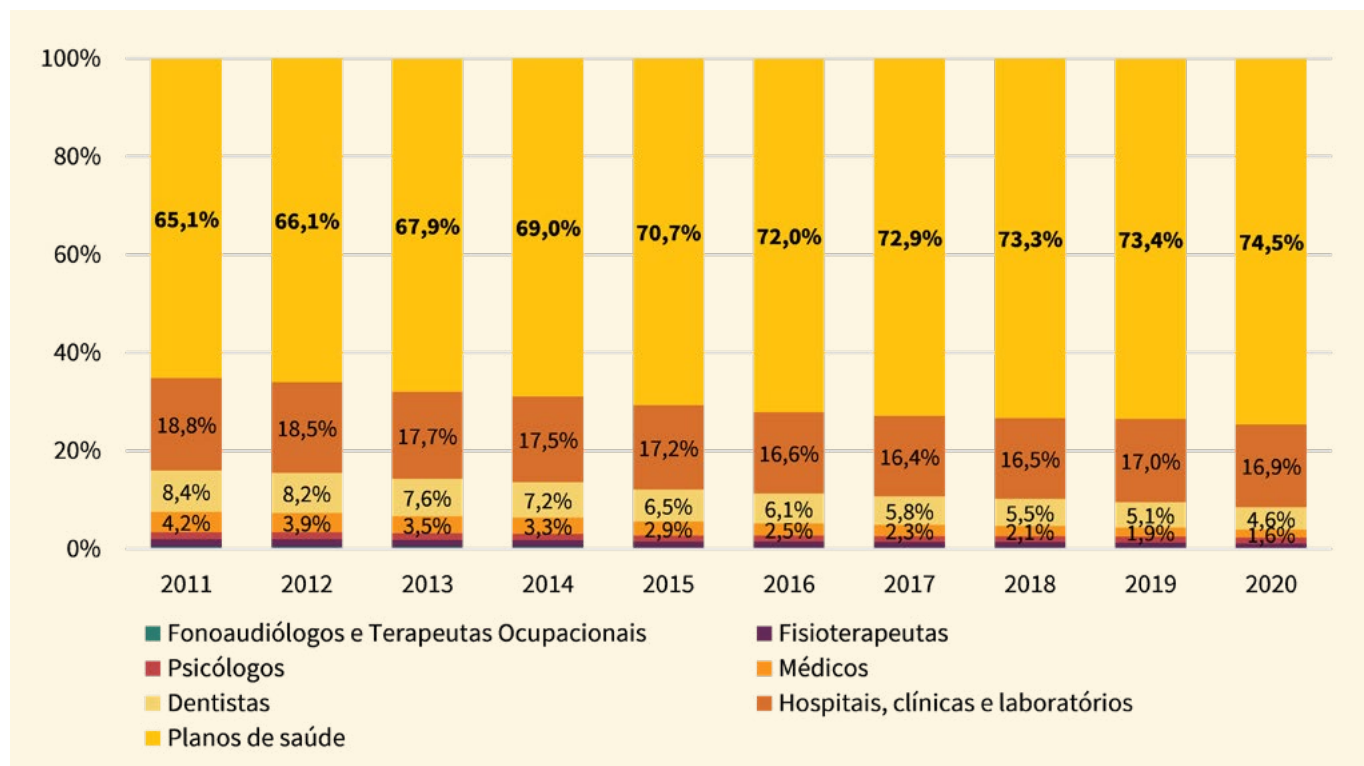
FIGURA 6 – GASTO DECLARADO COM DESPESAS MÉDICAS (EM BILHÕES) E PARTICIPAÇÃO NO TOTAL DE DEDUÇÕES DO IRPF POR ANO, BRASIL, 2011-2020



Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Grandes Números do IRPF.

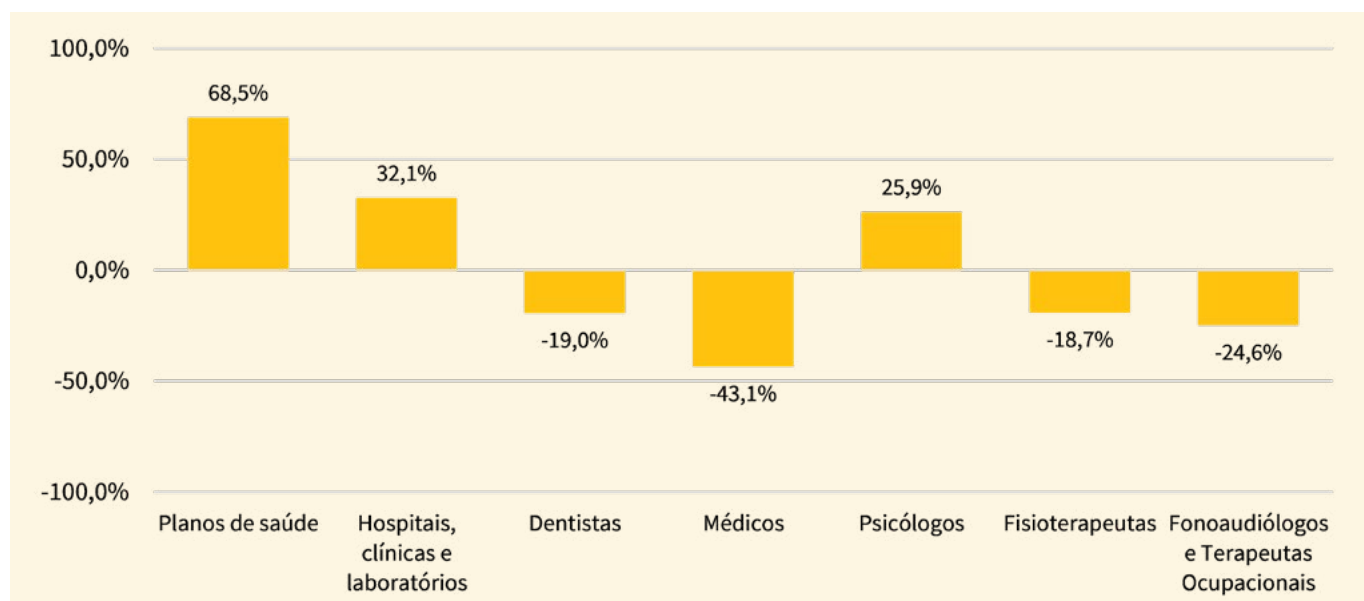
Esse aumento ocorre em paralelo ao crescimento da participação dos gastos com planos de saúde nas despesas médicas declaradas no IRPF (**FIGURA 7**). Embora essa participação sempre tenha representado pelo menos dois terços de todas as despesas médicas, ela saltou quase 10 p.p. entre 2011 e 2020, passando de 65,1% para 74,5%. Planos de saúde também foram o único tipo de despesa médica cuja participação relativa aumentou no período, o que implicou na retração de todos os demais tipos de despesas com saúde em termos relativos. Depois das despesas com planos de saúde, destacam-se os custos com hospitais, clínicas e laboratórios, cuja participação no total de despesas de saúde tem arrefecido lentamente, ficando próxima de 17% nos últimos anos.

FIGURA 7 – GASTO COM DESPESAS MÉDICAS DECLARADAS NO IRPF POR TIPO DE DESPESA MÉDICA E ANO, BRASIL, 2011-2020



Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB). Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Grandes Números do IRPF.

FIGURA 8 – VARIAÇÃO PERCENTUAL DO GASTO COM DESPESAS MÉDICAS DECLARADAS NO IRPF POR TIPO DE DESPESA MÉDICA, BRASIL, 2011-2020



Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB). Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Grandes Números do IRPF.

O aumento da importância relativa dos planos de saúde nas despesas médicas declaradas no IRPF não se dá apenas em termos relativos. No mesmo período, enquanto o gasto total declarado em saúde aumentou 36,1%, as despesas com planos de saúde aumentaram em 68,5% em uma década (**FIGURA 8**). O aumento das despesas declaradas com hospitais, clínicas e laboratórios, assim como com psicólogos, também foi significativo, de 32% e 26%, respectivamente. No sentido contrário, estão as despesas com médicos, que apresentaram redução, em termos reais, de 43%.

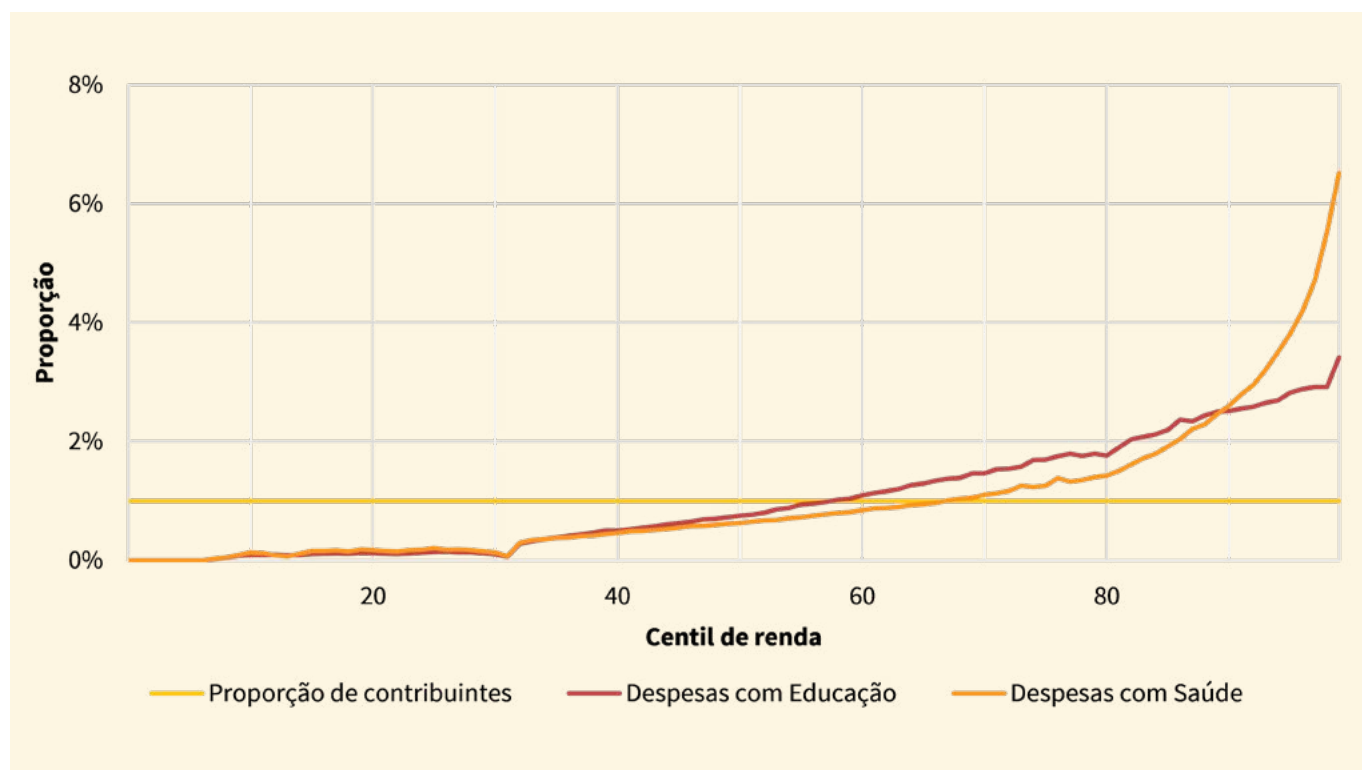
Despesas médicas por centil de renda no IRPF

Enquanto o gasto público exibe uma característica altamente progressiva – isto é, beneficia majoritariamente os estratos de menor renda na população –, o gasto privado, de maneira geral, acompanha o nível de concentração de renda – significativamente elevado no país (Silveira; Gaiger, 2021). Em estudo utilizando a Pesquisa de Orçamento Familiares sobre a elasticidade e concentração das despesas de consumo, Vaz e Hoffmann (2020) apontam que o nível de concentração do gasto privado em saúde é mais pronunciado do que o referente às despesas de consumo – ou seja, a categoria de despesas com saúde é um item que aprofunda a concentração das despesas de consumo. Em simultâneo, os benefícios fiscais na área da saúde concedidos via IRPF se concentram nos estratos mais elevados da distribuição de renda.

De acordo com relatório da Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda sobre a distribuição pessoal da renda e da riqueza considerando o total de declarações do IRPF de 2022 (Brasil, 2023), deduções estiveram concentradas principalmente em despesas médicas (35,8% do total) e previdência oficial (32,2%). O mesmo relatório aponta o alto nível de concentração das deduções relacionadas a despesas médicas nos estratos de renda mais elevada e a falta de limites para tais deduções como uma distorção que reduz a progressividade do IRPF.

Uma comparação entre a distribuição percentual das despesas declaradas com educação e saúde no IRPF em 2020, segundo centil de renda tributável bruta (**FIGURA 9**), evidencia o diferente grau de concentração de tais despesas. Os 10% mais ricos são responsáveis por 28% das despesas declaradas com educação e por 40% das declaradas com saúde. À medida em que observamos os últimos centis de renda, notamos que a proporção de despesas com saúde declaradas por esses contribuintes cresce numa progressão acelerada, atingindo o dobro da proporção relativa a despesas com instrução. Importante ressaltar o limite estabelecido pelo imposto de renda para deduções de despesas com instrução, de R\$3.561,50 por pessoa em 2023.

FIGURA 9 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS DESPESAS COM EDUCAÇÃO E COM SAÚDE DECLARADAS NO IRPF E DA QUANTIDADE DE CONTRIBUINTES POR CENTIL DE RENDA, BRASIL, 2020

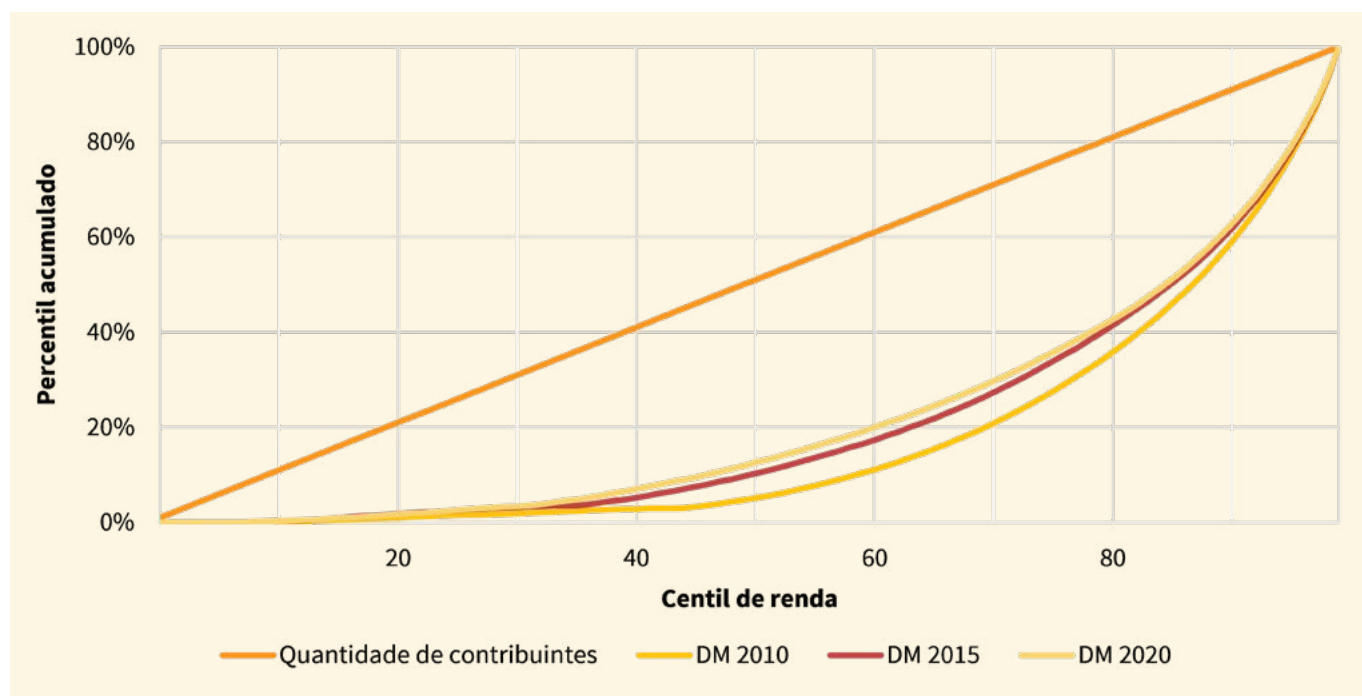


Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB). Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Grandes Números do IRPF.

Ao analisar a evolução da distribuição percentual acumulada das despesas médicas no IRPF (**FIGURA 10**), observa-se leve redução da concentração das despesas, com pequena contração da participação dos contribuintes acima do percentil 70 (P70) e aumento das despesas no P30-P60. Por exemplo, os contribuintes na metade inferior da distribuição de renda eram responsáveis por menos de 5% das despesas médicas declaradas em 2010; essa participação subiu para 10% em 2015 e 12% em 2020. No entanto, a diferença observada nos centis superiores é modesta: a concentração de despesas médicas declaradas pelos 10% mais ricos saiu de 47% para 42% entre 2010 e 2020 e, entre os 5% mais ricos, a redução foi apenas de 27% para 25%.

Segundo Sayd (2003), dois fatores, diretamente relacionados ao rendimento tributável, explicam o comportamento das despesas médicas e a regressividade do gasto tributário associado: a capacidade de gasto em saúde e a alíquota aplicada ao rendimento tributável líquido para determinar o valor do imposto devido, pois quanto mais elevado o rendimento, maior é a porcentagem de desconto na tributação destinada a cobrir despesas com saúde. Uma simulação realizada pela Secretaria de Avaliação de Políticas Públicas do Ministério da Fazenda (2019) sugere que, se as deduções relacionadas a despesas médicas no IRPF fossem eliminadas, ganhos de equidade poderiam ser alcançados, tanto em termos individuais quanto espaciais, principalmente em regiões com menor capacidade de financiamento dos serviços de saúde pública (Brasil, 2020).

FIGURA 10 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL ACUMULADA DAS DESPESAS MÉDICAS (DM) DECLARADAS NO IRPF E DA QUANTIDADE DE CONTRIBUINTES POR CENTIL DE RENDA, BRASIL, ANOS SELECIONADOS, 2010-2020



Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB). Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF). Distribuição de Renda por Centis classificadas segundo a Renda Tributável Bruta.

As deduções vinculadas a planos de saúde representaram 72,2% do total de gastos em saúde deduzidos do IRPF, o que destaca a relevância dessas deduções como meio de financiamento para os serviços de saúde suplementar no Brasil. Apesar dos usuários de planos ou seguros privados de saúde também constituírem um público alvo potencial para o SUS, tal dinâmica sugere certo grau de desigualdade na utilização das deduções (Brasil, 2020).

Importante ressaltar que, segundo estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc) de 2022, menos de 20% da população brasileira apresentam rendimento domiciliar per capita superior a R\$1.989. Isto implica afirmar que os benefícios tributários concedidos via IRPF são apropriados somente pela parcela correspondente aos 20% mais ricos da população.

3.4

Outras formas de financiamento público da saúde privada

3.4.1. Dívida relativa ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde

Diferentemente do gasto tributário em saúde, as transferências de recursos federais para a saúde privada relativas aos valores devidos de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à judicialização da saúde no âmbito federal são menores e têm um crescimento não tão sistemático. No entanto, ambos os mecanismos de financiamento já ultrapassam, individualmente, o patamar de um bilhão de reais, com tendência de crescimento. O processo de judicialização da saúde tem se intensificado cada vez mais, movimentando quantidades maiores de recursos do que a inscrição na dívida ativa resultante dos valores devidos de ressarcimento, porém, por se tratar de um fenômeno mais fragmentado, cuja análise depende de relatórios e estudos pontuais e não permite análise de série histórica dos valores despendidos, optou-se por discuti-lo na última seção.

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde por operadoras de planos de saúde está previsto na Lei nº 9.656 de 1998, que estabelece a cobrança todas as vezes em que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) identifica que um paciente foi atendido na rede pública para um serviço que poderia obter na rede suplementar da qual é beneficiário por meio de contrato com seu plano de saúde. Os recursos arrecadados vão para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Ministério da Saúde, que destina verbas aos governos federal, estadual e municipal para a cobertura e investimentos em ASPS.

Nem todos os montantes inicialmente identificados são passíveis de cobrança, sendo necessário percorrer as instâncias administrativas de contestação. Após receber a notificação de cobrança, as operadoras podem apresentar contestações administrativas sobre os atendimentos, que serão avaliadas pela agência. Quando as cobranças se referem a casos nos quais o beneficiário estava em período de carência ou tinha uma doença preexistente, por exemplo, as operadoras não estão obrigadas a reembolsar o SUS.

No capítulo 1 deste volume, foram analisadas as cobranças e a conduta financeira de determinadas operadoras. Nele, os autores apontam que características de um modelo aparentemente mais lucrativo, da perspectiva das operadoras, podem estar correlacionadas a um alto grau de utilização

do SUS por parte de seus beneficiários. Nesta seção, é analisada a evolução das cobranças e pagamentos por modalidade de operadora.

Segundo dados da ANS, entre 2013 e 2022, a taxa de impugnação²⁰ dos atendimentos a beneficiários de planos de saúde prestados e identificados pelo SUS foi de 55,5%. Ou seja, das 5,9 milhões de cobranças relativas à autorização de internação hospitalar (AIH) ou autorização de procedimento ambulatorial (APAC) identificadas pela ANS, 55,5% das cobranças foram impugnadas em primeira instância e 45% seguiram o processo para ressarcimento. Embora o sequenciamento de recursos e contestações sejam mecanismos necessários para assegurar a devida cobrança, eles também podem constituir instrumento para retardar, reduzir ou cancelar as obrigações de pagamento. Dentre as 3,3 milhões de cobranças impugnadas, no entanto, a maior parte (46%) foi indeferida com manutenção do valor ao alcançar outras instâncias, seguindo para ressarcimento ao SUS; já a anulação do valor foi deferida em 30% dos casos; outros 20% foram deferidos ou indeferidos com redução do valor de cobrança. No mesmo período, a taxa de recursividade – percentual de atendimentos impugnados recorridos em segunda instância – foi de 40%.

De acordo com levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, as internações identificadas para ressarcimento correspondem a cerca de 2% a 3% de todas as internações (AIH) realizadas no SUS e a aproximadamente 3% a 4% do total de internações na saúde suplementar. Com exceção de 2021, segundo ano da pandemia de Covid-19, quando os procedimentos relativos a tratamento de infecção pelo coronavírus foram responsáveis pelo maior montante cobrado no ano (R\$193 milhões em valores reais), ao longo da série de dez anos, os procedimentos que implicam em maiores valores de cobrança são relativos a sessões de hemodiálise, transplante de rim (órgão de doador falecido), tratamento com cirurgias múltiplas e tratamento de outras doenças bacterianas (ANS, 2022).

O volume de atendimentos prestados pelo SUS a beneficiários e, consequentemente, o montante cobrado, varia bastante conforme a classificação das operadoras de planos privados de assistência à saúde (FIGURA 11). As operadoras na modalidade de medicina de grupo, cuja participação no total de atendimentos identificados pela ANS foi de 53% em 2022, responderam por 55% do valor cobrado, e as cooperativas médicas por outros 28%. Juntas, elas foram responsáveis por 85% dos atendimentos realizados no SUS nesse ano e identificados para ressarcimento. Dentre essas duas principais modalidades de operadoras, destaca-se a diferença na proporção do valor pago em relação ao valor cobrado: em 2017, enquanto as cooperativas médicas haviam pago ao SUS 63% dos valores cobrados, a categoria medicina de grupo havia pago apenas 30%; em 2022, essa diferença se intensificou, com proporção de 72% e 23%, respectivamente.

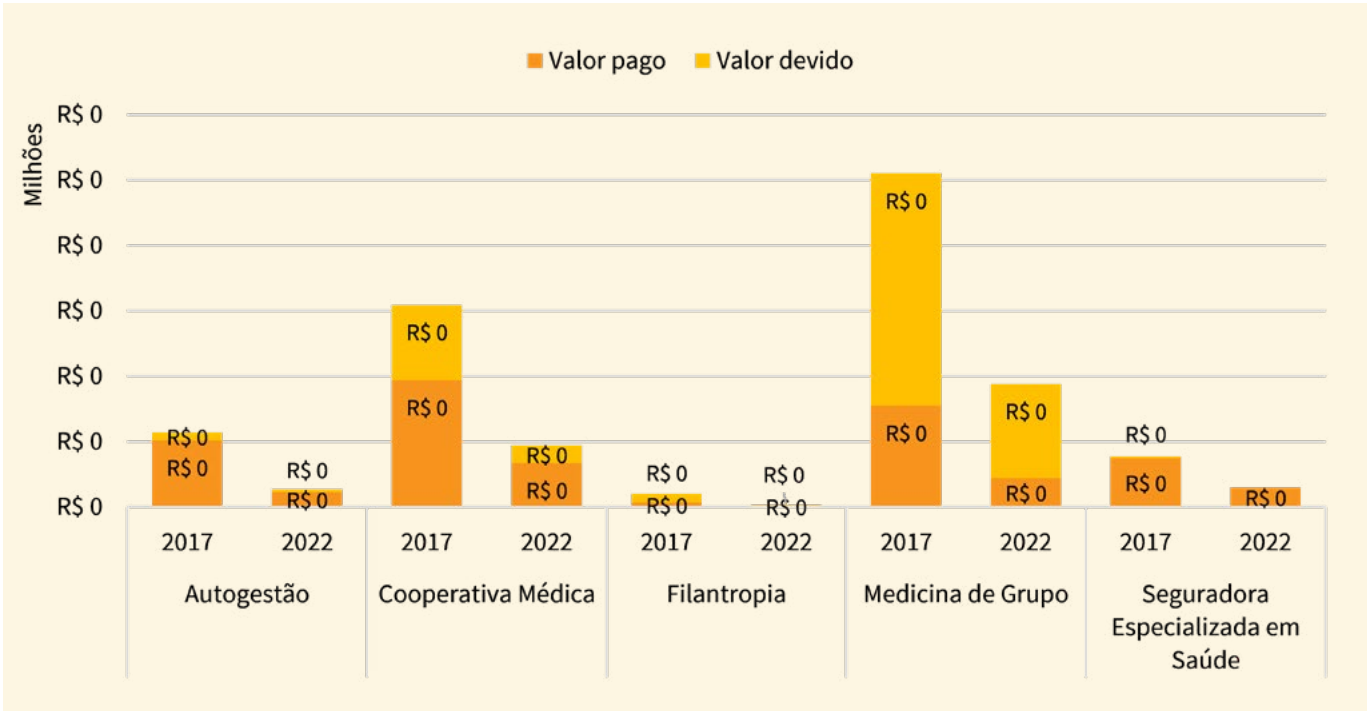
Ao considerar o alto volume de atendimentos registrado pela medicina de grupo e o baixo percentual de pagamento das cobranças, nota-se que esse grupo concentra em grande medida os valores devidos de reembolso ao SUS, com tendência de aumento da dívida: em 2017, as operadoras de

20 Após a identificação do atendimento e notificação, a operadora pode apresentar impugnação (1ª instância), levando à discussão administrativa sobre o valor cobrado.

medicina de grupo concentraram 71% do valor devido ao SUS e, em 2022, passaram a concentrar 82%.

A partir de 2015, exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade (identificados por meio da APAC) passaram a ser ressarcidos ao SUS, ampliando o número de atendimentos e valores cobrados, e aumentando, consequentemente, os valores pagos a partir de 2016²¹ (FIGURA 12). Até 2019, era possível observar uma tendência de crescimento dos valores pagos, mas a partir de 2020 o volume pago reduziu, ficando abaixo de R\$750 milhões por ano.

FIGURA 11 – VALORES DE RESSARCIMENTO AO SUS SEGUNDO SITUAÇÃO DO PAGAMENTO POR MODALIDADE DA OPERADORA, BRASIL, 2017 E 2022



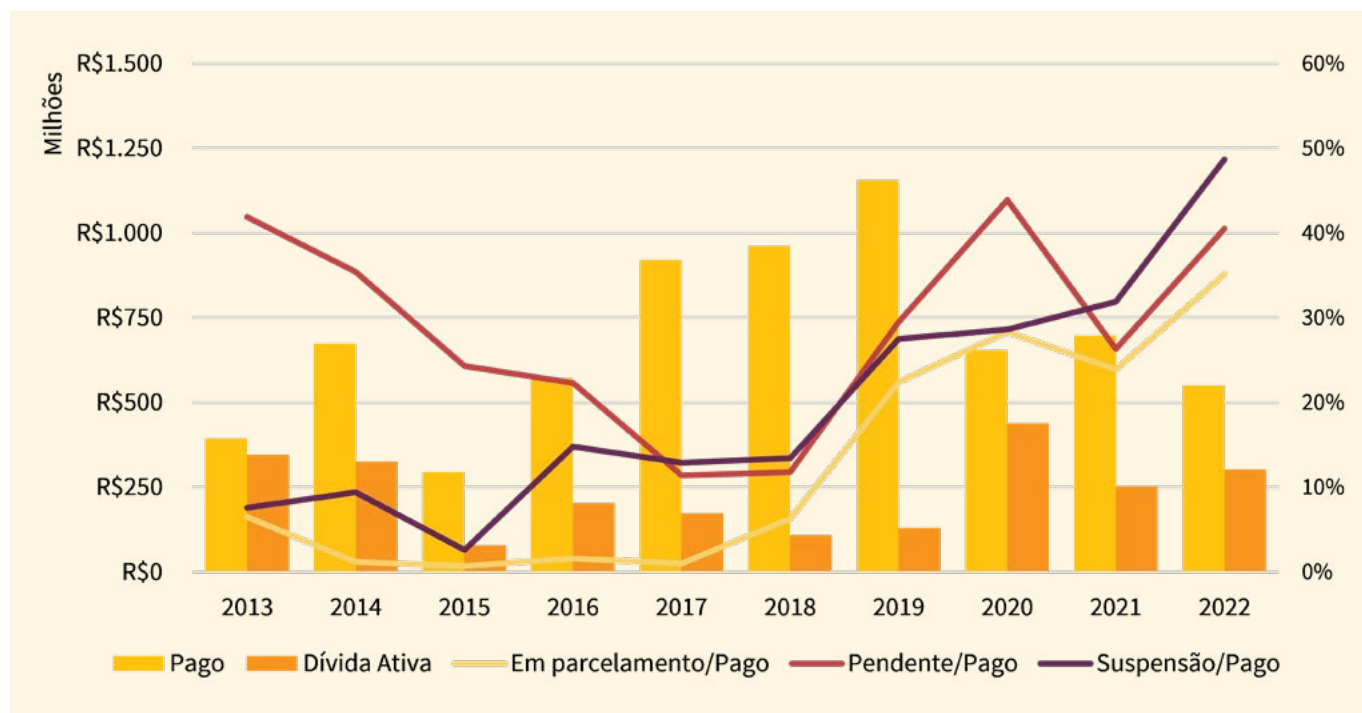
Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS). Nota: valores originais, sem acréscimo de encargos.

21 Também contribuiu para o aumento dos valores cobrados a determinação do TCU, em 2017, de cobrança dos serviços APAC prestados entre abril de 2012 e dezembro de 2017. (ANS, 2022)

Em paralelo à redução dos valores pagos entre 2020 e 2022, nota-se que os valores encaminhados para inscrição na Dívida Ativa voltaram a atingir valores significativos, representando 67% e 55% dos valores pagos nos anos de 2020 e 2022, respectivamente. De acordo com a ANS, atualmente R\$1,04 bilhão está inscrito na Dívida Ativa e, historicamente, o ressarcimento ao SUS já encaminhou R\$1,9 bilhão para inscrição.

Essa dinâmica foi acompanhada pelo crescimento relativo dos valores suspensos, pendentes e em parcelamento – em relação ao valor pago. Os valores suspensos judicialmente chamam especial atenção pelo crescimento contínuo ao longo dos anos e, em 2022, chegaram a equivaler 49% dos valores pagos. No mesmo ano, os valores pendentes e em parcelamento equivalem, respectivamente, a 41% e 35% do montante pago.

FIGURA 12 – VALOR PAGO, VALOR ENCAMINHADO PARA INSCRIÇÃO NA DÍVIDA ATIVA E RAZÃO ENTRE VALORES DE RESSARCIMENTO AO SUS SEGUNDO DIFERENTES SITUAÇÕES DE PAGAMENTO E O VALOR PAGO, POR ANO DE VENCIMENTO, BRASIL, 2013-2022



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS). Nota: valores originais, sem acréscimo de encargos.

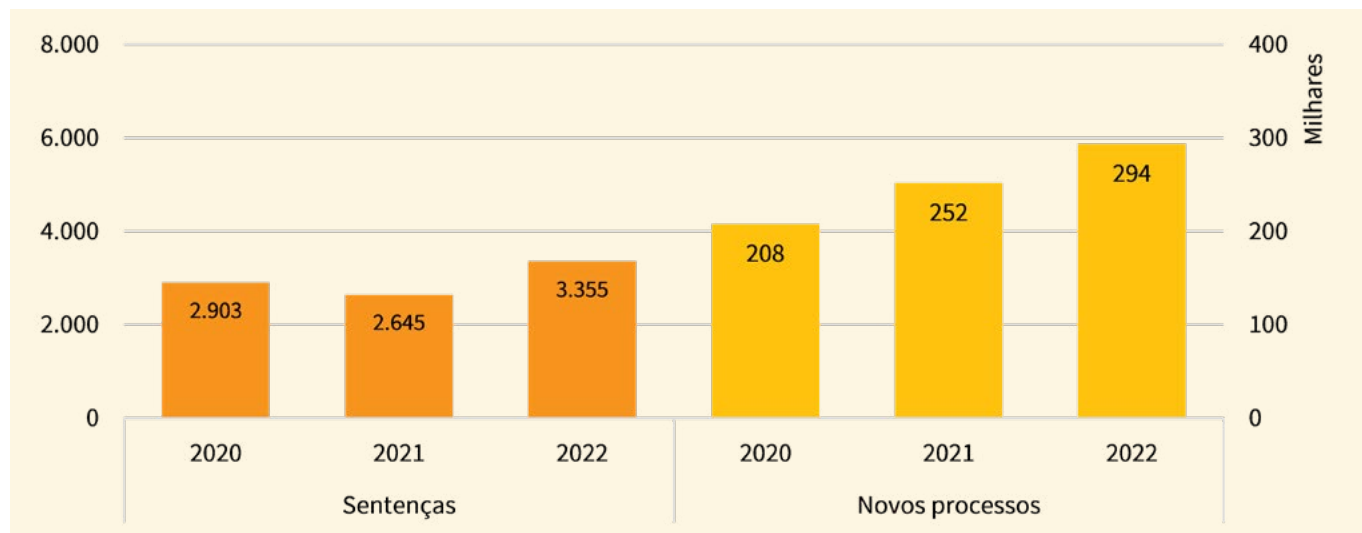


3.4.2 Judicialização da saúde

O primeiro caso de judicialização da saúde chegou à Suprema Corte Federal (STF) em 1997 e, desde então, houve um aumento significativo nas ações judiciais com reivindicações relativas ao direito à saúde ao longo dos anos: entre 2008 e 2017, relatório do Insper, que analisou cerca de 800 mil processos judiciais sobre direito à saúde no país, apontou crescimento de 130% das ações em primeira instância no período – contra 50% de aumento geral (Insper-CNJ, 2019). O fenômeno da judicialização envolve também o setor privado de saúde, mas neste capítulo o foco recai apenas sobre os processos que acionam judicialmente o poder público.

Dados da Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud)²² para o triênio 2020-2022 reforçam a tendência preocupante: o número de novos casos²³ relativos à saúde no âmbito do setor público recebidos pelos Tribunais de Justiça aumentaram 41,2% (FIGURA 13). Apenas em 2022, foram registrados mais de 293 mil processos. Enquanto isso, no mesmo período, o número de sentenças²⁴ relativas à saúde julgadas pelos tribunais também aumentou, mas em proporção menor, de 15,6%. Em 2022, ano com maior número de sentenças julgadas, observou-se o resultado de apenas 3,355 julgamentos – ou seja, a cada 87 novos processos no tema, 1 sentença foi julgada.

FIGURA 13 – NÚMERO DE NOVOS PROCESSOS E NÚMERO DE SENTENÇAS JULGADAS NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA PELOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA, BRASIL, 2020-2022



Fonte: Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud).

22 O DataJud reúne informações de processos físicos ou eletrônicos do Superior Tribunal de Justiça, Tribunal Superior do Trabalho, Tribunais Regionais Federais, Tribunais do Trabalho, Tribunais Eleitorais, Tribunais Militares e Tribunais dos Estados e do Distrito Federal e Territórios.

23 Novos casos consideram as situações: Denúncia/queixa recebida, Distribuído, Execução não criminal iniciada, Recebido pelo Tribunal, Fase processual iniciada, Classe evoluída para ação penal, Liquidação iniciada. Cada processo é contabilizado apenas uma vez em cada fase processual.

24 Sentenças julgadas consideram Julgamento com resolução de mérito, Julgamento sem resolução de mérito e Julgamento sem especificação. Pode existir em um mesmo processo dois ou mais julgamentos considerados.

De modo geral, podemos compreender a judicialização da saúde a partir de duas perspectivas: i) a que busca o exercício do direito já reconhecido e incorporado na política de saúde, porém negado – quando se tenta acessar medicamentos ou tratamentos já incorporados ao SUS – ou ii) a que busca direitos não reconhecidos – quando se tenta acessar medicamentos ou tecnologias ainda sem registro na Anvisa ou não incorporadas ao SUS, por exemplo (Schulze; Neto, 2015). Em revisão sistemática sobre o tema, Freitas, Fonseca e Queluz (2020) identificam tanto estudos que apontam que muitos dos medicamentos solicitados estavam presentes em listas do SUS e, frequentemente, eram medicamentos de baixo custo (Massau; Baily, 2014; Biehl et al., 2012); como estudos que encontram maior percentual de demandas para acesso a medicamentos fora das listas do SUS, como em Machado *et al.* (2011), que identificaram esse tipo de demanda em 56% dos casos, dos quais 71% dos pacientes foram atendidos no sistema privado.

Dentre os temas mais recorrentes quando se trata de judicialização da saúde no sistema público, estão a solicitação de medicamentos de alto custo que não compõem as políticas de saúde; correção de obstáculos para entrega de serviços, como *home care*, leitos, e medicamentos que fazem parte das listas do SUS, mas que não estão acessíveis para a população (IESS, 2020). Observa-se, contudo, a ausência de um comportamento comum da judicialização da saúde no Brasil, indicando uma variação regional dos tipos de demanda conforme as diferentes regiões do país, exigindo uma abordagem regionalizada e contextualizada.

Isso é comprovado ao comparar o número de processos judiciais relativos à saúde a cada 100 mil habitantes entre estados: por exemplo, entre 2009 e 2017, o Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul (TJMS) possuía uma média de 111 processos, enquanto o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) registrava média de 15,7 processos. Outra diferença é quanto à natureza dos pedidos por estado: no Pará, a judicialização da saúde envolve cumprir políticas de saúde já estabelecidas, como solicitar medicamentos incluídos no rol do SUS; já em São Paulo, a maioria dos pedidos é de solicitação de medicamentos não incluídos nessas listas (Insper, 2019).

A seguir, é possível observar a evolução dos assuntos objeto das sentenças julgadas (FIGURA 14) e dos novos processos (FIGURA 15) entre 2020 e 2022. Considerando que as sentenças julgadas refletem assuntos dos casos anteriores ao triênio, a comparação entre ambos os gráficos contribui na compreensão das mudanças nas demandas de saúde judicializadas.

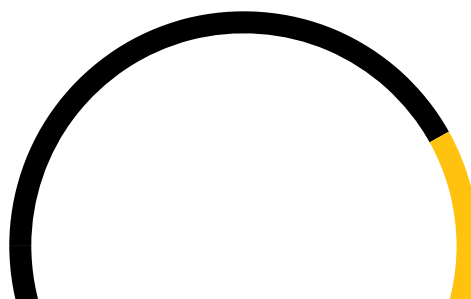
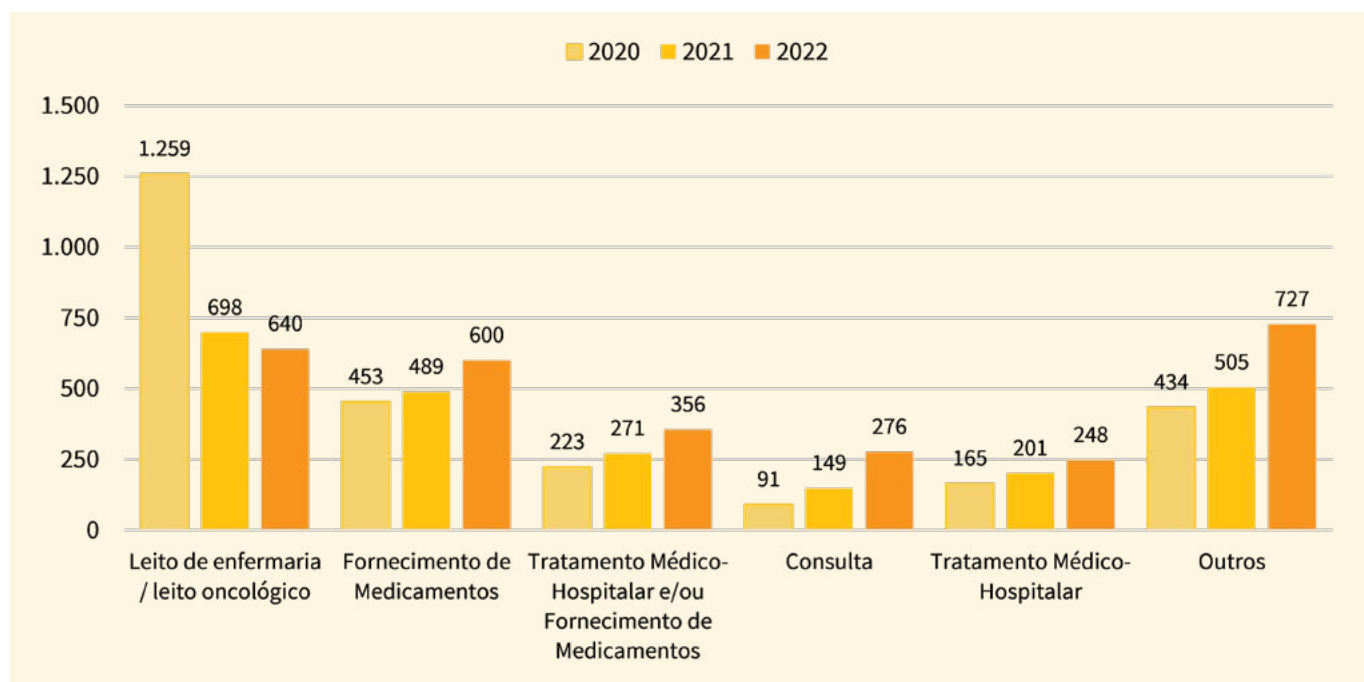


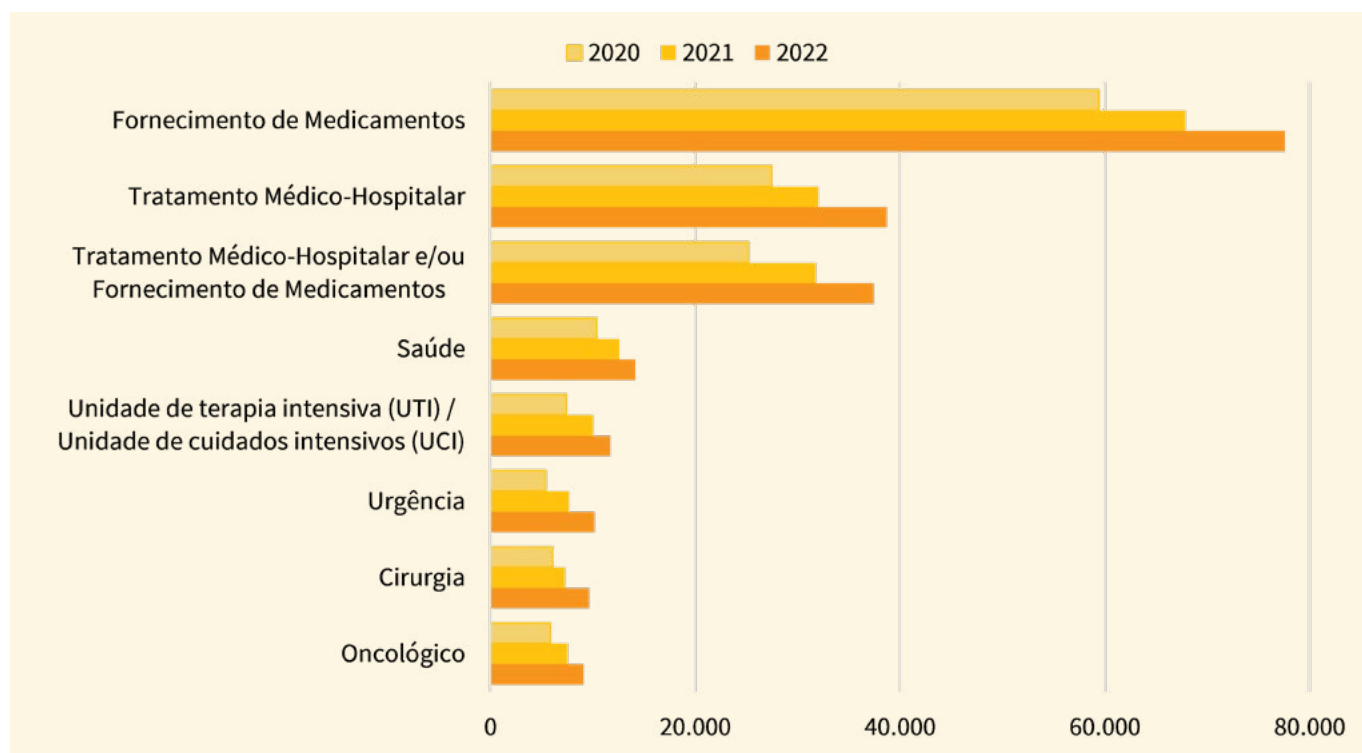
FIGURA 14 – SENTENÇAS JULGADAS NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA SEGUNDO O ASSUNTO, POR ANO, BRASIL, 2020-2022



Fonte: Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud).

As sentenças julgadas entre 2020 e 2022 trataram majoritariamente de demandas relacionadas ao acesso a leitos de enfermaria ou oncológicos e fornecimento de medicamentos, com tendência crescente do último – o que se confirma no **FIGURA 15**, onde esse assunto é o principal tema dos novos casos do triênio. Enquanto as sentenças relativas a leito de enfermaria/oncológico reduziram em quase 50%, as relativas a fornecimento de medicamentos cresceram em 32% e tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos, em 60%. O maior aumento, no entanto, foi observado nas sentenças referentes a consultas, que triplicaram, saltando de 91 em 2020 para 276 em 2022.

FIGURA 15 – NOVOS PROCESSOS JUDICIAIS NA ÁREA DA SAÚDE SEGUNDO O ASSUNTO, POR ANO, BRASIL, 2020-2022



Fonte: Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud).

Os custos relacionados a processos judiciais para a aquisição de medicamentos são custeados, desde 2014, exclusivamente por meio dos recursos destinados à ação orçamentária que suporta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no Ministério da Saúde. A participação das despesas decorrentes de demandas judiciais nessa ação²⁵, segundo Vieira (2023), crescem desde 2012, tendo atingido 25% do orçamento do CEAF em 2019 – entre 2017 e 2019, esse gasto manteve-se no patamar de R\$1,1 bilhão. Além disso, em 2019, apenas 10 medicamentos foram responsáveis por 94,6% do gasto federal com demandas judiciais para a aquisição de medicamentos (R\$950 milhões), o que resulta em uma disponibilidade reduzida de recursos para a cobertura do extenso rol de medicamentos desse componente, que é destinado à totalidade da população (Vieira, 2023).

A concentração dos recursos em uma pequena lista de medicamentos reforça a preocupação trazida por Ribeiro e Vidal (2018), de que o custo dos medicamentos não seja considerado um aspecto crucial nas decisões judiciais.²⁶ Dentre os novos processos registrados no período, além do fornecimento de medicamentos, destacam-se também o das demandas relativas a tratamento médico-hospitalar, que apresentou crescimento superior a 40%. O maior crescimento observado, no entanto, foi de demandas relacionadas à urgência (88% mais casos em 2022), Unidade de

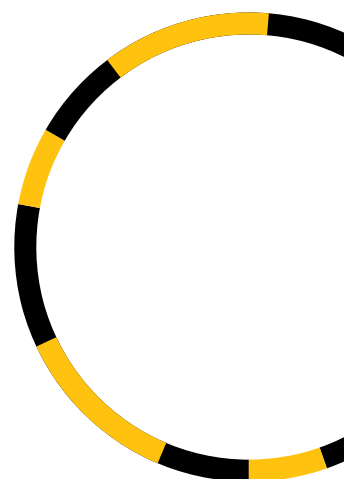
25 Considerando apenas os gastos de demandas judiciais registrados nessa ação orçamentária.

26 Os repasses da União aos estados e municípios relativos ao ressarcimento para cobrir despesas dos entes federativos com compra de remédios judicializados foi suspenso em 2017 e foi retomado pela Portaria nº 1.805 de 2023. Ver mais em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.805-de-9-de-novembro-de-2023-522126202>.

Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (58%) e cirurgias (58%).

Um aspecto fundamental da questão da judicialização da saúde é a hipótese de seu potencial regressivo – que implica na realocação de recursos escassos dos estratos mais pobres para os mais ricos. Essa hipótese ganha credibilidade diante da escassez de defensores públicos e casos de justiça realizados de forma gratuita (IESS, 2020). Em contrapartida, Freitas, Fonseca e Queluz (2020) apontam a falta de consenso sobre as características de renda dos demandantes, uma vez que alguns artigos identificam preponderância de ações judiciais sendo representadas pela Defensoria Pública.

Além disso, há uma disparidade entre ações coletivas e individuais, indicando que tribunais e juízes possam estar mais inclinados a decidir casos individuais de maneira favorável do que a promover reformas estruturais na política pública de saúde por meio de ações coletivas (Insper-CNJ, 2019b).



3.5

Discussão

Ao considerar o gasto total em saúde, observamos que o gasto público apresenta uma característica progressiva, enquanto o gasto privado, de maneira geral, reproduz o nível de concentração de renda existente no país. Nesse sentido, como Silveira e Gaiger (2021) argumentam que, caso o gasto público representasse uma parcela do gasto total em saúde semelhante àquela observada em nações com sistemas de saúde públicos universais e amplamente financiados, a natureza progressiva predominaria. Dessa forma, mesmo diante da regressividade no financiamento da saúde pública – devido ao peso da tributação indireta –, as despesas com saúde teriam efeitos redistributivos.

Esse cenário é agravado pela crescente perda de arrecadação da União atribuída ao gasto tributário em saúde, que registrou aumento de pelo menos 49% em 10 anos. Em paralelo, o orçamento do Ministério da Saúde manteve-se estagnado, apresentando aumento de 2,5% (Nobre e Faria, 2023) – decorrente, em grande medida, dos custos com o enfrentamento à pandemia de Covid-19. Enquanto em 2014 estima-se que o gasto tributário em saúde da União tenha correspondido a 27% dos recursos destinados ao Ministério da Saúde, atualmente, esse gasto equivale a 40% do orçamento da pasta, uma elevação de 13 p.p. em dez anos. A implicação dessa tendência, de incremento sistemático das despesas indiretas face à estagnação das despesas diretas em saúde, é do aumento do financiamento do setor privado – principal beneficiário dos subsídios – em detrimento do setor público de saúde, como já vem sendo observado nos últimos anos.

Não obstante, as transferências indiretas por meio de subsídios fiscais constituem prerrogativa legítima e comum dos governos para fomentar políticas públicas, assim como o faz por meio de despesas diretas, frequentemente elas não têm o mesmo nível de transparência exigido das despesas diretas no orçamento público. Em análise sobre a forma com que gastos tributários são reportados pelos países que compõem a OCDE e o G20, o Brasil é classificado no grupo que disponibiliza um “relatório básico de gastos tributários”, juntamente com outros 25 países – dentre eles Chile, Finlândia e Estados Unidos (Redonda; Neubig, 2018). Entre as lacunas identificadas nos relatórios brasileiros, destacamos como mais relevante

a ausência de avaliação sistemática dos gastos tributários – além da não estimação de todos os gastos detectados.

Além da maior complexidade e menor transparência que caracterizam a despesa indireta em comparação com a despesa direta, o gasto tributário não está sujeito aos mesmos mecanismos de governança que regem o planejamento e orçamento públicos – nem a mecanismos semelhantes. Isto é, enquanto periodicamente os instrumentos básicos de planejamento e orçamento²⁷, que definem a alocação de recursos e prioridades em termos de políticas públicas, são construídos, apreciados e votados envolvendo os poderes executivo e legislativo, os dispositivos que regem o gasto tributário não atendem a critério semelhante de revisão, atualização ou controle, e alguns deles sequer possuem prazo de vigência. Consequentemente, o aumento dessa despesa foge à capacidade de governança das autoridades administrativas, respondendo automaticamente à demanda de consumo de saúde e aos preços de mercado praticados, de modo predominante, e à oferta de serviços e produtos subsidiados.

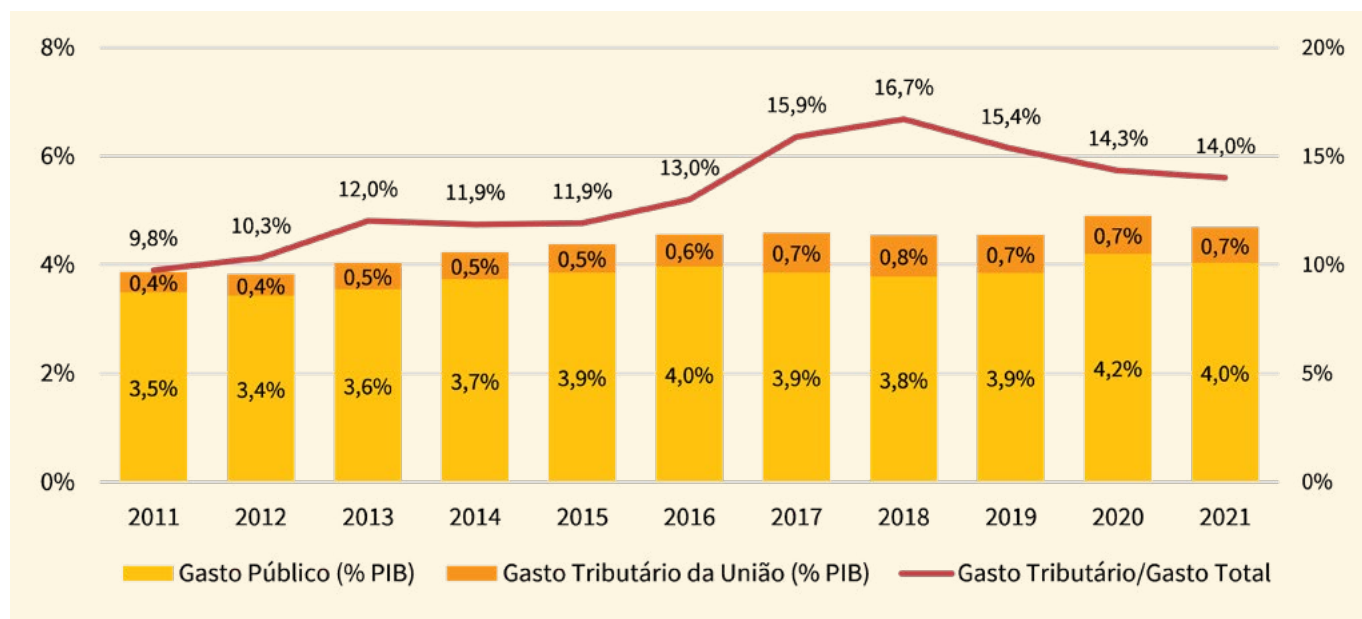
Ao aprovar com ressalvas a prestação de contas do exercício de 2023²⁸, o TCU fez dois alertas relativos à concessão e ampliação de benefícios tributários: embora tenha atingido a ordem de R\$ 519 bilhões em renúncia de receita, no mesmo ano, foram instituídas outras 32 desonerações fiscais, com impacto negativo de R\$ 68 bilhões na arrecadação. Em perspectiva comparada, o orçamento do Ministério da Saúde (R\$ 231 bilhões) autorizado para 2024 equivale a menos da metade do total de recursos renunciados. Particularmente na saúde, essa dinâmica fica evidente ao confrontar o gasto tributário em saúde com o gasto público observado na Conta-Satélite de Saúde, onde é possível perceber a expansão do gasto tributário na composição do gasto total em saúde²⁹, em comparação ao gasto público – valores em proporção do PIB (**FIGURA 16**). Entre 2010 e 2021, o gasto tributário em saúde cresceu sua participação no gasto total em 4 p.p. e chegou a representar 17% de todo o gasto em 2018. Em 2021, ficou em 14%.

27 Estabelecidos pela Constituição de 1988, são eles: o Plano Plurianual (PPA), elaborado a cada quatro anos, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), elaborados, discutidos e aprovados anualmente.

28 Ver mais em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-aprova-com-ressalvas-as-contas-do-presidente-da-republica-de-2023.htm>

29 Como gasto total em saúde foi considerada a soma entre o gasto público em saúde e o gasto tributário em saúde.

FIGURA 16 – GASTO PÚBLICO EM SAÚDE E GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO PIB E PARTICIPAÇÃO DO GASTO TRIBUTÁRIO NO GASTO TOTAL EM SAÚDE, BRASIL, 2010-2021



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais. Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT).
Nota: O último ano com dados da Conta-Satélite de Saúde disponibilizados pelo IBGE é 2021.

Desse montante, cerca de 75% são apropriados pelo setor privado. Notavelmente, a assistência privada à saúde é a principal beneficiária, absorvendo 51,9% do gasto tributário total na área por meio de deduções de despesas relacionadas ao consumo privado de saúde, via Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) e Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), ou R\$ 39,9 bilhões. Para fins de comparação, o total de recursos pagos pelo SUS na prestação de todos os 13,3 milhões de atendimentos hospitalares realizados em 2023 foi de R\$ 20,6 bilhões³⁰. Particularmente as deduções relacionadas a despesas médicas no IRPF respondem por um terço das despesas públicas indiretas em saúde, o que implica não apenas na perda de arrecadação do estado para fins de financiamento da assistência privada à saúde, como também na redução da progressividade do imposto de renda a partir de tais deduções – para as quais não há limite absoluto ou proporcional.

Estudo recente sobre os efeitos de mudanças no IRPF sobre a desigualdade (Martins e Gomes, 2024) avaliou simulações de alguns cenários, dentre eles, o fim das deduções de gastos com saúde e educação privados e o ii) fim de isenção de taxa de lucros e dividendos. Os autores concluem que o fim dos gastos tributários com saúde e educação possui um impacto arrecadatório considerável, de R\$ 34 bilhões, mas um efeito redistributivo menor, assim como sobre a progressividade do sistema; a medida com maior potencial arrecadatório e de aumento da progressividade do sistema tributário seria a taxa de lucros e dividendos – aumento de 18% na arrecadação, cerca de R\$ 58 bilhões, e uma queda de 0,6% no Gini. Isso porque o perfil desses gastos tributários é diferente: enquanto 73% das deduções com saúde e educação estão concentradas entre os centis 10º e 1º (aqueles

30 Os valores repassados são referentes à Tabela SUS e podem não refletir os custos integrais dos procedimentos realizados. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

de renda entre R\$ 6.764 e R\$ 35.673), 82% dos gastos com a isenção de lucros e dividendos estão no 1% mais rico.

Diversos países oferecem incentivo fiscal para indivíduos e seguradoras, mas as leis fiscais variam consideravelmente entre eles. Na União Europeia, houve esforços para reduzir esse tipo de incentivo em muitos estados membros e, atualmente, não existe qualquer dedução fiscal relativa a despesas com saúde na Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Suécia e Reino Unido; existe uma dedução fiscal muito limitada na Alemanha e nos Países Baixos; Áustria e Espanha tomaram medidas substanciais para reduzir os benefícios fiscais; Irlanda e Portugal são as exceções à tendência de remover ou reduzir os incentivos (Mossialos e Thomson, 2002). Dentre os países da OCDE, a Austrália se assemelha à Irlanda pelos incentivos fiscais e níveis de cobertura de segurados, que se aproximam de metade das respectivas populações. Já Estados Unidos e Canadá se destacam pela presença de incentivos fiscais que favorecem a oferta e a adesão à cobertura do empregador (Colombo e Tapay, 2004).

No Brasil, não se pode argumentar que o aumento do subsídio à demanda, nesse período, foi impulsionado pelo aumento de beneficiários de planos de saúde: entre 2014 e 2023, segundo dados da ANS, o número de beneficiários passou de 50,5 milhões para aproximadamente 51 milhões – aumento inferior a 1%; enquanto o gasto tributário com as deduções relativas à demanda por serviços de saúde via IRPF e IRPJ cresceu 49%. Isso implica dizer que o aumento do gasto tributário foi alavancado praticamente em sua totalidade pelo aumento de preços e frequência de uso de serviços privados, e não pela ampliação da cobertura de beneficiários.

A regulação atual da ANS se aplica apenas a reajustes de planos de saúde individuais – com efeito, eles apresentam o menor índice de aumento dentre as categorias de planos, mesmo assim, o aumento observado foi de 35,4% em cinco anos (2018 a 2022). O mesmo estudo, do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec, 2023), sugere ainda que consumidores de perfil individual ou familiar estão migrando para planos coletivos, cujos contratos registram os mais altos índices de reajuste – contratos empresariais de pequeno porte tiveram aumento de 82,4% do valor inicial no mesmo período.

O financiamento por meio de subsídios à oferta de produtos e serviços de saúde, de modo geral, cresce de forma mais moderada, com exceção do setor de produtos químicos e farmacêuticos, cujo subsídio fiscal aumentou em dez vezes entre 2014 e 2023. Atualmente, esse setor responde por 14% de todo o gasto tributário em saúde, acompanhado de perto do setor de medicamentos, com 12%.

A avaliação da efetividade dos subsídios nos preços dos medicamentos aponta que a inflação dos medicamentos desonerados foi inferior à observada nos medicamentos não desonerados, alinhando-se com a finalidade dos subsídios tributários aplicados nesse setor. No entanto, observa-se uma concentração significativa de subsídios a medicamentos mais consumidos pelas famílias com maior renda.

Do outro lado dos subsídios ao consumo de saúde privada – que beneficiam individualmente os contribuintes e comprometem metade do gasto tributário em saúde – e à oferta de medicamentos e produtos farmacêuticos – que respondem por outros 26% –, estão os gastos com entidades

filantrópicas e sem fins lucrativos. Elas respondem por pouco mais de um quinto do gasto tributário, no entanto, a contrapartida estabelecida, de destinação obrigatória de ao menos 60% dos atendimentos ao SUS, é acompanhada anualmente por meio da produção hospitalar do ano anterior.

Os resultados encontrados a respeito da regressividade nas desonerações relacionadas às despesas médicas no IRPF, com a concentração de benefícios entre os indivíduos de maior renda, corroboram aqueles já documentados na literatura (Piola et al., 2010; Paes, 2014; Ocké-Reis, 2021). A avaliação dos subsídios ao setor de medicamentos também indica um viés regressivo, com uma concentração de subsídios nos medicamentos mais consumidos por famílias de maior renda.

Embora haja aspectos positivos, como a ampliação do debate sobre o direito à saúde e a inclusão de procedimentos e tratamentos no âmbito do SUS, fato é que a judicialização da saúde pode resultar em aumento ineficiente dos gastos públicos, o que é particularmente preocupante considerando o subfinanciamento crônico do SUS, além de contribuir para a ampliação de iniquidades em saúde (Vinhos, Botton e Hirdes, 2021).

Com efeito, entre 2008 e 2015, os gastos federais com a judicialização apenas de medicamentos – principal demanda judicial de direito à saúde para o sistema público – elevaram-se em mais de 10 vezes, ultrapassando R\$103,8 milhões em 2015³¹ (David, Andreino e Beghin, 2016). Em 2017, auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre judicialização da saúde no Ministério da Saúde – que resultou no acórdão 1787/2017 – constatou alta probabilidade de êxito de ações individuais, pagamentos por fármacos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou já disponibilizados pelo SUS, e falta de adoção de recomendações do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

De acordo com a Lista de Alto Risco na Administração Pública Federal, estudo realizado também pelo TCU com o propósito de identificar áreas que apresentam riscos significativos para a administração pública, o aumento da judicialização da saúde representa um risco à sustentabilidade da prestação de serviços públicos de saúde de forma universal, gratuita e integral no contexto do SUS. Entre 2014 e 2018, o TCU estima que a União gastou, em média, R\$1,1 bilhão por ano no atendimento de demandas judiciais relativas à saúde – esse valor agrega aquisições de insumos estratégicos para saúde e depósitos judiciais. E a previsão de aumento dos recursos destinados às demandas judiciais para 2021, ainda segundo o TCU, era de R\$2,04 bilhões³².

Embora as ações sejam predominantemente individuais, e não impliquem em benefícios coletivos, a frequência de ações relativas ao fornecimento de medicamentos já instituídos no SUS sugere uma dificuldade compartilhada de acesso à integralidade da atenção e a falta de implementação de linhas de cuidado. Porém, a fragmentação do fenômeno entre os

31 Os autores destacam que existe a possibilidade de recebimento triplicado do medicamento demandado judicialmente pelo demandante da ação, pois não há cruzamento dos bancos de dados de demandas judiciais dos entes federativos – isto é, se o demandante recorrer simultaneamente ao município, ao Estado e à União, ele pode vir a receber o medicamento por cada ente sem que os demais tenham conhecimento.

32 Segundo Braga, Da Costa Oliveira e Ferreira (2021), em revisão integrativa, não existe padronização ou sistematização na fonte dos dados financeiros relativos ao gasto com a judicialização de medicamentos.

entes e instâncias dificulta a existência de estudos mais amplos e comparados, levando a resultados muitas vezes conflitantes sobre a judicialização (Biehl et al. 2016; Ferraz, 2009; Diniz et al., 2014 *apud* IEES, 2020).

Em relação ao ressarcimento ao SUS de atendimentos a beneficiários de planos de saúde, destaca-se a inclusão dos atendimentos ambulatoriais de alta e média complexidade (APAC) a partir de 2015, além das internações (AIH), nos atendimentos identificados para ressarcimento. Ou seja, atualmente são ressarcidos ao SUS internações e atendimentos ambulatoriais de alta e média complexidade, mas consultas e procedimentos de baixa complexidade de beneficiários oneram o SUS sem restituição por parte das operadoras. A alta parcela de valores devidos observada nas cobranças para a modalidade de operadoras de planos de medicina de grupo, comparada às demais modalidades, em conjunto com a alta participação dessa categoria nos atendimentos identificados para ressarcimento, aponta a necessidade de maior compreensão das ocorrências e maior atenção aos processos e protocolos relativos às cobranças desse grupo.

Por fim, destaca-se o papel desempenhado pelo poder judiciário em ambos os processos – de judicialização da saúde e de ressarcimento ao SUS. No primeiro, o poder judiciário tem papel central, atuando integralmente como mediador e, no segundo, parcialmente, nos casos em que a cobrança é questionada e suspensa judicialmente. A razão entre os valores suspensos judicialmente e os valores pagos de ressarcimento cresceu aceleradamente na última década – de forma mais intensa e em maior volume que os valores parcelados.

3.6

Considerações finais

A interação entre os sistemas de saúde público e privado no Brasil colocam uma camada adicional de complexidade no estudo do financiamento da saúde. Este capítulo buscou identificar, caracterizar e dimensionar os mecanismos pelos quais o estado, no nível federal, financia o setor de saúde privada no Brasil, concentrando esforços no gasto tributário em saúde, no processo de judicialização da saúde e na dívida relativa ao ressarcimento ao SUS. O aumento contínuo dos valores associados ao gasto tributário, em primeiro lugar, e às demandas judiciais, em menor medida, particularmente àquelas relativas ao fornecimento de medicamentos, constituem o principal destaque e ponto de atenção encontrados.

De modo geral, a configuração do gasto total em saúde no Brasil revela uma tendência regressiva, considerando que os efeitos redistributivos positivos do gasto público são suplantados pela concentração do gasto privado e seu impacto significativo nos orçamentos familiares. As características de regressividade do gasto tributário em saúde e da judicialização agravam esse cenário.

O ritmo acelerado de crescimento registrado pelo gasto tributário em saúde – impulsionado pelo aumento irrestrito dos subsídios ao consumo de saúde privada –, demanda a discussão premente de medidas para seu arrefecimento. Diversas são as possibilidades, desde a instituição de um limite de dedução das despesas com saúde proporcional à renda³³, o estabelecimento de tipos de despesas específicas que se pode deduzir – como despesas hospitalares ou com seguro de saúde –, até a definição de qual população deve ser beneficiária do incentivo – com base no seu estado de saúde ou idade, por exemplo (Ocké-Reis, 2018).

Sobre o gasto tributário em todos os seus componentes, enquanto despesa pública recorrente e que movimenta recursos cada vez mais significativos dentro do orçamento, é fundamental estabelecer instrumentos de governança mais rigorosos e efetivos, com previsão de revisão e discussão periódicas, além de avaliação sistemática da efetividade das políticas de subsídios.

33 Embora o crédito fixo e igualitário para todas as faixas de renda seja mais progressivo (Carvalho Junior, 2022), o limite proporcional à renda tem maior capacidade de incentivar a declaração das despesas.

Referências

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2007, 17: 521-544.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim Informativo: Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS. 13a ed. [recurso eletrônico] Rio de Janeiro: ANS, (dez) 2022.

AYRES, Fábio *et al.* Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

BRAGA, B. S. F.; DA COSTA OLIVEIRA, Y. M.; FERREIRA, M. A. F. Gastos com a judicialização de medicamentos: uma revisão integrativa. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, 2021, v.21, e0003.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Relatório de Avaliação: Política de Subsídio Tributário a Medicamentos, Ciclo 2021. Brasília, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/planejamento/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2021/subsidios/medicamentos-relatorio-de-avaliacao.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Economia. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Relatório de Avaliação: Dedução das despesas médicas do IRPF, Ciclo 2020. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/economia/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/>

[conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/subsidios/relatorio_avaliacao-cmas-2020-dedacao-despesas-medicas.pdf](https://www.gov.br/economia/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/subsidios/relatorio_avaliacao-cmas-2020-dedacao-despesas-medicas.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial da Fazenda. Deduções do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) de despesas médicas. Brasília: Boletim Mensal sobre os Subsídios da União (Secap). 2019a. Edição 9. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/avaliacao-de-politicas-publicas/boletins-e-estudos/boletins-de-subsidios/09-bolsubsidios_9_v2.pdf>.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial da Fazenda. Relatório de Avaliação: Distribuição Regional dos Gastos Tributários. Brasília: Boletim Mensal sobre os Subsídios da União (Secap). 2019b. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/avaliacao-de-politicas-publicas/boletins-e-estudos/boletins-de-subsidios/12-distribuicao-regional-subsidios_outubro_2019.pdf>.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. Secretaria de Políticas Econômicas. Relatório da Distribuição Pessoal da Renda e da Riqueza da População Brasileira: Dados do IRPF 2021/2022. Brasília: SPE, 2023.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Metodologia de Cálculo dos Gastos Tributários. Brasília, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/receita-federal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/renuncia/gastos-tributarios-bases-efetivas/anexo-metodologico-versao-1-4.pdf/view>>

CARVALHO JUNIOR, Pedro Humberto Bruno. O sistema tributário dos países da OCDE: o sistema tributário dos países da OCDE e as principais recomendações da entidade: fornecendo parâmetros para a reforma tributária no Brasil. Nota Técnica 54. IPEA. Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais, 2022.

COLOMBO, Francesca; TAPAY, Nicole. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. Towards high-performing health systems: Policy studies, 2004, 265-319.

CUNHA, J. R.; FARRANHA, A. C. Judicialização da Saúde no Brasil: categorização das fases decisórias a partir do Supremo Tribunal Federal e os impactos no Sistema Único de Saúde. Public Sciences & Policies. 2021;7(1):15-35.

DAVID, G.; ANDRELINO, A.; BEGHIN, A.. O fenômeno da judicialização dos medicamentos. In: _____. Direito a medicamentos: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015. 1 ed. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos – INESC, 2016. p. 23-27.

IEPS. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Gestão e Financiamento do Sistema da Saúde no Brasil. 2022. Disponível em: <<https://agendamaissus.org.br/evidencias/>>.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Judicialização de Planos de Saúde: Conceitos, disputas e consequências. Palmas: Editora Esmat, 2020. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/livros/juridico/judicializacao-de-planos-de-saude-conceitos-disputas-e-consequencias>. Acesso em: 9 jan. 2024.

INSPER, Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Relatório Propositivo Analítico. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf-22005ca50ec915.pdf>

MARQUES, Rosa Maria; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen; HUTZ, Ana. Os Planos de Saúde na recente crise econômica brasileira. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.59, jul.-dez. 2021.

MARTINS, G. K.; GOMES, J. P. F. Melhor para quem? Uma análise de efeitos sobre grupos econômicos de mudanças no IRPF. São Paulo: Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades (Made/USP), 2024. (Nota de Política Econômica, n. 50).

MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. Saúde em Debate, 2015, 39: 491-505.

MOSSIALOS, E.; THOMSON, S. M. S. Voluntary Health Insurance in the European Union: A Critical Assessment. International Journal of Health Services, 2002, 32(1), 19–88. doi:10.2190/k6bp-3h1r-l41m-hvge.

NOBRE, Victor; FARIA, Manuel. O Orçamento da Saúde para 2023: o que mudou nos últimos dez anos? Nota Técnica 29. Abr 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/04/IEPS_NT29.pdf>.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; DOS SANTOS, Fausto Pereira. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Texto para Discussão. IPEA: Brasília, 2011.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; GAMA, Filipe Nogueira da. Radiografia do gasto tributário em saúde, 2003-2013. Nota Técnica. IPEA: Brasília, 2016.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Financial sustainability of the Brazilian Health System and health-related tax expenditures. Ciência & Saúde Coletiva, 2018, 23: 2035-2042.

_____. Avaliação do Gasto Tributário em Saúde: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Texto para Discussão. IPEA: Rio de Janeiro, 2021.

OLIVEIRA, Roberta Vidal Clemente. A judicialização do direito à saúde e as limitações impostas pelo STF. 2022. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Direito de Alagoas, Curso de Direito, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020.

PAES, Nelson Leitão. Os gastos tributários e seus impactos sobre o desempenho da saúde e da educação. Ciência & Saúde Coletiva, 2014, 19: 1245-1253.

PAES, Nelson Leitão. Os Efeitos dos Gastos Tributários Federais sobre o Federalismo Fiscal Brasileiro. *Revista Cadernos de Finanças Públicas*. Brasília, v.19, n.3, p.1-58. 2019.

PELLEGRINI, Josué Alfredo. Gastos (benefícios) tributários. Instituição Fiscal Independente. *Nota técnica n.17*, 2018. Disponível em: <https://www4.anfip.org.br/doc/economia/19_10_2020_11_36_30_gastos_tributarios_em_reacao_ao_pib_-_ifi_2018.pdf>

PIOLA, Sérgio Francisco, *et al.* Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In: CASTRO, Jorge Abrahão de (Org.); SANTOS, Cláudio Hamilton Matos dos (Org.); RIBEIRO, José Aparecido Carlos (Org.). *Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009*. IPEA: Brasília, 2010.

PIOLA, Sérgio F.; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2439.pdf>.

PRESTON, Samuel H.; HEUVELINE, Patrick; GUILLOT, Michel. *Demography: Measuring and Modeling Population Processes*. Oxford: Blackwell Publishers, 2001.

REDONDA, Augustin; NEUBIG, Tom. Assessing tax expenditure reporting in G20 and OECD economies. Council on Economic Policies. *Discussion Note*, 2018, 3.

RIBEIRO, K. D.; VIDAL, J. P. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, Brasília, v.7, n.2, pp.239-261, abr./jun, 2018.

ROCHA, Rudi; SZKLO, Michel. Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018. *APS em Revista*, 2021, v.3, n.1, pp. 66-74.

DA SILVA, A. C. C. Ressarcimento ao SUS: aspectos teóricos e práticos na assistência à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021, v.13, n.3. <https://doi.org/10.25248/reas.e6628.2021>

SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L. Justiça fiscal no Brasil: obstáculos e possibilidades. Buenos Aires: CLACSO, 2018. Disponível em: <https://www.clacso.org.ar/concursos_convocatorias/Estudios_resultados_clacso_oxfam/Informe_Brasil1_vf.pdf>.

SILVEIRA, F. G.; GAIGER, M. L. C. O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

TUOHY, C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of health politics, policy and law*, 2004, v.29, n.3, pp. 359-396.

VELOSO, Germany Gonçalves; MALIK, Ana Maria. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. *RAE eletrônica*, v.9, n.1, jan./jun. 2010.

VIEIRA, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. *Rev. Saúde Pública*, 2023, v.57, n.1. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579>

VINHOLES, B.A.; BOTTON, L. T. J.; HIRDES A. Aspectos positivos e negativos da Judicialização da Saúde no Brasil. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, [S. l.], v. 2, n. 7, p. e27494, 2021. DOI: 10.47820/recima21.v2i7.494.

WANG, D. W. L. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. *Revista Direito GV*, 2008, v.4, n.2, pp.539-568.

Anexos

Anexo I

TABELA 1 – DISPOSITIVOS LEGAIS DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE

Gasto tributário	Tributo						Dispositivo legal / Regulamentação
	IRPF	IRPJ	CSLL	COFINS	PIS/ PASEP	CPS	
Despesas Médicas	D						Dedução da base de cálculo do IRPF das despesas com planos de saúde, médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, hospitais, e com exames laboratoriais e serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias. Lei nº 9.250/95, art. 8º, II, a. Prazo de vigência: Indeterminado.
Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados		D	D				Dedução, como despesa operacional, dos gastos realizados pelas empresas com serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social, destinados indistintamente a todos os seus empregados e dirigentes. Lei nº 9.249/95, art. 13, V. Prazo de vigência: Indeterminado.
Entidades Filantrópicas					Is	Is	Isenção da Contribuição Social para o PIS-PASEP e da Contribuição Previdenciária Patronal para as entidades beneficentes de assistência social. Constituição Federal do Brasil 1988, art. 195, § 7º; Lei nº 12.101/09; Decreto nº 7.237/10; Decreto nº 8.242/14. Prazo de vigência: Indeterminado

TABELA 1 – DISPOSITIVOS LEGAIS DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE

Gasto tributário	Tributo						Dispositivo legal / Regulamentação
	IRPF	IRPJ	CSLL	COFINS	PIS/ PASEP	CPS	
Produtos Químicos e Farmacêuticos				RA	RA		Redução a zero das alíquotas do PIS/Cofins incidentes sobre a receita decorrente da venda no mercado interno e sobre a operação de importação dos produtos químicos e intermediários de síntese classificados nos Capítulos 29 e 30 da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI), dos produtos destinados ao uso em hospitais, clínicas e consultórios médicos e odontológicos, campanhas de saúde realizadas pelo poder público, laboratório de anatomia patológica, citológica ou de análises clínicas, classificados nas posições 30.02, 30.06, 39.26, 40.15 e 90.18 da Nomenclatura Comum do Mercosul (NCM), e sobre sementes e embriões da posição 05.11, todos da TIPI. Redução a zero das alíquotas do PIS/Cofins-Importação sobre produtos farmacêuticos classificados em posições selecionadas da NCM. Lei nº 10.637/02, art. 2º, § 3º; Lei nº 10.833/03, art. 2º, § 3º; Lei nº 10.865/04, art. 8º, § 11; Decreto nº 6.426/08. Prazo de vigência: Indeterminado.
Medicamentos				CP	CP		Crédito presumido de PIS/COFINS para as pessoas jurídicas que procedam à industrialização ou à importação de medicamentos classificados em posições selecionadas da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI). Lei nº 10.147/00. Prazo de vigência: Indeterminado.
Entidades sem Fins Lucrativos - Assistência Social e Saúde		Im	Is	Is			Imunidade do Imposto de Renda e isenção da CSLL e da COFINS para as entidades beneficentes de assistência social, sem fins lucrativos, que atendam às exigências estabelecidas em lei. Constituição Federal do Brasil 1988, art. 150, VI, c e art. 195, § 7º; Lei nº 9.532/97, arts. 12 e 15; MP nº 2.158-35/01, art. 14, X; Lei nº 12.101/09; Decreto nº 8.242/14. Prazo de vigência: Indeterminado.

TABELA 1 – DISPOSITIVOS LEGAIS DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE

Gasto tributário	Tributo						Dispositivo legal / Regulamentação
	IRPF	IRPJ	CSLL	COFINS	PIS/ PASEP	CPS	
Equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial				RA	RA		Redução a zero das alíquotas do PIS/COFINS incidentes sobre a receita decorrente da venda de equipamentos ou materiais destinados a uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial, quando adquiridos: I - pela União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, bem como pelas suas autarquias e fundações; ou II - por entidades beneficentes de assistência social. Lei nº 13.043/14, art. 70. Prazo de vigência: Indeterminado.
Água mineral				RA	RA		Redução a zero das alíquotas de PIS/COFINS sobre a receita de venda de águas minerais comercializadas em recipientes com capacidade nominal inferior a 10 (dez) litros ou igual ou superior a 10 (dez) litros classificadas no código 2201.10.00 Ex 01 e Ex 02 da Tipi. Lei nº 12.715/12, art. 76. Prazo de vigência: Indeterminado.
Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)		Im	Is	Is			Imunidade ao IRPJ e isenção às contribuições CSLL e COFINS para Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE) pela participação no Proadi-SUS; constitui meio alternativo para cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção da Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas) previstos no art. 7º da Lei Complementar n.º 187/2021. Constituição Federal do Brasil de 1988; Lei Complementar n.º 187/21; Lei n.º 8.212/91; Decreto n.º 8.242/14; Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5/17 anexo XCIII
Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon)	D	D					Dedução do imposto de renda devido, das doações e dos patrocínios efetuados em prol de ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer. Poderá deduzir até cem por cento das doações e oitenta por cento dos patrocínios. Limitadas a um por cento do IR devido, individualmente, sem limite conjunto. Lei nº 12.715/12, art. 3º e 4º; Lei nº 9250/85, art. 12, VIII; Lei 13.169/15, art. 10; Decreto nº 7.988/2013; Lei nº 14.564/2023. Prazo de vigência da dedução via IRPF: 2020 prorrogado em 2023 até 2025; Prazo de vigência da dedução via IRPJ: 2021 prorrogado em 2023 até 2026.

TABELA 1 – DISPOSITIVOS LEGAIS DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE

Gasto tributário	Tributo						Dispositivo legal / Regulamentação
	IRPF	IRPJ	CSLL	COFINS	PIS/ PASEP	CPS	
Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD)	D	D					Dedução do imposto de renda devido, das doações e dos patrocínios efetuados em prol de ações e serviços de reabilitação da pessoa com deficiência, previamente aprovados pelo Ministério da Saúde e desenvolvidos pelas instituições que se destinam ao tratamento de deficiências físicas, motoras, auditivas, visuais e intelectuais. Poderá deduzir até cem por cento das doações e oitenta por cento dos patrocínios. Limitadas a um por cento do IR devido, individualmente, sem limite conjunto. Lei nº 12.715/12, art. 3º e 4º; Lei nº 9250/85, art. 12, VIII; Lei 13.169/15, art. 10; Decreto nº 7.988/2013; Lei nº 14.564/2023. Prazo de vigência da dedução via IRPF: 2020 prorrogado em 2023 até 2025; Prazo de vigência da dedução via IRPJ: 2021 prorrogado em 2023 até 2026.

Fonte: Receita Federal do Brasil.

Nota: Formas de renúncia ou desoneração em saúde: CP – Crédito Presumido; D – Dedução; Is – Isenção; Im – Imunidade; RA – Redução de Alíquota. Tributos sobre os quais incidem as renúncias fiscais em saúde: IRPF – Imposto sobre a Renda Pessoa Física; IRPJ – Imposto sobre a Renda Pessoa Jurídica; CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido; COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; PIS/PASEP – Contribuição Social para Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público; CPS – Contribuição para a Previdência Social ou Contribuição Previdenciária Patronal.



Governança e Regulação no Setor de Saúde

AUTORES

Gustavo Cordeiro (IEPS)

Karen Codazzi (IEPS)

Sumário Executivo

Os sistemas de saúde variam amplamente entre os países, especialmente entre os desenvolvidos, que compartilham algumas semelhanças importantes, como a cobertura universal. Esta é alcançada através de diferentes abordagens: intervenção governamental, seguradores privados ou um equilíbrio entre ambos. Este estudo compara os modelos de seis países – Estados Unidos, Austrália, França, Alemanha, Japão e Colômbia – destacando benefícios, desafios, oferta de seguros e regulação de preços, com foco na relação entre governo e mercado.

O envolvimento do governo nos sistemas de saúde é alto devido a falhas de mercado, incluindo seleção adversa e risco moral. Essas falhas resultam em problemas como acesso desigual aos cuidados, preços elevados e ineficiências na prestação de serviços. Modelos clássicos, como Beveridge, Bismarck e o estadunidense, ilustram diferentes abordagens de financiamento e provisão de serviços de saúde. No entanto, cada país possui suas especificidades. Por exemplo, o Brasil combina elementos dos modelos Beveridge e estadunidense. A regulamentação dos seguros de saúde no país é parcial, direcionada principalmente para os planos individuais, que constituem uma fração pequena do mercado.

Nos Estados Unidos, o sistema de saúde é predominantemente orientado para o mercado, com cobertura garantida por seguros privados e subsídios públicos, como Medicare e Medicaid. O Affordable Care Act (ACA) trouxe mudanças significativas, incluindo a proibição de discriminação por condições pré-existentes e a criação de Marketplaces para aquisição de seguros. No entanto, o sistema enfrenta desafios como altos custos, acesso desigual e a complexidade da cobertura, que pode deixar muitos sem seguro adequado. Com exceção dos Estados Unidos, todos os outros países estudados implementam sistemas de saúde universais, geralmente sustentados por seguros públicos e apoiados por seguros privados complementares, que ajudam a garantir a sustentabilidade do sistema.

A Austrália possui um sistema público universal financiado por impostos, com incentivos para a aquisição de seguros privados. A legislação proíbe a discriminação por doenças pré-existentes e regula os reajustes anuais dos prêmios. Embora o sistema combine recursos públicos e privados,

promovendo a acessibilidade e a sustentabilidade financeira, ele enfrenta desafios relacionados à longa espera por procedimentos no sistema público e à dependência de seguros privados para serviços mais rápidos e diferenciados.

A França adota um sistema de saúde universal e público, com participação significativa de seguros complementares privados. Os pacientes contribuem com copagamentos amplamente subsidiados pelo governo. A regulamentação inclui incentivos fiscais e imposições legais para a cobertura universal, controlando indiretamente a precificação dos prêmios. Os desafios incluem a gestão dos custos crescentes e a necessidade de reformas para manter a sustentabilidade financeira do sistema em um cenário de envelhecimento populacional.

O sistema de saúde alemão é uma combinação de seguros estatutários (SHI) e privados. O SHI cobre a maioria da população, com contribuições obrigatórias divididas entre empregadores e empregados. O setor privado oferece seguros substitutos e complementares, com prêmios regulados por critérios como idade e risco. O governo define diretrizes e redistribui recursos para garantir a sustentabilidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Contudo, o sistema enfrenta desafios como a crescente pressão financeira sobre os fundos estatutários e as desigualdades no acesso entre os segurados do SHI e do sistema privado.

O Japão possui um sistema de saúde universal com copagamentos variáveis e seguros privados complementares. O governo regula a estrutura dos prêmios e assegura a sustentabilidade financeira do sistema, especialmente diante do envelhecimento populacional. A combinação de recursos públicos e privados, com forte controle regulatório, garante a distribuição equitativa dos serviços. Porém, o sistema japonês lida com desafios como a necessidade de gerenciar os altos custos associados ao envelhecimento da população e manter a qualidade e acessibilidade dos serviços.

A Colômbia implementou um sistema de saúde universal com três regimes: contributivo, subsidiado e vinculado. O governo regula os prêmios e incentiva a adesão a seguros privados complementares. O sistema é financiado por contribuições obrigatórias e impostos, garantindo cobertura ampla e sustentável. As Empresas Promotoras de Saúde (EPS) fornecem serviços, e a competição entre seguradoras privadas promove a eficiência. A Superintendência Nacional de Saúde supervisiona o sistema, assegurando o equilíbrio entre acessibilidade e sustentabilidade financeira. No entanto, a Colômbia enfrenta desafios como desigualdades regionais no acesso à saúde, problemas de corrupção e eficiência administrativa nas EPS.

A análise comparativa dos sistemas de saúde revela variações significativas na intervenção governamental e na precificação de seguros. A intervenção governamental aparece como vetor central para regular os mercados de saúde, promover a equidade e assegurar a eficiência dos sistemas. No entanto, cada país enfrenta desafios, como altos custos, desigualdades de acesso e a necessidade de reformas contínuas para manter a sustentabilidade e qualidade dos serviços de saúde. A interação entre o setor público e privado é fundamental para enfrentar esses desafios e garantir o acesso adequado aos serviços para toda a população.

4.1

Introdução

Os sistemas de saúde ao redor do mundo variam significativamente. No entanto, os países desenvolvidos compartilham algumas semelhanças e modelos que oferecem valiosas lições quando comparados. Uma característica comum é a cobertura universal, alcançada por meio de diferentes abordagens: alguns países dependem fortemente da intervenção governamental, como nos sistemas de pagador único; outros se baseiam mais nos seguradores privados; e alguns buscam um equilíbrio entre os dois. Para nossa análise, selecionamos seis países representando uma variedade de sistemas de saúde e examinamos aspectos-chave de cada um, destacando seus desafios, com foco particular na oferta de seguros e na regulação de seus preços.

A presença do governo é uma característica marcante nos países desenvolvidos, devido a falhas de mercado inerentes ao setor de saúde. Essas falhas incluem, por exemplo, assimetrias informacionais entre pacientes e médicos, seleção adversa e risco moral. A assimetria de informações entre pacientes e médicos ocorre porque os pacientes não possuem o mesmo nível de conhecimento que os médicos e fornecedores, o que pode levar a comportamentos subótimos por ambas as partes. Por exemplo, os pacientes podem não entender completamente as recomendações médicas, demandando mais serviços de saúde que o necessário, enquanto os médicos podem, intencionalmente ou não, recomendar tratamentos desnecessários. A seleção adversa ocorre quando indivíduos com condições de saúde inicialmente desfavoráveis têm maior propensão a adquirir planos de saúde, criando um desequilíbrio na distribuição de riscos. O risco moral se manifesta quando, após a contratação do seguro, os segurados alteram seu comportamento, reduzindo os investimentos em sua própria saúde e utilizando recursos médicos em excesso. Essas falhas podem resultar em problemas de equidade e ineficiências na prestação e no financiamento de serviços, impondo obstáculos à eficiência do sistema como um todo.

Assim, sistemas de saúde ao redor do mundo se organizam de maneiras diversas, com diferentes níveis e formas de intervenção governamental para alcançar um equilíbrio que busque maximizar o bem-estar social. Existem múltiplas formas de organizar os sistemas de saúde, tanto do ponto de vista

das seguradoras quanto da provisão dos serviços de saúde. Há uma tradição consolidada de análise comparativa dos sistemas de saúde, centrada na criação de tipologias e modelos.

A tipologia clássica da OCDE, formulada no final dos anos 1980, destaca as diferenças no financiamento e na provisão de serviços de saúde, ressaltando a participação dos setores público e privado. Ela classifica os sistemas de saúde dos países de alta renda em três modelos: Beveridge (ou serviço nacional de saúde), Bismarck (ou seguro social) e estadunidense (ou seguros privados). O Modelo Beveridge caracteriza-se por seguro de saúde universal financiado por impostos governamentais, provisão pública de serviços de saúde por hospitais e clínicas estatais, e serviços gratuitos ou com copagamentos baixos. O Modelo Bismarck inclui cobertura universal através de empregadores ou do governo, financiamento por contribuições salariais e impostos, e provisão privada de serviços com alta regulação de preços. Já o modelo estadunidense destaca-se pelo mercado de seguros privados como principal fonte de cobertura, seguro subsidiado para idosos (Medicare) e pessoas de baixa renda (Medicaid), e provisão privada de serviços de saúde com pouca regulação de preços.

Embora essa tipologia seja baseada em padrões gerais, ela reconhece as especificidades de cada sistema de saúde. Em países de alta renda, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido exemplifica o modelo Beveridge, enquanto o sistema alemão representa o modelo Bismarck. Contudo, essa classificação não se aplica completamente aos países de renda baixa ou média. No Brasil, por exemplo, o Sistema Único de Saúde (SUS) segue o modelo Beveridge, mas também há um mercado de seguros privados que cobre cerca de um quarto da população com serviços já incluídos no SUS (seguros duplicativos), mais próximo do modelo estadunidense. A regulação dos seguros de saúde no Brasil é limitada, concentrando-se principalmente nos planos individuais, que compõem uma pequena parte do mercado. Como resultado, a atuação do governo e a regulação deixam partes do mercado de seguros e as interações entre seguradoras e prestadores de serviços desprotegidas, o que pode levar a equilíbrios ineficientes.

Neste contexto, nossa análise não se prenderá à classificação dos sistemas, mas sim à comercialização da saúde (sistemas de securitização) e à provisão dos serviços de saúde, focando no papel dos setores público e privado. Para isso, analisamos a relação entre governo e mercado de operadoras de saúde e de provisão dos serviços de saúde em alguns países selecionados. Os países escolhidos, que representam diferentes benchmarks de sistemas de saúde, são Estados Unidos, Austrália, França, Alemanha, Japão e Colômbia. A seguir, apresentamos a análise de cada país, enfatizando a governança de consumo e provisão.

4.2

Estados Unidos

Nos Estados Unidos, o sistema de saúde é predominantemente orientado para o mercado, com serviços fornecidos por entidades privadas. A maioria dos indivíduos depende de cobertura de seguro de saúde privado para acessar cuidados médicos. As forças de mercado, a competição e a escolha do consumidor desempenham um papel significativo na formação do equilíbrio do sistema de saúde.

A cobertura assistencial é fornecida tanto por planos privados quanto subsidiada pelo setor público¹. Planos subsidiados pelo setor público atendem a pouco mais de 35% da população, sendo os programas Medicare e Medicaid os mais importantes. O Medicare subsidia a assistência à saúde de indivíduos com idade superior a 65 anos ou indivíduos com idade inferior a 65 anos com problemas de saúde de elevada gravidade, enquanto o Medicaid foca em programas de atenção básica e de saúde infantil para famílias de baixa renda. Já os planos de saúde privados não subsidiados são usados, segundo dados de 2021, por cerca de 66% da população norte-americana. Os três tipos mais comuns de planos privados são os planos empresariais, planos de aquisição direta e o programa *Tricare*.

Planos empresariais são oferecidos por empregadores e sindicatos e atendiam, em 2021, a pouco mais de 54% da população dos EUA. Já os planos de aquisição direta são aqueles negociados diretamente entre os beneficiários e as operadoras. Nessa categoria também estão incluídos os planos de saúde adquiridos através dos *marketplaces*, plataformas administradas pelo governo federal ou por alguns estados norte-americanos. Nos *marketplaces*, a população pode adquirir planos padronizados, identificar a possibilidade de subsídios e aplicar para os planos de saúde de forma simplificada. Atualmente os planos adquiridos diretamente junto às operadoras atendem a cerca de 10% da população, enquanto planos adquiridos nos *marketplaces* servem a pouco mais de 3% da população. Por fim, há ainda o programa de saúde *Tricare* criado pelo Departamento de Defesa dos EUA, voltado para militares da ativa, militares da reserva, suas famílias e afins. Esse tipo de cobertura atende aproximadamente 2,5% da população.

1 <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2022/demo/p60-278.pdf>.

A regulamentação da precificação e das características dos planos privados é baseada, em nível federal, na lei denominada *Affordable Care Act* (ACA), também conhecida como *Obamacare*, promulgada no ano de 2010². Algumas das principais características da lei, as quais interferiram diretamente nos prêmios praticados pelas operadoras, são:

- Mandato Individual: Exigência de que todos os cidadãos possuam planos de saúde, com penalidades para quem não cumprir (eliminada após 2019).
- Doenças Pré-existentes: Proibição de discriminação de preços para indivíduos com condições pré-existentes.
- Benefícios Essenciais: Definição de procedimentos mínimos que os planos devem cobrir.
- *Marketplaces*: Criação de plataformas para negociação de planos, favorecendo indivíduos de baixa renda.
- Expansão do *Medicaid*: Aumento da cobertura para a população de baixa renda. Tal aumento, todavia, tem sido alvo de disputas legais³ desde então.

De maneira geral, dentre as medidas citadas, algumas contribuíram para o aumento dos prêmios após a promulgação do ACA, como a exigibilidade de cobertura de indivíduos com doenças pré-existentes. Por outro lado, algumas evidências apontam para o fato de que a ampliação do *Medicaid* fez com que indivíduos de baixa renda agora cobertos pelo programa deixassem de fazer parte do *pool* de risco das seguradoras, reduzindo os custos dos planos ofertados nos EUA (Peng 2017).

O ACA também prevê que aumentos superiores a 15% nos planos individuais e de pequenos grupos estariam sujeitos a revisão por parte de especialistas independentes sob supervisão dos governos federais e/ou estaduais.⁴ Outro mecanismo de controle dos prêmios individuais definido a nível federal foi a razão máxima entre os preços praticados para as diferentes faixas etárias cobertas pelos planos de saúde. Tal definição obriga as operadoras a limitarem os prêmios dos indivíduos da faixa de maior idade ao limite de 3 vezes o valor praticado na faixa de menor idade.

Outra mudança bastante significativa trazida pelo ACA foi a proibição do uso de precificação com base no risco previsto ou no custo estimado de assistência de um dado indivíduo. A medida gerou uma série de críticas por dividir entre indivíduos “saudáveis” o custo de assistência de indivíduos com condições pré-existentes, encarecendo os prêmios de boa parte da população.⁵ A precificação dos planos, após o ACA, passou a ser baseada em apenas 5 critérios:

- Idade: como citado anteriormente, os prêmios para a faixa etária de maior idade não pode superar em 3 vezes o valor praticado para a faixa de menor idade;

2 <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/>.

3 <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/8347.pdf>.

4 <https://www.hhs.gov/guidance/document/webpage-rate-review-fact-sheet>.

5 <https://www.cato.org/sites/cato.org/files/2023-03/cato-handbook-9th-edition.pdf>.

- **Localização:** Custos regionais podem ser levados em consideração. Órgãos como o *National Center for Health Statistics*⁶ monitoram os preços praticados pela rede assistencial e transmitem tais informações para as agências reguladoras. O mesmo monitoramento ocorre, por exemplo, com os valores praticados nos *marketplaces* estaduais;
- **Tabagismo:** Na maioria dos estados norte-americanos, tabagistas podem ser cobrados por um valor até 50% superior ao praticado para indivíduos não tabagistas para um mesmo tipo de cobertura. O monitoramento desses indivíduos é realizado através das declarações quando da contratação dos planos.⁷
- **Individual / Família:** Planos familiares que incluam dependentes e mulheres podem ser cobrados de forma distinta. Essa distinção ocorre, por exemplo, quando um indivíduo é beneficiário de um plano empresarial privado, mas que não abrange sua família. Nesse caso, membros da família passam a ser elegíveis para planos subsidiados disponibilizados nos *marketplaces*⁸;
- **Categoria:** Foram criadas 5 categorias de planos⁹, as quais apresentam diferentes prêmios e pagamentos *out-of-pocket* inversamente proporcionais. Esse tipo de pagamento se assemelha ao modelo de coparticipação existente no Brasil.

Legislações estaduais complementam as regras federais, resultando em variações significativas nas regulamentações. Uma das variações mais significativas dentre os estados se refere à opção por expandir ou não a abrangência do *Medicaid*. Nos estados em que o programa foi expandido, um maior número de indivíduos de baixa renda passou a ser beneficiado. Em contrapartida, vários estados, como a Flórida e o Texas, optaram por não expandir a cobertura do programa após decisão da suprema corte^{10,11}.

Outras iniciativas adotadas por alguns estados foram a criação de *marketplaces* e subsídios estaduais (ex. Califórnia e Nova Iorque) e de sistemas próprios de revisão de reajustes, como ocorrido no estado do Oregon. Sob esse tipo de controle, as seguradoras passaram a ter seus reajustes validados ou não pela Divisão de Regulação Financeira do estado. Há casos em que os reajustes sugeridos foram acatados pelo órgão regulador, mas há também situações em que os reajustes foram cerca de 50% do valor proposto pelas seguradoras¹².

O mercado de saúde norte-americano é dividido em cerca de 300 regiões (mercados relevantes), das quais aproximadamente metade apresenta elevada concentração – $HHI > 2500$ (Cutler and Morton 2013). Nas últimas décadas, observou-se uma intensificação no volume de integrações horizontais e verticais que contribuíram para tal concentração, além de intensificar a aquisição de clínicas médicas por parte de grupos atuantes

6 <https://www.cdc.gov/nchs/index.htm>.

7 <https://healthcareinsider.com/health-insurance-smokers-42747>.

8 <https://www.kff.org/policy-watch/nine-changes-to-watch-in-open-enrollment-2023/>.

9 <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>.

10 <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/8347.pdf>.

11 <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicare-expansion-decisions-interactive-map/>.

12 <https://dfr.oregon.gov/healthrates/Documents/2023-rate-and-county-coverage.pdf>.

no setor hospitalar (Koch, Wendling, and Wilson 2017). O resultado da maior integração e do desenvolvimento de grandes grupos é questionado e associado com a elevação dos custos de assistência médica oferecida no país (Post, Buchmueller, e Ryan 2018). Atualmente, cerca de 70% dos hospitais pertencem a algum sistema, segundo a American Hospital Association¹³. Classificam-se como parte de um sistema os hospitais que apresentam uma administração centralizada e integram diferentes níveis de atendimento (e.g. clínicas ambulatoriais e hospitais especializados), além de possuir um número significativo de profissionais sob sua gestão.

Embora os grupos empresariais exerçam um papel relevante no sistema de saúde americano, há ainda uma participação significativa de organizações filantrópicas e de propriedade pública. Em 2018, dos cerca de 5200 hospitais de pronto-atendimento, 57% eram filantrópicos, 25% com fins lucrativos e os demais públicos¹⁴.

Ademais, o setor de saúde americano possui uma série de agentes regulatórios. O principal órgão é o Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS), instituição associada ao poder executivo norte-americano. Sob supervisão do HHS estão as principais agências que visam a assegurar a qualidade dos serviços médicos prestados, a manutenção do acesso à saúde pela população, bem como o desenvolvimento ético e adequado de equipamentos de saúde e medicamentos.

O Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), por exemplo, é uma agência federal subordinada ao HHS e responsável pela supervisão dos planos ofertados no Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program, bem como pelos planos negociados através dos marketplaces. Um exemplo da atuação dos CMS é a elaboração de legislações em nível federal como o *Inflation Reduction Act* que estabelece, por exemplo, teto de gastos com remédios para beneficiários do Medicare¹⁵. Outro exemplo de instituição associada ao HHS é a Food and Drug Association (FDA), responsável pela regulação de desenvolvimento de novos medicamentos, produtos biológicos e equipamentos médicos.



13 <https://www.aha.org/statistics/fast-facts-us-hospitals>.

14 <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>.

15 <https://www.cms.gov/inflation-reduction-act-and-medicare>.

4.3

Austrália

A Austrália possui um sistema público universal de saúde que atende todos os cidadãos australianos, bem como indivíduos com permissão de residência permanente. Como nem todos os procedimentos são cobertos pelo sistema público, e para evitar sua saturação, os australianos são incentivados a adquirir planos de saúde privados através de favorecimentos tributários para os beneficiários e/ou penalizações para quem opte por permanecer exclusivamente dependente do setor público. Atualmente, cerca de metade da população possui algum tipo de assistência suplementar privada¹⁶.

O sistema é financiado através do recolhimento direto de impostos, sendo cobrado o total de 2% do rendimento tributável da população. Além desse montante, há ainda uma sobretaxa cobrada de indivíduos com renda tributável acima de um determinado nível (cerca de AU\$90000/pessoa) e que não possuem plano de saúde privado que atenda a uma série de requisitos. Nesse caso, a taxa adicional pode chegar a 1,5% do rendimento tributável¹⁷.

A cobertura assistencial do sistema público australiano inclui atendimentos em geral, sendo que médicos podem optar por receber diretamente do governo ou receber dos pacientes, que posteriormente solicitam reembolso. O governo poderá cobrir o custo do atendimento em sua totalidade ou parcialmente. Dentre os serviços não cobertos pelo sistema público estão o transporte hospitalar (incluindo despesas com ambulâncias), serviços odontológicos, óculos, lentes e procedimentos estéticos.

O governo encoraja a adesão aos planos privados, oferecendo incentivos financeiros, como a redução de impostos através do *Private Health Insurance Rebate* e o programa *Lifetime Health Cover*. O *Private Health Insurance Rebate* é um subsídio oferecido que pode ser utilizado para a redução do prêmio a ser pago pelos beneficiários dos planos privados, ou como abatimento nos impostos a serem pagos pelos contribuintes anualmente. O desconto depende da faixa de renda, bem como da idade dos beneficiários. Já o *Lifetime Health Cover* é uma política desenhada para incentivar à contratação de

16 <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/australia>.

17 <https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-and-private-health-insurance/Medicare-levy-surcharge/Paying-the-medicare-levy-surcharge/>.

planos privado entre os mais jovens (menores de 30 anos) e menos propensos a ter doenças sérias. O programa introduz uma penalização (de 2% por ano) para os australianos que quiserem aderir à cobertura hospitalar privada após completarem 30 anos de idade e nunca tiveram um plano anteriormente. Por exemplo, um indivíduo com quarenta anos de idade que busca contratar um plano de saúde hospitalar privado, mas que nunca contratou um plano privado anteriormente, pagará um prêmio 20% superior (2% de penalização por ano) a outro indivíduo da mesma idade.

Existem dois tipos de coberturas privadas, a hospitalar e a para tratamentos em geral, oferecidas pelas operadoras de forma combinada. Os tipos de procedimentos e atendimentos cobertos pelo plano de saúde variam conforme a categoria do mesmo. As categorias são: Básico, Bronze, Prata e Ouro, sendo Ouro a categoria mais abrangente. Os planos podem ainda variar conforme sua abrangência geográfica, podendo ser regionais ou com cobertura nacional. De maneira geral, os planos privados oferecem maior agilidade no atendimento, possibilitam a escolha de profissionais por parte dos beneficiários e, muitas vezes, são menos custosos que as penalizações previstas na legislação australiana para indivíduos de renda elevada que não possuem planos privados. Por essas razões, o percentual de beneficiários tem crescido significativamente, ultrapassando metade da população do país, como citado anteriormente.¹⁸

Em relação aos custos de tratamento, o sistema australiano funciona combinando recursos do sistema público e do sistema privado. Os procedimentos são tabelados segundo o *Medicare Benefit Schedule* (MBS), algo equivalente à Tabela SUS existente no Brasil. Quando um paciente que possui plano de saúde privado é atendido (independente se em hospital privado ou público), 75% dos custos previstos na MBS são pagos pelo governo e 25% pagos pela operadora do plano privado. É válido ressaltar que médicos, hospitais e demais profissionais nesse caso possuem liberdade para precificar seus serviços independente da MBS, logo pacientes podem ser obrigados a complementar os custos de seu tratamento através de uma espécie de coparticipação¹⁹.

A precificação de prêmios na Austrália é definida pelo *Private Health Insurance Act 2007*. O primeiro ponto destacado pela lei é a definição de preços com base em características comunitárias, ou seja, os convênios são proibidos de aplicar condições específicas com base em características individuais dos assegurados. Não é permitida distinção por conta de doenças pré-existentes, sexo, doenças crônicas, tampouco idade. A diferenciação dos valores praticados é exclusivamente decorrente do pacote de benefícios ofertado. A região de abrangência dos planos, por sua vez, pode interferir nos custos dos prêmios uma vez que os custos locais divergem significativamente do país.

Os reajustes dos planos também são regulados pela legislação vigente, devendo qualquer alteração dos prêmios ser requisitada ao Ministério da Saúde Australiano. O pedido de reajuste pode ser feito pelas operadoras apenas uma vez no ano e a aprovação do Ministério da Saúde leva em

18 <https://privatehealthcareaustralia.org.au/australians-sign-up-to-private-health-insurance-in-record-numbers/>.

19 https://www.privatehealth.gov.au/health_insurance/howitworks/out_of_pocket.htm.

consideração o aumento dos custos da área, bem como os subsídios públicos que serão aplicados no ano seguinte. Os reajustes são definidos para o plano ofertado, independente da contratação ser individual ou coletiva. Para que se tenha uma base da ordem de grandeza dos reajustes, nos últimos 4 anos (2020-2023) os reajustes anuais autorizados variaram entre 2.70% e 2.92%²⁰.

Por fim, um mecanismo definido pelo governo promove uma equalização de risco entre as carteiras, devendo as operadoras com carteiras mais jovens e de menor risco contribuir para uma espécie de *pool* que faz a redistribuição desses recursos.

A rede de provedores australiana é praticamente dividida igualmente entre hospitais públicos e privados. De acordo com a Associação Australiana de Hospitais Privados (2020), o setor privado possui cerca de 650 hospitais, pouco mais de 34 mil leitos e aproximadamente o equivalente a 69 mil profissionais de saúde em tempo integral. Já o setor público é responsável por pouco menos de 700 hospitais, os quais possuem mais de 60 mil leitos²¹.

Os estados australianos são os responsáveis pela maior parte dos investimentos públicos no setor hospitalar. Dada suas limitações orçamentárias, muitos estados utilizaram Parcerias Público-Privadas para expandir sua capacidade hospitalar (Healy, Sharman, e Lokuge 2006). Esse movimento justifica parte do crescimento do percentual de hospitais privados ocorrido desde os anos 1990, quando representavam cerca de 30% do total de hospitais, até os dias atuais.

O principal órgão regulador do sistema de saúde australiano é o Departamento de Saúde e Cuidados aos Idosos. O departamento é dividido em três principais órgãos. O primeiro é a Administração de Bens Terapêuticos, responsável pela aprovação de medicamentos, vacinas, equipamentos médicos e afins. Há um segundo órgão responsável pela fiscalização da qualidade de serviços prestados à população em idade avançada e, por fim, um terceiro órgão focado na proteção dos direitos dos beneficiários de planos de saúde privados²².

O sistema de saúde australiano é caracterizado por um sistema público universal que atende todos os cidadãos e residentes permanentes, complementado por incentivos para a aquisição de planos de saúde privados. Financiado por impostos, o sistema público cobre a maior parte dos atendimentos, enquanto procedimentos não cobertos são incentivados a serem financiados por planos privados. A regulamentação dos planos privados inclui precificação comunitária e revisão anual dos prêmios pelo Ministério da Saúde. A rede de provedores é equilibrada entre hospitais públicos e privados, com estados promovendo investimentos através de Parcerias Público-Privadas. O Departamento de Saúde e Cuidados aos Idosos atua como principal regulador, supervisionando a aprovação de medicamentos, a qualidade dos serviços para idosos e a proteção dos direitos dos beneficiários de planos privados. Desafios incluem a gestão de custos e a manutenção de um equilíbrio eficaz entre os setores público e privado.

20 <https://www.health.gov.au/sites/default/files/2023-07/average-annual-price-changes-in-private-health-insurance-premiums.pdf>.

21 <https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/australias-hospitals-at-a-glance>.

22 <https://www.health.gov.au/about-us/what-we-do/regulation-and-compliance>.

4.4

França

A França também possui um sistema de saúde universal e público, todavia os pacientes contribuem diretamente com parte dos custos dos seus atendimentos. Essa característica faz com que muitos franceses adquiram planos de saúde privados para reduzir a necessidade de pagamentos diretos (*out-of-pocket*). Vale destacar que os gastos públicos com saúde superam 12% do PIB, situando-se acima da média da União Europeia. Em 2019, os gastos públicos em saúde correspondiam a 77% dos gastos totais, enquanto os pagamentos realizados por seguros de saúde suplementares equivalem a 14% do total dos gastos em saúde e os pagamentos diretos correspondiam a 9% dos gastos realizados anualmente (Z. Or et al. 2023).

Os pagamentos realizados pelo setor público seguem valores previamente definidos pelo sistema público de saúde e variam conforme o tipo de assistência prestada. Consultas com especialistas, por exemplo, podem ser reembolsadas em até 70%. Custos hospitalares são reembolsados em até 80% e medicamentos são subsidiados (Couffinhal e Franc 2020). Exceções são concedidas para pacientes com doenças crônicas e submetidos a procedimentos de alta complexidade, que são muitas vezes dispensados dos copagamentos previstos, ou contribuem com um valor máximo estipulado. O mesmo ocorre para parte da população de baixa renda. Embora o governo não defina diretamente os preços praticados pelos prestadores, a negociação existente para definição dos valores reembolsados pelo sistema público acaba direcionando a oferta de serviços de saúde, bem como o mercado de medicamentos no país.

Existem na França três tipos de organizações atuantes no mercado de seguros de saúde complementar. As organizações sem fins lucrativos denominadas *mutuelles* são a opção de cerca de 60% da população (Z. Or et al. 2023). Há também instituições de previdência, também sem fins lucrativos, e ainda as instituições comerciais (Buchmueller e Couffinhal 2004; Couffinhal e Franc 2020). As *mutuelles* são a categoria mais antiga, surgindo ainda no século 19, enquanto as instituições de previdência surgiram após a segunda guerra e as instituições comerciais em meados dos anos 1980.

Dadas as características do sistema público de saúde francês, e, especialmente, a relevância dos copagamentos, criou-se espaço para a atividade

de seguradoras privadas. Atualmente, mais de 95% dos franceses possuem algum tipo de cobertura complementar privada²³. Os seguros privados representam cerca de 14% dos gastos com saúde na França, como citado anteriormente, mas é importante ressaltar a diferença entre as áreas em que os gastos são realizados. A assistência privada é pouco relevante no pagamento de custos hospitalares, que são cobertos essencialmente pelo Sistema Público (aproximadamente 91%) e apenas cerca de 5% pelos seguros privados. Por outro lado, cerca de 21% dos custos com assistência ambulatorial são pagos através dos seguros privados, percentual que aumenta para cerca de 39% nos custos com próteses, equipamentos médicos pessoais, óculos e afins (Couffignal e Franc 2020).

O uso de seguros de saúde complementares (privados) pela quase totalidade da população se deve à dificuldade de se arcar com os copagamentos por conta própria, mas também por uma série de incentivos governamentais e até mesmo imposições legais, como a Lei denominada *Accord National Interprofessionnel*. Essa lei prevê a obrigatoriedade de pagamento de planos privados para funcionários de qualquer empresa, independentemente de seu tamanho (Pierre e Jusot 2017; Perronnin, Pierre e Rochereau 2011).

Tal medida fez com que muitos beneficiários tivessem seus planos contratados pelas empresas, condição em que os reajustes e definição dos prêmios são feitos diretamente com as seguradoras, sendo os reajustes supervisionados pelo órgão responsável (ACPR), mas sem uma especificação objetiva dos limites dos reajustes aplicados. Já os planos individuais ou em grupos (não empresariais) tiveram parte das suas condições definidas pelo próprio mercado, mas também são afetados por medidas governamentais. Uma das ações do governo foi a extensão da isenção do pagamento de 7% de impostos para as seguradoras comerciais. Até então esse benefício era concedido apenas para as seguradoras sem fins lucrativos. Tal benefício foi estendido com a condição de que os prêmios não fossem definidos com base em condições de saúde pré-existent e que as seguradoras oferecessem um pacote mínimo de benefícios (Couffignal e Franc 2020). Na prática o controle dos reajustes dos prêmios é realizado através do monitoramento e exigência de transparência na ocasião dos aumentos e pela concorrência no mercado de seguradoras.

Outra imposição legal foi a reforma intitulada *Code de la Mutualité*, que definiu que as *mutuelles* poderiam utilizar apenas idade, local de residência e números de segurados como critérios para precificação de seus planos. Assim, a avaliação de risco não poderia mais ser levada em consideração na definição dos prêmios. Outra medida tomada para trazer mais competição e transparência para o mercado de seguros privados foi o *Social Security Financing Act* de 2012. Essa legislação definiu que as seguradoras seriam obrigadas a prestar contas de maneira pública quanto aos seus custos em relação aos prêmios estipulados.

A França também possui um sistema de incentivos (*vouchers*) destinados à população de baixa renda. Tal medida se mostrou eficaz na redução dos prêmios dos indivíduos que se encaixavam nas condições estipuladas, porém trouxe preocupações quanto aos demais indivíduos que não

23 <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/france>.

se encaixavam em tais critérios e que poderiam ter seus prêmios afetados (Couffignal e Franc 2020).

Por fim, nota-se que a precificação dos prêmios no setor privado é baseada num *pool* de beneficiários separados por faixa etária, sendo os reajustes monitorados pelo Departamento de Seguridade Social, Ministério da Saúde e Ministério de Economia e Finanças.²⁴

Quanto à provisão dos serviços de saúde, a França possui aproximadamente 3 mil unidades hospitalares, das quais cerca de 45% são públicas, 33% privadas com fins lucrativos e 22% privadas sem fins lucrativos. Os hospitais sem fins lucrativos são em sua maioria administrados por instituições religiosas e fundações e operam de forma similar aos hospitais públicos. Os atendimentos de urgência e emergência no país ocorrem majoritariamente nos hospitais públicos, enquanto os hospitais privados realizam a maior parte dos procedimentos eletivos e de menor complexidade (Z. Or et al. 2023).

O número de total de leitos ilustra novamente a relevância do setor público no sistema de saúde francês. Do total de leitos, cerca de 60% estão em hospitais públicos, 25% em hospitais privados com fins lucrativos e 15% em hospitais privados sem fins lucrativos (DREES, 2021).

O governo francês utiliza uma série de medidas para controle da prestação de serviços de saúde. A Diretoria de Seguridade Social, por exemplo, é o órgão do governo que supervisiona os planos de saúde estatutários (públicos). Esses planos firmam contratos a cada três anos com o Ministério da Saúde, em que são estabelecidas as condições de funcionamento do sistema, incluindo o orçamento geral, as coparticipações a serem pagas pelos usuários, bem como os valores pagos a provedores. Já os planos privados são regulados por legislações específicas a depender do tipo de plano. Todos os códigos que regem os três tipos de seguradoras privadas são supervisionados pela autoridade governamental denominada *Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution* (Or et al. 2023).

Ainda segundo Or et al. (2023), as regulações governamentais ocorrem não apenas no nível das operadoras, mas também no nível dos prestadores. Profissionais de saúde são regidos pelo Código de Saúde Pública, embora cerca de dois terços dos profissionais atuem de maneira autônoma no país. Já os hospitais revalidam obrigatoriamente suas licenças de atuação a cada quatro anos. Nesse processo, as unidades são vistoriadas por agentes da Autoridade Nacional Francesa para a Saúde.

Há ainda a atuação direta do governo no controle de pesquisa, desenvolvimento e comercialização de fármacos, bem como no estabelecimento de serviços obrigatoriamente cobertos pelo sistema público de saúde. O rol de procedimentos atendidos pelo setor público é estabelecido através de decretos e legislações específicas.

24 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447717/>.

4.5

Alemanha

O sistema de saúde alemão é caracterizado por uma combinação de seguros de saúde estatutários (público) e seguros de saúde privados. O setor público é responsável pelo *Statutory Health Insurance* (SHI), uma espécie de seguro de saúde público obrigatório. Os seguros públicos são ofertados por aproximadamente 100 diferentes seguradoras, denominadas *Krankenkassen*, as quais têm certa autonomia na oferta de serviços e concorrem entre si pelos segurados. A fiscalização e gestão do sistema compete tanto ao governo federal, quanto aos estados. À esfera federal compete a definição das diretrizes do sistema e as coberturas mínimas oferecidas, enquanto os estados são responsáveis pelo planejamento da estrutura hospitalar e pela prestação dos serviços médicos. Além disso, associações civis desempenham um papel significativo na gestão dos fundos de saúde.

Atualmente o SHI cobre cerca de 87% da população, enquanto o restante da população é atendido pelo setor privado. A cobertura oferecida pelo sistema público é universal e compreende uma ampla gama de benefícios, que incluem além de tratamentos essenciais, serviços preventivos, saúde mental, cuidados odontológicos e outros (Blumel et al. 2020; Busse 2009).

Em relação aos custos, em 2018, os gastos com saúde na Alemanha representavam 11,7% do PIB, com mais de 70% desse gasto realizados pelo poder público. O financiamento desses custos se dá através de contribuições obrigatórias, que correspondem a cerca de 15% dos rendimentos brutos dos contribuintes, que são igualmente divididos entre empregadores e empregados. Todos os recursos são coletados pelos 105 fundos existentes e então encaminhados para um *pool* central que redistribui os recursos conforme classificação de risco e características demográficas das regiões (Blumel et al. 2020).

O setor de seguros de saúde privados, por sua vez, é dividido em dois mercados. O primeiro é substitutivo ao SHI e é utilizado por indivíduos que não são cobertos pelo SHI. Já o segundo mercado é constituído por seguros de saúde complementares/suplementares ao SHI, os quais podem ser contratados por beneficiários do sistema público de saúde e oferecem serviços adicionais como a possibilidade de quartos individuais, atendimentos com chefes de serviço e afins.

O sistema privado de cobertura total, substitutivo ao SHI, é utilizado por cerca de 11% da população²⁵, incluindo profissionais autônomos, servidores civis que não possuem cobertura pelo SHI e indivíduos cuja renda supera um valor determinado e que podem fazer a opção por adquirir um plano privado. Em 2012, esse valor era cerca de 50 mil euros anuais, atingindo aproximadamente 64 mil euros anuais em 2021 (Greß, 2016). A categoria de servidores civis tem parte de seus prêmios pagos pelo setor público e em certos estados podem optar por aderir ao sistema de saúde público (Blumel et al. 2020).

No setor privado, os prêmios são definidos com base no risco dos segurados no momento da contratação e em suas idades. A cobertura de dependentes também deve ser contratada à parte, diferentemente do ocorrido no SHI. Assim, existem incentivos financeiros para que indivíduos de alta renda, sem dependentes e com reduzidos riscos médicos optem por adquirir planos de saúde substitutivos (o que prejudica a sustentabilidade financeira do SHI).

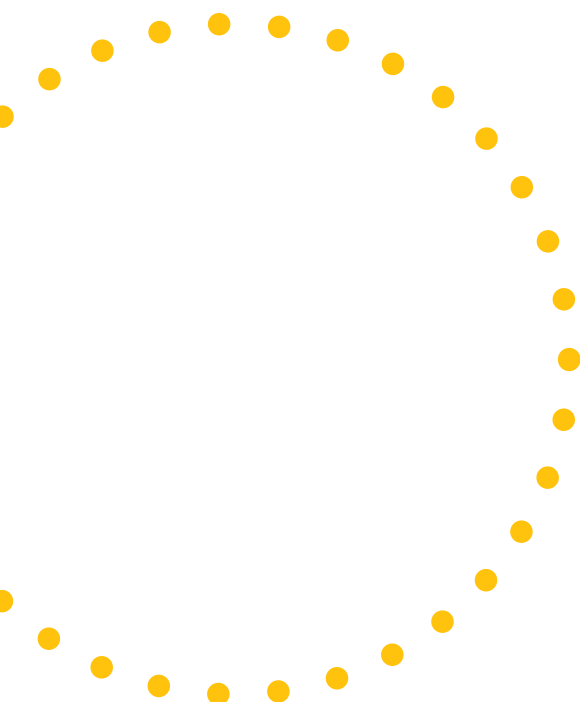
Os valores desses planos são controlados por uma série de mecanismos regulatórios. Um deles é a exigência legal de que os planos privados reservem parte de suas receitas de beneficiários jovens para subsidiar os prêmios quando esses indivíduos envelhecerem, limitando aumentos significativos nos prêmios para idades mais avançadas. Essa medida visa limitar os significativos aumentos nos valores dos prêmios para idades mais avançadas.

Outro mecanismo de controle de prêmios, estabelecido na reforma de 2009, obriga os planos de saúde privados a oferecerem um plano *standard* com benefícios mínimos equivalentes ao SHI, e cujo prêmio não pode exceder a contribuição máxima prevista pelo sistema público. Essa medida foi importante para assegurar cobertura assistencial a indivíduos de maior idade, uma vez que o modelo alemão limita a possibilidade de migração do setor privado para o setor público (Greß 2016), e principalmente porque os prêmios praticados pelo setor privado são dependentes das idades dos beneficiários (Blumel et al. 2020).

Por fim, a variação dos preços dos prêmios na Alemanha só pode ocorrer com base em mudanças de faixa etária e por consequência de aumento de custos médicos e hospitalares (inflação). Todos os aumentos de prêmios são fiscalizados pela Autoridade Federal de Supervisão Financeira. O órgão fiscaliza tanto a sustentabilidade financeira das operadoras, como a conformidade dos reajustes. Uma característica relevante que afeta a precificação dos prêmios é o fato de os contratos no setor privado serem focados no longo prazo. Os beneficiários escolhem uma das cerca de 50 operadoras disponíveis e estabelece um vínculo vitalício. Não há opção de rescisão unilateral por parte das operadoras, mas os beneficiários podem optar por trocar de operadora. A definição do prêmio é feita no início do contrato com base no risco do paciente, mas a partir daí a precificação é atualizada com base no *pool* de segurados de cada operadora (Atal et al. 2023).

25 <https://www.publichealth.columbia.edu/research/others/comparative-health-policy-library/germany-summary#:~:text=The%20statutory%20health%20is%20mandatory,and%2011%25%20through%20private%20insurance.>

A maioria dos provedores alemães atendem tanto aos beneficiários do SHI, quanto aos beneficiários de planos privados. Em 2018, havia aproximadamente 1900 hospitais e um total de cerca de 500 mil leitos disponíveis na Alemanha, sendo 48% dos leitos pertencentes a hospitais públicos, 33% em hospitais privados sem fins lucrativos e 19% em hospitais privados com fins lucrativos (Blumel et al. 2020).



4.6

Japão

O sistema de saúde japonês, instituído em 1961, é reconhecido por sua cobertura universal e eficiência, refletida na elevada expectativa de vida da população. Todavia, o envelhecimento da população e a baixa taxa de natalidade têm motivado agentes públicos a buscarem alternativas para que o sistema se mantenha viável nas próximas décadas.

Por lei, todos os residentes do Japão, incluindo estrangeiros, são obrigados a ter um seguro de saúde. Tal obrigatoriedade e o financiamento por contribuições obrigatórias aproxima o modelo japonês do modelo Bismarckiano desenvolvido na Alemanha. Os dois principais tipos de seguros públicos são o Sistema de Seguros de Saúde de Funcionários e o Seguro de Saúde Nacional (NHI). O primeiro atende à população formalmente empregada e seus dependentes, enquanto o segundo atende aos autônomos e desempregados.

Mesmo sendo público, o sistema japonês prevê copagamentos que variam conforme a idade dos beneficiários e são definidos nacionalmente. A coparticipação máxima em 2017 era de 30% para pacientes com idades até 69 anos e a mínima era de 10% para pacientes com 75 anos ou mais. Ressalta-se ainda que os gastos em saúde pagos com recursos públicos chegavam a 85% do total de gastos em 2015 (Sakamoto et al. 2018).

Os planos de saúde voluntários (privados) são utilizados por cerca de 70% da população²⁶ e são complementares e/ou suplementares aos planos públicos (Sakamoto et al. 2018). O sistema privado tipicamente conta com produtos que não têm restrição de elegibilidade, podem ser contratados por período anual ou vitalício, têm seus prêmios baseados em idade, sexo e extensão da cobertura ofertada e são regulados pela *Finance Agency* japonesa. É importante ressaltar que a regulação se limita a controlar se as seguradoras estão honrando com as condições previstas em suas apólices (Kwon, Ikegami, e Lee 2020). São comuns seguros que incluem proteção contra doenças específicas (ex. câncer) e que ofereçam proteção em casos de perda repentina de renda por razões de saúde, por exemplo.

26 <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/japan>.

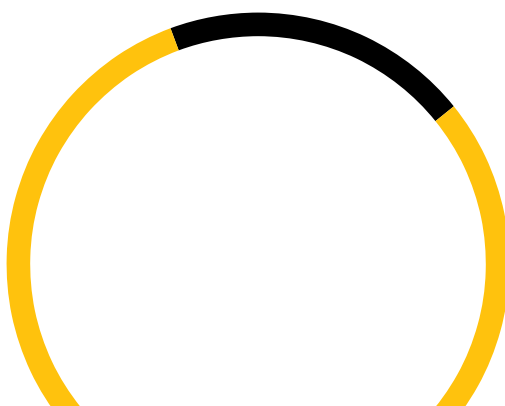
Para a viabilização do setor público, além dos copagamentos previstos, os indivíduos formalmente empregados contribuem com aproximadamente 10% dos seus rendimentos, sendo o limite máximo de contribuição de 13%. Esse valor é dividido igualmente entre funcionários e empregadores e as contribuições ocorrem de maneira similar ao ocorrido na Alemanha. Já profissionais autônomos e demais pessoas cobertas pelo NHI têm seus prêmios definidos pelas autoridades locais com base nos seus custos assistenciais.

Há ainda um sistema diferenciado para definição dos prêmios para beneficiários acima dos 75 anos. Até 2008 esses indivíduos eram isentos de qualquer cobrança, todavia com o intuito de manter a sustentabilidade do sistema os idosos passaram a contribuir, na forma de copagamento, com 10% dos custos assistenciais a eles concedidos. O custo restante é subsidiado tanto pelo governo, quanto por recursos provenientes dos contribuintes mais jovens.

Vale ressaltar que embora os percentuais de contribuição previstos cheguem a 30% dos custos assistenciais para gerações mais novas, em 2014 o total de pagamentos ao sistema público por parte da população (*out-of-pocket*) não chegava a 12% do total dos gastos (Sakamoto et al. 2018). Uma série de subsídios para populações jovens e idosas, bem como limites de gastos máximos por internação, em especial para tratamentos de alto custo, são os principais responsáveis por essas distorções e trazem uma preocupação constante no que se refere à sustentabilidade financeira do sistema japonês (The Economist 2020).

Já a definição de prêmios no setor privado é controlada pelo Departamento de Seguros de Saúde e pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar (Axelson e Goursat 2019), e se baseia em idade, sexo e no tipo de benefício ofertado. São comuns planos que ofereçam complementação de renda em caso de doenças, como citado anteriormente.

O sistema público de saúde está sob gestão do Ministério da Saúde, mas há agentes regulatórios e de controle também nas esferas subnacionais responsáveis pela implantação e controle dos serviços prestados. Cabe à administração regional, por exemplo, a definição dos Planos de Cuidados Médicos a cada 5 anos com base nas características regionais, incluindo planos de distribuição da infraestrutura hospitalar, monitoramento dos profissionais disponíveis por região e afins.



4.7

Colômbia

O sistema de saúde colombiano teve seu modelo definido inicialmente por uma extensa reforma no setor de saúde proposta em 1993, que incluiu a obrigatoriedade de seguro de saúde social universal. Na ocasião, apenas cerca de 25% da população tinha acesso à saúde. Atualmente a cobertura do sistema se aproxima da universalidade, embora recentemente tenha sido alvo de novas propostas parcialmente suportadas e parcialmente questionadas por diferentes parcelas da população²⁷.

O modelo colombiano consiste em três tipos de regime, o contributivo, o subsidiado e o vinculado. O contributivo é composto por beneficiários com empregos formais e pessoas com condições de renda mais elevadas, enquanto o regime subsidiado é bancado por parte da receita proveniente do regime contributivo, bem como por impostos coletados pelo governo. Em ambos os regimes citados, os desembolsos para recebimento de assistência médica se fazem necessários. Comparando o sistema colombiano com o sistema brasileiro, podemos inferir que o regime contributivo cumpre o papel exercido pela saúde suplementar no Brasil, enquanto o subsidiado seria o equivalente a um sistema público, embora os setores público e privado coexistam na formação do sistema de saúde colombiano.

Adicionalmente, colombianos ainda podem optar pela contratação de planos de saúde privados conhecidos como *Medicina Prepagada*. Esses planos privados, contratados por cerca de 3% da população colombiana²⁸, são complementares aos serviços oferecidos pelas EPS e têm como vantagens a maior agilidade na marcação de consultas, disponibilização de tratamentos não ofertados pelas EPS, como cirurgias bariátricas, locais de internação privativos e outros²⁹. Todos os planos de *Medicina Prepagada* são sujeitos à fiscalização da Superintendência Nacional de Saúde.

Os prêmios praticados pelos planos de *Medicina Prepagada* não são controlados diretamente pelo governo, embora suas correções devam

27 <https://www.thedialogue.org/analysis/does-colombias-health-system-need-an-overhaul/>.

28 <https://www.larepublica.co/empresas/la-medicina-prepagada-cuenta-con-mas-de-1-5-millones-de-afiliados-en-el-pais-2880859>.

29 <https://www.colmedica.com/Paginas/todo-sobre-medicina-prepagada/medicina-prepagada-que-es-y-como-funciona.aspx#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20medicina%20prepagada,adquiere%20adicional%20a%20la%20EPS>.

seguir uma série de critérios baseados em idade, nível de cobertura e histórico médico. Em 2019, os custos mensais variavam de R\$ 140,00 para jovens na primeira faixa etária a R\$ 1200,00 para beneficiários acima de 60 anos³⁰.

Já os prêmios definidos para o sistema contributivo são fixados em 12,5% do salário, dos quais 8,5% devem ser pagos pelos empregadores e 4% pagos pelos empregados, sendo esse montante descontado diretamente dos salários mensais. Trabalhadores independentes são cobrados de maneira um pouco distinta, sendo os 12,5% cobrados sobre 40% do total de suas receitas³¹.

Além dos prêmios estipulados, copagamentos (*out-of-pocket*) são previstos no sistema de saúde colombiano e em 2020 correspondiam a cerca de 13% do total de gastos com saúde no país.

A prestação de serviços de ambos os regimes ocorre através das Empresas Promotoras de Saúde (EPS), sendo que seguradoras (EPS) privadas correspondiam a 86% das afiliações existentes no início dos anos 2000 (Vargas et al. 2010). A criação dessas empresas, em boa parte contando com capital privado, foi a essência do Modelo de Competição Gerenciada colombiano em que empresas seguradoras competem pelos beneficiários, enquanto contribuem para maior dispersão dos serviços disponibilizados para a população. Esse modelo é ainda complementado por prestadores de saúde públicos geralmente regidos por órgãos municipais, que atendem à população sem acesso aos seguros de saúde existentes.

30 <https://www.larepublica.co/especiales/especial-salud-agosto-2019/como-y-cuando-es-mas-conveniente-adquirir-un-plan-de-medicina-prepagada-2901113>.

31 <https://actualicese.com/aporte-a-salud-2023-en-el-regimen-contributivo/>.

4.8

Conclusão e discussão

A comparação dos sistemas de saúde nos Estados Unidos, Austrália, França, Alemanha, Japão e Colômbia evidencia divergências e pontos de convergência na ação governamental e na precificação dos seguros. Em todos esses países, a presença do governo é muito relevante, seja através de regulamentações ou da provisão direta de serviços de saúde. No entanto, a maneira como cada país equilibra a intervenção estatal e a participação do setor privado varia consideravelmente.

Nos Estados Unidos, a abordagem é predominantemente orientada para o mercado, com um papel significativo do governo na regulação, especialmente após a promulgação do *Affordable Care Act* (ACA). O ACA estabeleceu normas como a proibição de discriminação contra indivíduos com condições pré-existent e a criação de *marketplaces* para facilitar a aquisição de seguros. A precificação dos prêmios é baseada em fatores como idade, localização e hábitos de vida, e está sujeita a revisões anuais por especialistas independentes. As seguradoras podem ajustar os prêmios com base nesses fatores, mas esses ajustes estão sujeitos a revisões anuais por especialistas independentes, o que busca garantir que os aumentos sejam justificados e equitativos. Com a exceção dos Estados Unidos, todos os demais países analisados possuem sistemas universais de saúde, em geral, através de seguros públicos, complementados por seguros privados, como forma de manter a sustentabilidade do sistema.

A Austrália adota um sistema público universal, complementado por seguros privados incentivados por subsídios fiscais e programas específicos. O governo regula a precificação dos prêmios através do *Private Health Insurance Act 2007*, proibindo a discriminação baseada em características individuais e controlando os reajustes anuais. A precificação é baseada em critérios como idade e localização geográfica, e as seguradoras devem submeter qualquer aumento de prêmios à aprovação governamental, assegurando que os custos permaneçam acessíveis para os consumidores.

Na França, o sistema é universal e público, com uma integração significativa de seguros complementares privados. O governo regula indiretamente a precificação dos prêmios, estabelecendo critérios baseados em idade, local de residência e composição familiar. Embora as seguradoras

privadas ofereçam seguros complementares, elas são obrigadas a seguir as diretrizes governamentais que garantem cobertura mínima e evitam discriminação. Incentivos fiscais e leis que obrigam a cobertura para empregados ajudam a manter a acessibilidade no sistema.

A Alemanha combina seguros de saúde públicos (SHI) obrigatórios e privados, com uma intervenção governamental na definição de diretrizes e na redistribuição de recursos. No país, os prêmios dos seguros são determinados com base no risco do segurado no momento da contratação e são ajustados conforme a idade e os custos médicos. Medidas como a reserva de receitas para subsídios futuros e a exigência de planos *standard* equivalentes ao SHI (*Statutory Health Insurance*) buscam manter os prêmios acessíveis, mesmo com o envelhecimento da população.

No Japão, o sistema universal é caracterizado por copagamentos variáveis e seguros privados complementares. O governo desempenha um papel central na definição da estrutura dos prêmios e na regulação dos seguros privados, que são baseados em idade, sexo e cobertura. Esta abordagem busca equilibrar a provisão de serviços universais com a sustentabilidade financeira do sistema. Os prêmios de seguros de saúde são definidos pelo governo, com regulação sobre os seguros privados complementares. Os prêmios são baseados em critérios como idade, sexo e tipo de cobertura, e há uma divisão de custos entre empregadores e empregados para os seguros públicos. A regulação visa equilibrar a provisão de serviços universais com a sustentabilidade financeira do sistema, garantindo que os prêmios permaneçam dentro de limites acessíveis.

A Colômbia implementou um sistema de saúde universal com três regimes: contributivo, subsidiado e vinculado. O governo central regula os prêmios, fixados em uma porcentagem dos rendimentos para o regime contributivo, e incentiva a adesão a seguros privados complementares. Este modelo assegura a cobertura universal enquanto promove a participação do setor privado. A precificação dos seguros de saúde no regime contributivo é fixada em 12,5% dos rendimentos, divididos entre empregadores e empregados, com trabalhadores independentes contribuindo de maneira ajustada. Os seguros privados complementares, conhecidos como *Medicina Prepagada*, oferecem benefícios adicionais e têm seus prêmios baseados em idade, nível de cobertura e histórico médico. A regulação governamental incentiva a adesão a esses seguros, mantendo uma estrutura de preços que busca balancear acessibilidade e cobertura adicional.

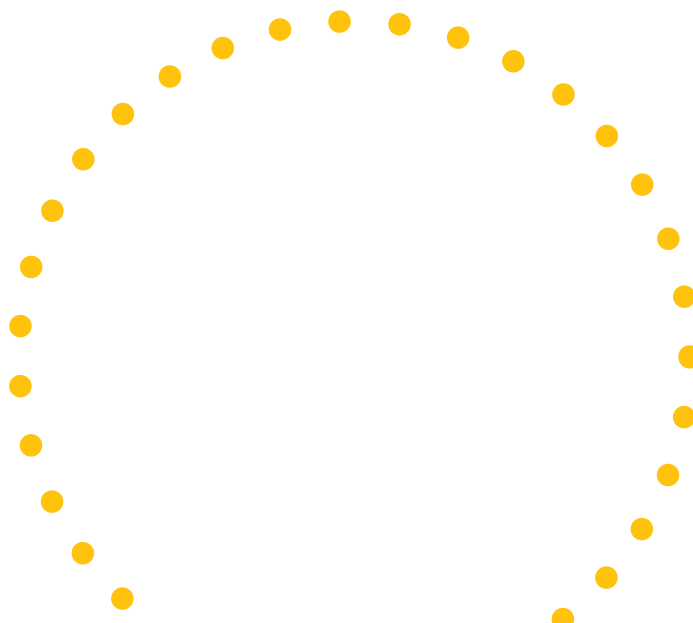
Os desafios comuns incluem a necessidade de garantir sustentabilidade financeira diante de populações envelhecidas, como observado no Japão e na Alemanha, e a busca por maior equidade no acesso aos serviços de saúde, como é um desafio constante nos Estados Unidos e na Colômbia. A regulação da precificação dos seguros varia entre os países, com abordagens mais diretas na Austrália e França, enquanto nos Estados Unidos e Colômbia a regulação foca em parâmetros específicos e incentivos.

As diferenças nos sistemas de saúde podem ser analisadas sob três aspectos principais: orientação de mercado *versus* intervenção estatal, modelo de financiamento e regulação da precificação. Os Estados Unidos se destacam como o único país com uma predominância da orientação para o mercado, com regulamentações focadas na proteção do consumidor e na acessibilidade dos serviços de saúde. Em contraste, países como Austrália,

França, Alemanha, Japão e Colômbia adotam sistemas com marcante intervenção estatal, com participação do setor privado, em geral complementar ao público. Nesses países há uma variação na combinação de recursos públicos e privados, porém, o gasto público é predominante em todos eles. Ademais, nos Estados Unidos, há uma dependência significativa de seguros privados, enquanto a Austrália, França, Alemanha, Japão e Colômbia adotam modelos que combinam financiamento público com seguros privados complementares.

Independentemente das diferenças estruturais, todos os países estudados compartilham algumas semelhanças importantes. Primeiramente, a intervenção governamental é relevante em todos os casos, seja através de diretrizes específicas, subsídios ou regulamentações rigorosas, para assegurar a cobertura universal e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Em segundo lugar, todos os sistemas combinam recursos públicos e privados, com os seguros privados desempenhando um papel complementar na maioria dos casos. Esse papel complementar do setor privado visa garantir a sustentabilidade financeira e a ampla cobertura populacional para além dos serviços essenciais. A exceção é os Estados Unidos, onde o setor privado possui um papel central no sistema de saúde, e que enfrenta desafios significativos com relação a acesso e equidade.

Em síntese, apesar das diferenças nas abordagens e modelos de financiamento, a atuação governamental em todos os países estudados é essencial para a regulação dos seguros de saúde e a garantia de uma cobertura equitativa e sustentável. A interação estratégica entre o setor público e privado é fundamental para enfrentar os desafios e assegurar a equidade e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.



Referências

“2019-20 Federal Budget Submission.” 2020.

Ashraf, Badar Nadeem. 2020. “Economic impact of government interventions during the COVID-19 pandemic: International evidence from financial markets.” *Journal of behavioral and experimental finance* 27: 100371.

Atal, J. P., Fang, H., Karlsson, M., Ziebarth, N. R., 2023. “German Long-Term Health Insurance: Theory Meets Evidence”. *NBER Working Paper Series*

Axelson, Henrik, e Marielle Phe Goursat. 2019. “Providing Additional Benefits Coverage: A Review of Country Experiences to Inform Viet Nam ’ s Revision of the Health Insurance Law.”

Beckfield, J., Olafsdottir, S., & Sosnaud, B. 2013. “Healthcare Systems in Comparative Perspective: Classification, Convergence, Institutions, Inequalities, and Five Missed Turns”. *Annual Review of Sociology*, 39, 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145609>

Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. 2014. “Health economics”. Palgrave Macmillan.

Blumel, Miriam, Anne Spranger, Katharina Achstetter, Anna Maresso, and Reinhard Busse. 2020. “Germany: Health System Review.” *Health Systems in Transition*. Vol. 22.

Buchmueller, Thomas C, and Agnes Couffinhal. 2004. “Private Health Insurance in France.” *OECD Health Working Papers*. Vol. 3.

Burau, V., & Blank, R. H. 2006. “Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems”. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 8(1), 63–76. <https://doi.org/10.1080/13876980500513558>

Busse, Reinhard. 2009. “The German Health Care System.” Couffinhal, Agnès, and Carine Franc. 2020. “Regulating Private Health Insurance: France’s Attempt at Getting It All.” In *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*, 142–79. <https://doi.org/10.1017/9781139026468.005>.

Cutler, David M., and Fiona Scott Morton. 2013. “Hospitals, Market Share, and Consolidation.” *Jama* 310 (18): 1964–70. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281675>.

DREES. 2021. “Panoramas de La Drees. Les Établissements de Santé.” <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>.

Gostin, Lawrence O., et al (2019). “The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development”. *The lancet*, 393(10183), 1857-1910.

Greß, Stefan. 2016. “Germany.” In *Voluntary Health Insurance in Europe : Country Experience*. World Health Organization.

Healy, Judith, Evelyn Sharman, and Buddhima Lokuge. 2006. “Australia: Health System Review.” <https://iris.who.int/handle/10665/107803>.

Koch, Thomas G., Brett W. Wendling, and Nathan E. Wilson. 2017. “How Vertical Integration Affects the Quantity and Cost of Care for Medicare Beneficiaries.”

Journal of Health Economics 52: 19–32. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.12.007>.

Kwon, Soonman, Naoki Ikegami, and Yue-Chune Lee. 2020. “Private Health Insurance in Japan, Republic of Korea and Taiwan, China.” In *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*, 304–24. Cambridge University Press.

Medici, A., & Weaver, B. B. (2006). Health policies and economic blocks.

Mrejen, M., Millett, C., & Hone, T. 2022. “Sistemas de Saúde: O que são, por que são tão diferentes em cada país e como o Brasil se compara?” In R. Rocha, M. Lago, & F. Giambiagi (Eds.), *A saúde do Brasil*. Casa Publicadora São Paulo Eirele.

Nganje, William, and Kwame Asiam Addey. 2019. “Health Uninsurance in rural America: a partial equilibrium analysis”. *Health economics review*, 9, 1-15.

Or, France Zeynep, Coralie Gandré, Anna-Veera Seppänen, Cristina Hernández-Quevedo, Erin Webb, Morgane Michel, and Karine Chevreul. 2023. “Health Systems in Transition – France: Health System Review 2023.” *Health Systems in Transition* 25 (3): 2023. www.healthobservatory.eu.

Or, Zeynep, Coralie Gandré, Anna-Veera Seppänen, Cristina Hernández-Quevedo, Erin Webb, Morgane Michel, and Karine Chevreul. 2023. “France Health System Review 2023.” *European Observatory on Health Systems and Policies*. Vol. 25.

Peng, Lizhong. 2017. “How Does Medicaid Expansion Affect Premiums in the Health Insurance Marketplaces?” *American Journal of Health Economics* 3 (4): 550–76. <https://doi.org/10.1162/ajhe>.

Perronnin, Marc, Aurélie Pierre, and Thierry Rochereau. 2011. “Complementary Health Insurance in France: Wide-Scale Diffusion but Inequalities of Access Persist.” *Issues in Health Economics* 161 (January). <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES161.pdf>.

Pierre, Aurélie, and Florence Jusot. 2017. *The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France*. *Health Policy*. Vol. 121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.12.004>.

Poterba, J. M.. 1996. “10 Government Intervention in the Markets for Education and Health Care: How and Why?”. *Individual and social responsibility*, 277.

Post, Brady, Tom Buchmueller, and Andrew M. Ryan. 2018. *Vertical Integration of Hospitals and Physicians: Economic Theory and Empirical Evidence on Spending and Quality*. *Medical Care Research and Review*. Vol. 75. <https://doi.org/10.1177/1077558717727834>.

Resende, M. and Zeidan, R., 2010. “Adverse selection in the health insurance market: some empirical evidence”. *The European Journal of Health Economics*, 11, pp.413-418.

Sakamoto, Haruka, Mizanur Rahman, Shuhei Nomura, Etsuji Okamoto, Soichi Koike, Hideo Yasunaga, Norito Kawakami, et al. 2018. “Japan Health System Review.” In *Health Systems in Transition*. Vol. 8. World Health Organization - Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.

The Economist. 2020. “Health System Sustainability in Japan Priorities for Structural Reform.”

Vargas, Ingrid, María Luisa Vázquez, Amparo Susana Mogollón-pérez, and Jean-pierre Unger. 2010. “Barriers of Access to Care in a Managed Competition Model : Lessons from Colombia.” *BMC Health Services Research* 10 (297).

Zhai, Shaoguo, Shuiping Yuan, and Quanfang Dong. 2021. “The impact of health insurance on poverty among rural older adults: an evidence from nine counties of western China.” *International Journal for Equity in Health* 20 :1-11.



Profissionais de saúde: A prática entre o setor público e privado no Brasil

AUTORA

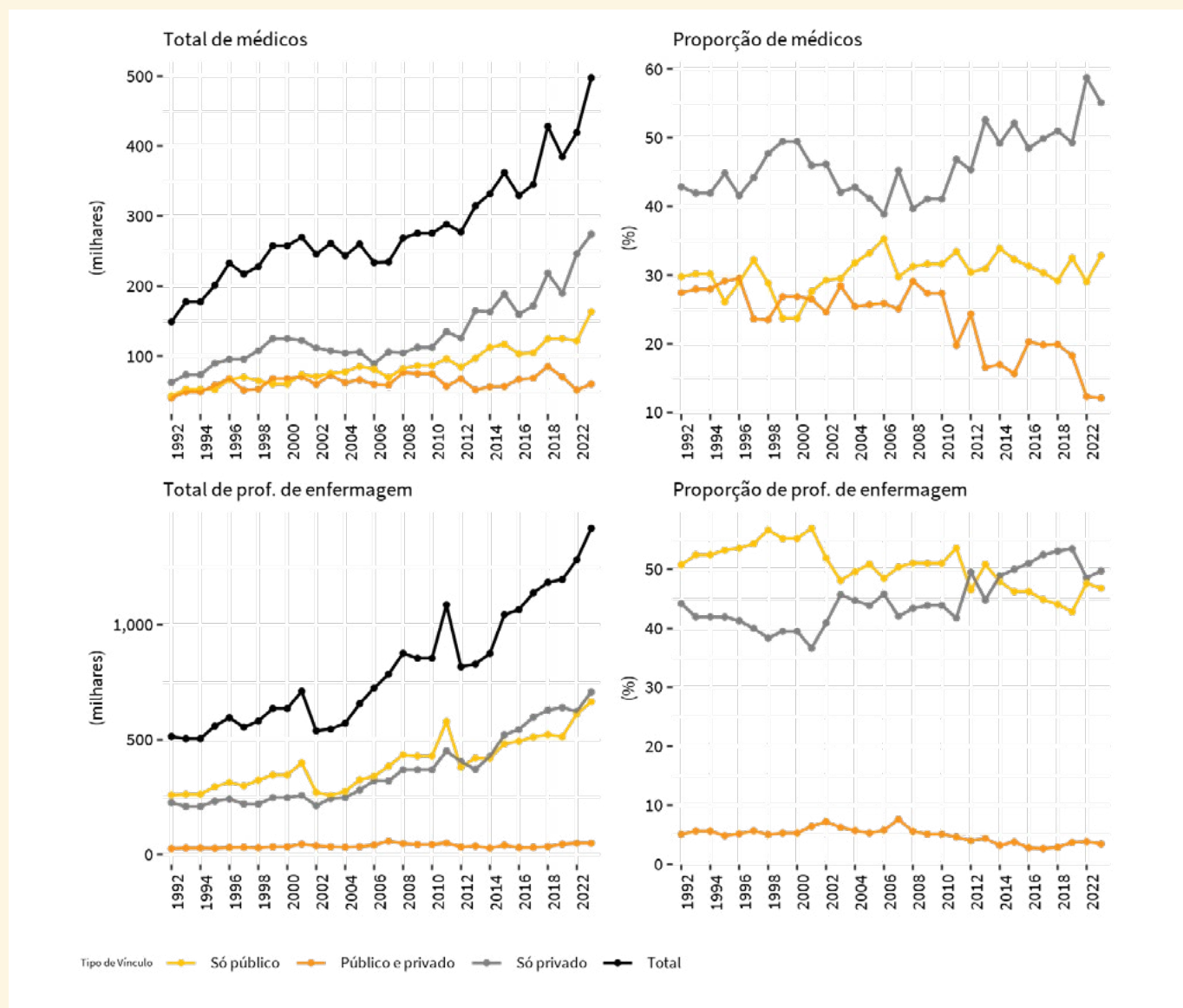
Karen Codazzi

Sumário Executivo

- Os profissionais de saúde são um fator essencial para a prestação de cuidados de saúde, enquanto a disponibilidade de profissionais qualificados é determinante para a qualidade dos serviços prestados (Dussault & Dubois, 2003). Fatores que influenciam a oferta e demanda desses profissionais determinam salários, compensações e a distribuição geográfica desses trabalhadores (Anand & Bärnighausen, 2004; Liang et al., 2019). Países no mundo todo enfrentam dificuldades na oferta de serviços de saúde em regiões rurais, mais remotas e vulneráveis, devido à dificuldade de atrair profissionais. Um sistema de saúde misto, no qual os serviços são fornecidos tanto pelo setor público quanto pelo privado, pode enfrentar desequilíbrios na disponibilidade de profissionais entre setores (González & Macho-Stadler, 2013). Além disso, a prática dual dos profissionais pode resultar em conflitos de interesse, ineficiências, e fuga de cérebros do setor público para o privado, afetando a qualidade e a quantidade dos serviços públicos.
- Este estudo teve como objetivo realizar uma análise da oferta e da distribuição de médicos e dos enfermeiros entre os setores público e privado no Brasil, mapeando sua evolução nas últimas décadas. Identificam-se os fatores que influenciam as escolhas de carreira desses profissionais e como tais escolhas impactam variáveis importantes do mercado de trabalho, como salários, horas trabalhadas e tipos de vínculo empregatício.
- 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, já para técnicos e auxiliares, o maior grupo de profissionais de saúde analisado, o total dobrou nesses 30 anos. O aumento no número de profissionais de saúde foi mais acentuado na última década, devido ao crescimento das vagas em cursos de graduação, principalmente privados, que quadruplicaram para medicina e mais que dobraram para enfermagem.
- Esse aumento tem sido documentado pela literatura, porém a distribuição desses profissionais entre o setor público e privado é pouco estudada (Machado,

2017; Machado et al., 2016; Scheffer, 2023). Apesar dos avanços, o Brasil enfrenta uma grande desigualdade regional na distribuição desses profissionais. A desigualdade entre capitais e o restante do país é ainda maior (Marinho & Queiroz, 2023; Scheffer, 2023).

FIGURA S1 - TOTAL E PROPORÇÃO DE MÉDICOS POR TIPO DE VÍNCULO - 1992 A 2023



- O estudo aponta para mudanças significativas na distribuição de médicos e enfermeiros entre os setores público e privado no Brasil. Até meados dos anos 2000, houve um aumento de médicos atuando exclusivamente no setor público. Mas, desde 2013, iniciou-se um movimento de crescimento na parcela de médicos no setor privado, atingindo quase 60% em 2022, provavelmente devido à atração 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 do setor privado.

- É importante destacar que, entre os médicos, a proporção daqueles que atuam exclusivamente no setor privado tem aumentado na maioria das especialidades, conforme indicam os dados do CNES de 2008 a 2022. 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. No caso dos geriatras, ginecologistas e psiquiatras, a proporção de profissionais atuando exclusivamente no setor privado evoluiu de cerca de 30% para mais de 50% em 2022.
- 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 cerca de 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. Entre enfermeiros, apesar dessa proporção de profissionais com vínculos formais ser maior, também vem apresentando queda, diminuindo de cerca de 97% em 1992 para cerca de 80% a 85% em 2023, entre aqueles que atuam no setor público e no setor público.
- Os resultados destacam também 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. Setores e ocupações não se comportam como compartimentos estanques 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.

Ademais, apesar do aumento expressivo no número de profissionais de saúde, a distribuição entre os setores não é homogênea, contribuindo para disparidades regionais. A concentração de profissionais em centros urbanos, em detrimento de áreas remotas, continua sendo um desafio persistente. Embora o aumento no número de pessoas graduadas em medicina e enfermagem ofereça perspectivas para mitigar essas disparidades, é incerto se essa expansão será suficiente para atender plenamente à demanda, especialmente por médicos especialistas. A atratividade do setor privado, evidenciada pelo crescimento do número de médicos e profissionais de enfermagem atuando exclusivamente neste setor, destaca a importância de revisar as políticas de incentivo e as condições de trabalho no setor público.

5.1

Introdução

A prestação de cuidados de saúde está diretamente vinculada à disponibilidade de profissionais qualificados. Estudos demonstram uma correlação direta entre a oferta de recursos humanos na área da saúde e a melhoria dos indicadores de saúde da população (Anand & Bärnighausen, 2004; Dussault & Dubois, 2003; Liang et al., 2019).

O mercado de profissionais de saúde em um país é composto por oferta e demanda por trabalhadores de saúde. A interação entre oferta e demanda determina os salários e outras formas de compensação, como auxílio-moradia e benefícios adicionais, além do número de trabalhadores de saúde empregados e a quantidade de horas trabalhadas (Dussault & Vujicic, 2008). Essas forças também influenciam a localização geográfica dos trabalhadores de saúde e seu ambiente de trabalho, seja em hospitais ou clínicas. Compreender essas dinâmicas de mercado é crucial para o planejamento de políticas no campo da saúde.

Nas últimas duas décadas, o número de médicos e profissionais de enfermagem, incluindo tanto enfermeiros como técnicos e auxiliares de enfermagem, cresceu significativamente no Brasil. O número de médicos aumentou de 220 mil em 2000 para mais de 500 mil em 2023, enquanto o de profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem) expandiu de 450 mil para 1,8 milhão (Machado, 2017; Machado et al., 2016; Scheffer, 2023). Este crescimento superou o aumento populacional de cerca de 30% no mesmo período (Scheffer, 2023). Como resultado, a proporção de médicos e profissionais de enfermagem por mil habitantes aumentou, alcançando cerca de 2,15 e 5,7, respectivamente, em 2021, conforme dados do CNES e população total disponíveis no Datasus. No entanto, esses números ainda estão abaixo da média da OCDE, de 3,7 médicos e 9,3 enfermeiros por mil habitantes¹.

Apesar dos avanços, o Brasil enfrenta uma grande desigualdade regional na distribuição desses profissionais. O Sudeste lidera com 3,39 médicos por

1 Destaca-se que é necessário cautela na comparação entre países, principalmente no que tange à categoria de enfermeiros, pois a definição da categoria profissional pode variar entre países. Para mais detalhes sobre a metodologia usada pela OCDE para o cálculo de enfermeiros, ver nas notas metodológicas sobre Healthcare Resources disponíveis em: <https://stats.oecd.org/>.

mil habitantes, contrastando com o Norte, que tem apenas 1,45. A situação é similar entre os enfermeiros (excluindo técnicos e auxiliares), com o Distrito Federal atingindo quase 4 enfermeiros por mil habitantes, enquanto estados como Rondônia e Alagoas têm menos de 1. Estes números indicam uma distribuição desigual e que reflete desafios na equidade do acesso à saúde (Marinho & Queiroz, 2023; Scheffer, 2023).

Além da notável fragmentação regional, o país também enfrenta importante divisão da oferta de recursos humanos entre o setor público e o privado. Apesar de ser uma questão relevante no contexto brasileiro, a maioria das análises sobre a distribuição dos profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, não leva em consideração o tipo de vínculo empregatício. Em muitos casos, apenas são contemplados os profissionais que atuam no serviço público, o que limita uma compreensão mais abrangente da dinâmica e das disparidades existentes no sistema de saúde brasileiro.

A presença de um sistema de saúde misto e concorrente, em que ambos os subsistemas ofertam os mesmos serviços, pode gerar um desequilíbrio na oferta de profissionais entre o setor público e privado. Em particular, sistemas públicos enfrentam maiores restrições de financiamento, o que resulta em profissionais de saúde, em geral, recebendo remuneração inferior (Barden-O’Fallon et al., 2006; Cheng et al., 2013; Fritzen, 2007). Outros desafios incluem as decisões individuais dos profissionais, influenciadas por fatores como remuneração, condições de trabalho, cultura profissional, motivação pessoal e características demográficas (Gruen et al., 2002; Kankaanranta et al., 2007; Midttun, 2007; Saether, 2005; Thornton & Esposto, 2003). O Brasil tem um sistema de saúde caracterizado pela dualidade entre o setor público, que oferece um sistema de saúde universal, e o setor privado, que desempenha um papel significativo tanto como complemento ao setor público quanto concorrente (Figueiredo et al., 2018).

A crescente participação do setor privado na oferta de serviços de saúde torna relevante o entendimento da combinação de práticas públicas e privadas por parte dos profissionais de saúde, fenômeno conhecido como prática dual. Este pode levar a implicações significativas para os sistemas de saúde (González & Macho-Stadler, 2013). Por um lado, essa prática pode levar à melhoria da qualidade dos serviços no setor público, já que os médicos podem buscar construir sua reputação no setor privado através dos serviços de qualidade prestados no setor público². Por outro lado, a prática dual pode causar conflitos de interesse, com médicos potencialmente priorizando pacientes do setor privado em detrimento dos do setor público, o que pode levar à redução da qualidade dos serviços públicos (Michael et al., 2022). Há também o risco de desvio de recursos do setor público para o privado (Cheng et al., 2013; Tuohy et al., 2004). A prática dual pode resultar em ineficiências, baixa performance e fuga de cérebros do setor público para o privado (Bazyar et al., 2018). Além disso, pode haver uma redução na oferta de serviços de saúde públicos devido ao “crowding out”, e os médicos estão mais inclinados a trabalhar no setor privado devido a melhores recompensas financeiras, isso pode diminuir a disponibilidade

2 Para revisões recentes ver Eggleston & Bir, (2006); García-Prado & González (2007); Socha & Bech (2011).

de profissionais qualificados no setor público, afetando, em última análise, a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde pública oferecidos (González & Macho-Stadler, 2013).

Este estudo pretende analisar a evolução da oferta dos profissionais de saúde entre os setores público e privado no Brasil e identificar fatores associados às escolhas de carreira, além de avaliar como essas escolhas estão associadas a variáveis do mercado de trabalho, como salários e carga horária. O estudo foi dividido em cinco seções, sendo a primeira essa introdução. Em seguida são apresentadas as fontes de dados e a metodologia usada. As seções 3 e 4 apresentam os resultados das análises para os médicos e enfermeiros, respectivamente. Por último, apresentamos as reflexões finais.

5.2

Métodos e dados

Para desenvolver a análise construímos uma base de dados que cobre cerca de 30 anos de informações sobre a força profissional médica e de enfermagem no país. A base foi construída a partir da compatibilização da Pesquisa Anual por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1992 a 2011, e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc) de 2012 a 2023 (exceto 2020 e 2021), ambas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³. As pesquisas foram usadas para avaliar a distribuição de médicos⁴, enfermeiros⁵ e técnicos e auxiliares de enfermagem⁶ segundo o vínculo com os estabelecimentos, diferenciando entre profissionais com vínculos exclusivamente públicos, profissionais com vínculos exclusivamente privados e profissionais com vínculos públicos e privados

3 A escolha de utilizar a PNAD e a PNADc como fontes de dados foi motivada pela capacidade dessas pesquisas de fornecer uma análise abrangente, não apenas dos vínculos dos profissionais de saúde entre setor público e privado, mas também de suas características socioeconômicas e carga horária e salários. Ao contrário de registros administrativos como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mantido pelo Datasus, que se concentram principalmente em informações sobre os vínculos dos profissionais de saúde, a PNAD e PNADc oferecem uma perspectiva mais ampla ao incluir variáveis socioeconômicas e salariais. Além disso, as PNADs permitem uma análise longitudinal ao longo de um período mais extenso. Enquanto o CNES possui dados a partir do início dos anos 2000, a PNAD nos possibilita compatibilizar os dados para análises desde 1992. No entanto, é importante ressaltar que a PNAD não oferece detalhes sobre a especialidade dos médicos, motivo pelo qual os dados do CNES foram utilizados para complementar a análise da distribuição dos médicos por setor e especialidade.

4 O Código Brasileiro de Ocupação (CBO) utilizado pela PNAD mudou duas vezes no período, em 2002 e em 2012. Para a análise dos médicos foram consideradas as CBOs: 151 - que engloba todas as categorias médicas para o período de 1992 a 2001, 2231 que engloba todas as categorias médicas para o período de 2002 a 2012 e os códigos 2211 - médicos gerais e 2212 - médicos especialistas para o período de 2012 em diante. Os médicos foram diferenciados entre especialista e generalista a partir de 2012, quando essa informação está disponível na PNADc.

5 Para a análise dos enfermeiros foram consideradas as CBOs: 153 (Assistente de enfermagem e enfermeiro - nível superior) para o período de 1992 a 2001, 2235 (profissionais de enfermagem, com formação superior) para o período de 2002 a 2011 e as CBOs 2221 (profissionais de enfermagem) e 2222 (profissionais de parto) para o período de 2012 em diante.

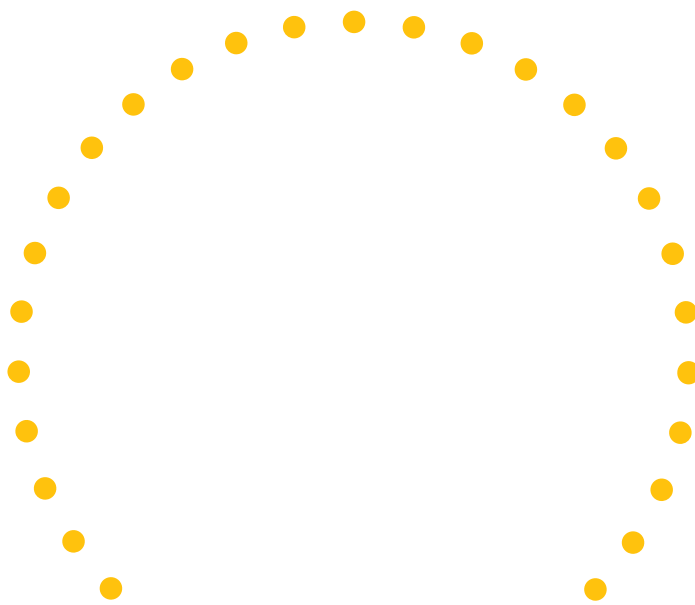
6 Já para a análise dos técnicos e auxiliares de enfermagem foram consideradas as CBOs: 162 (ajudante auxiliar de enfermagem, auxiliar de enfermagem - técnicos de nível médio) para o período de 1992 a 2001, 3222 (estudantes de medicina e profissionais de enfermagem com formação técnica de nível médio, atuando em diversas áreas hospitalares) para o período de 2002 a 2011 e as CBOs 3221 (Profissionais de nível médio de enfermagem) e 3222 (Profissionais de nível médio de partos) para o período de 2012 em diante.

simultaneamente. Além disso, a pesquisa nos permite analisar as características individuais associadas às escolhas entre os setores público e privado.

Os anos de 2020 e 2021 foram excluídos da análise devido à pandemia de COVID-19. A decisão de excluir esses anos fundamentou-se na compreensão de que a pandemia exerceu uma influência significativa sobre o mercado de profissionais da saúde, possivelmente alterando as dinâmicas observadas em períodos precedentes.

Para categorizar o tipo de vínculo empregatício dos profissionais da saúde, realizamos uma análise dos seus empregos principais e secundários. No caso de indivíduos com apenas um emprego principal, determinamos se este estava no setor público ou privado com base na natureza desse emprego. Quando ambos os empregos eram no setor público, consideramos que trabalhavam exclusivamente neste setor. Da mesma forma, se ambos os empregos eram no setor privado, inferimos que atuavam exclusivamente neste setor. Para profissionais com empregos em ambos os setores, classificamos sua atuação simultânea nos setores público e privado. No caso de indivíduos com mais de dois empregos, a análise limitou-se aos setores de seus empregos principal e secundário, devido às restrições na disponibilidade de dados provenientes das pesquisas.

Para investigar como os profissionais de saúde estão distribuídos entre estabelecimentos públicos, privados ou ambos, e como essa distribuição varia de acordo com as características dos profissionais e a localização geográfica ao longo do tempo, a metodologia deste estudo seguiu análises descritivas com uso de análise gráfica e regressões.



5.3

Análise dos médicos por tipo de vínculo: privado, público ou simultâneo

5.3.1 Evolução dos médicos por tipo de vínculo

O número total de médicos no Brasil aumentou significativamente nos últimos 30 anos, passando de cerca de 150 mil em 1992 para cerca de 500 mil em 2023, de acordo com os dados da PNAD e PNADc (**FIGURA 1**). A oferta de médicos por habitantes também aumentou nesse período, uma vez que o total de médicos cresceu mais de 200% e a população cresceu cerca de 40% para o mesmo período.

Esse crescimento no total de médicos foi ainda mais intenso nos últimos 10 anos, desde 2010 entraram mais de 200 mil novos médicos no mercado de trabalho. Há vários fatores que influenciam esse forte aumento no total de médicos, incluindo a expansão dos cursos de medicina e o aumento de vagas em universidades, principalmente após iniciativas governamentais como a Lei Mais Médicos de 2013, que impulsionou a abertura de novos cursos em locais prioritários para o governo. Além disso, o crescimento da demanda por serviços de saúde, devido ao aumento da população e maior conscientização sobre a saúde, também contribuiu para esse fenômeno. Paralelamente, a valorização da carreira médica, refletida em melhores condições de trabalho e remuneração, incentivou mais indivíduos a entrarem na profissão (Scheffer, 2023).

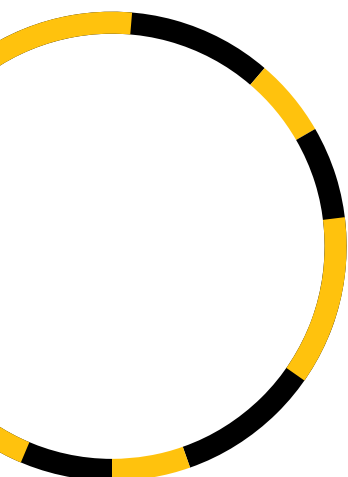
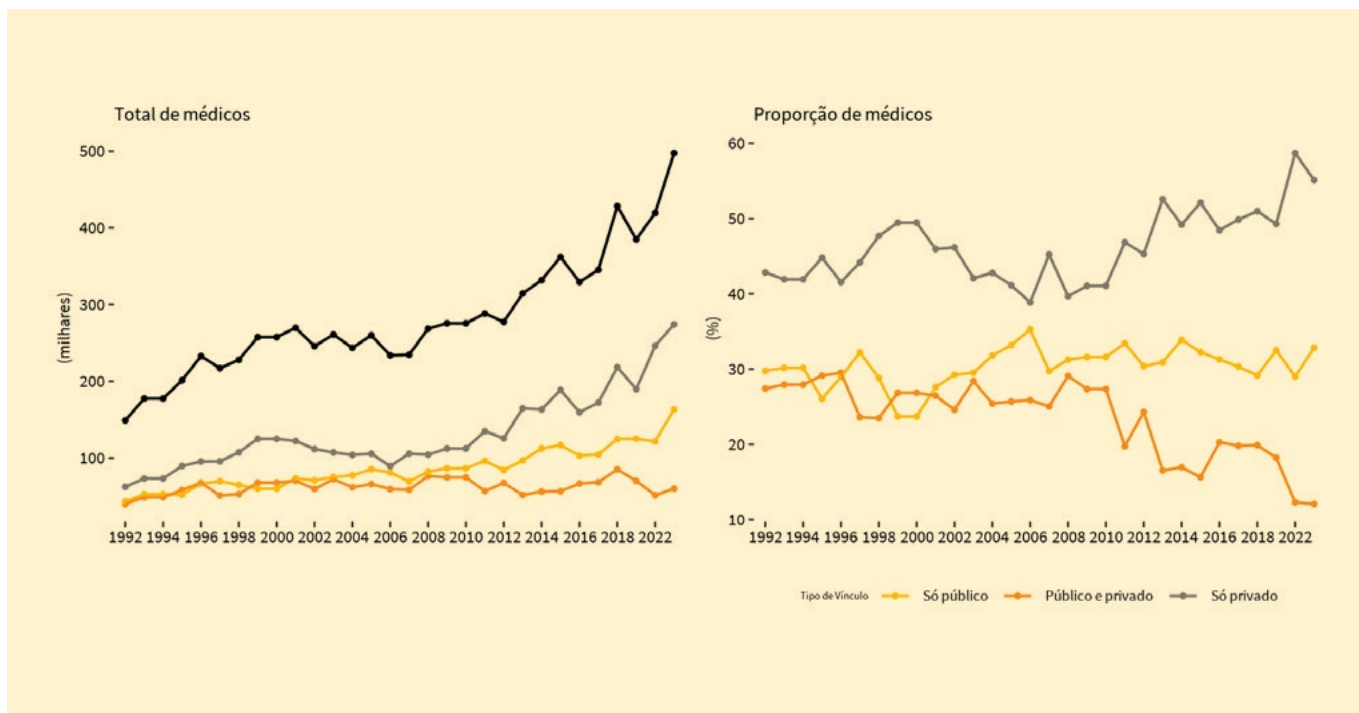


FIGURA 1 - TOTAL E PROPORÇÃO DE MÉDICOS POR TIPO DE VÍNCULO - 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.

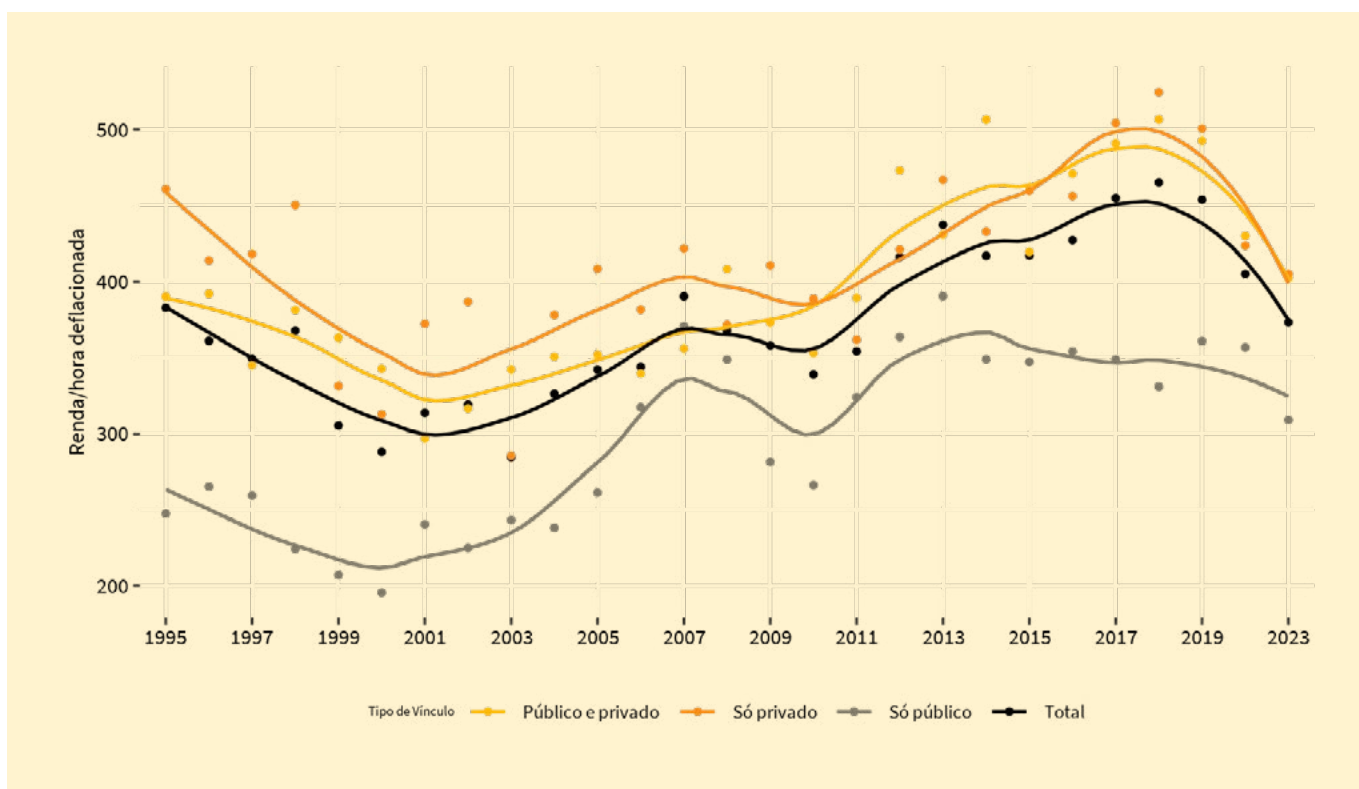
Elaborado pelos autores.

A evolução da distribuição dos médicos conforme o tipo de vínculo empregatício evidencia mudanças ao longo dos anos, com dois intervalos de tendências particularmente distintas. Inicialmente, do final dos anos 90 até a metade dos anos 2000, houve uma redução na quantidade de médicos que trabalhavam unicamente no setor privado, ao mesmo tempo em que aumentou o número daqueles dedicados exclusivamente ao setor público (**FIGURA 1**). Esse movimento pode estar relacionado à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e à Emenda Constitucional 29, que definiu patamares mínimos de financiamento para a saúde pública e pode ter incentivado a contratação de médicos pelos governos locais (Szklo et al., 2024). Concomitantemente, notou-se um incremento considerável nos rendimentos horários dos médicos do setor público, diminuindo a disparidade salarial em comparação aos profissionais do setor privado, como apresentado na **FIGURA 2**.

A partir da metade dos anos 2000 até aproximadamente 2013/2014, emergiu uma nova tendência: um crescimento de cerca de 10 pontos percentuais dos médicos atuando exclusivamente no setor privado, enquanto a proporção daqueles que trabalhavam em ambos os setores sofreu uma diminuição semelhante. De 2015 a 2019, esses números se estabilizaram, mas em 2022, observou-se novamente um aumento na proporção de médicos no setor privado, quase alcançando 60%, porém esse crescimento foi parcialmente revertido por uma aceleração no crescimento de médicos no setor público em 2023. Este aumento se deu principalmente às custas da prática simultânea em ambos os setores. Paralelamente, a parcela de médicos no serviço público se manteve estável em torno de 30% (**FIGURA 1**).

O interesse crescente pela atuação exclusiva no privado após 2013 pode ter sido impulsionado por um aumento relativo na remuneração por hora nesse segmento, em contraste com a estagnação dos salários no serviço público (**FIGURA 2**). A recente reversão parcial do crescimento na proporção de médicos atuando apenas no setor privado pode ser uma resposta à redução da diferença salarial entre o setor público e privado após a pandemia de 2020/21, conforme indica a **FIGURA 2**.

FIGURA 2 - RENDIMENTO POR HORA MÉDIO DE MÉDICOS POR TIPO DE VÍNCULO, DEFLACIONADO A PREÇOS DE 2023 - 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1995 a 2023. Elaborado pelos autores. Nota 1: Valores deflacionados utilizando o IPCA, do IBGE de 1995 a 2023. Nota 2: Foi utilizada metodologia de regressão local ou LOESS para visualizar tendências nos dados (técnica de suavização). Essa técnica é usada para capturar a tendência central sem a necessidade de presumir uma relação linear específica entre variáveis. Optamos por não incluir os intervalos de confiança nas linhas suavizadas para manter o gráfico limpo e focado na identificação das tendências principais.

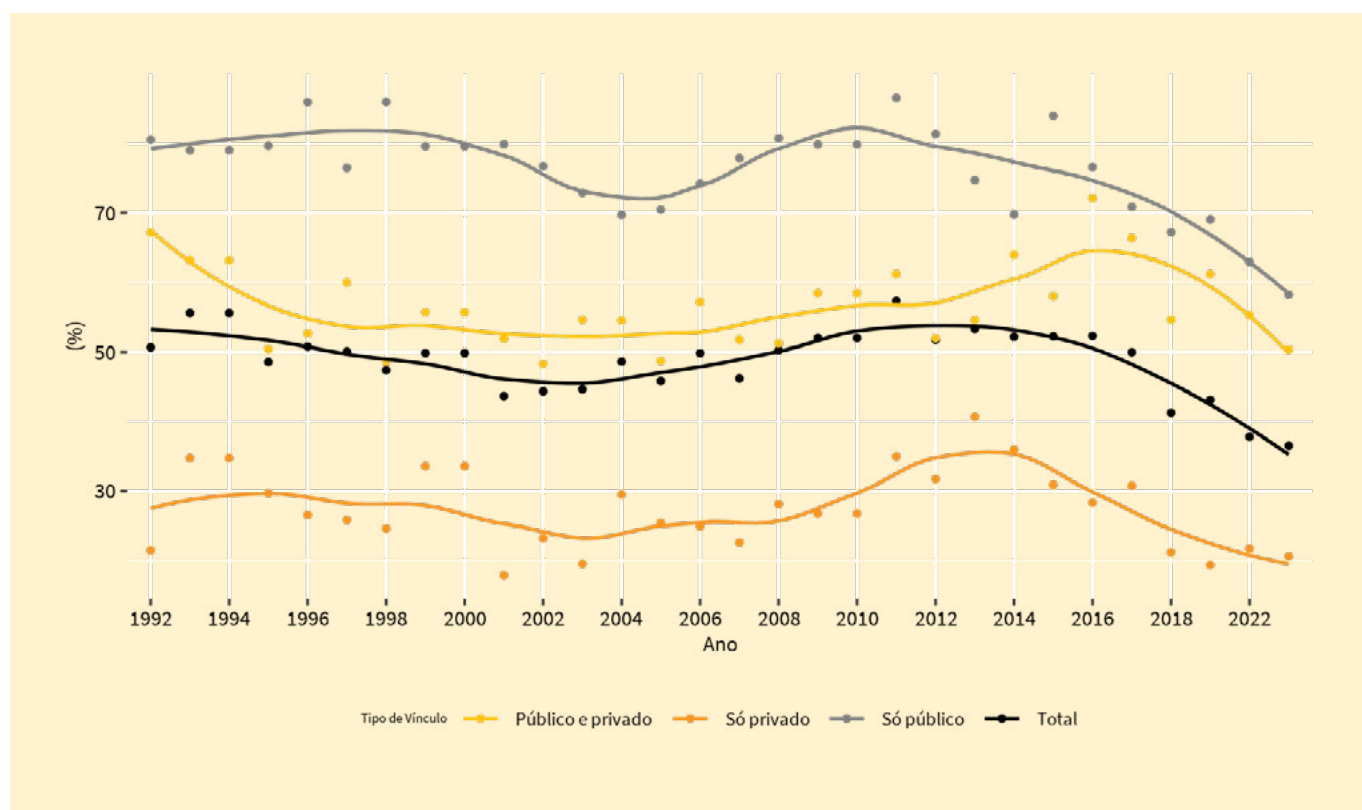
A análise da proporção de médicos com vínculo CLT ou estatutário, conforme o tipo de vínculo empregatício no período de 1992 a 2023, revela uma tendência decrescente ao longo dos anos, passando de cerca de 50% em 1992 para menos de 40% em 2023 (**FIGURA 3**). Essa proporção varia significativamente entre os tipos de vínculos empregatícios, sendo o contrato CLT ou estatutário mais comum no setor público. No entanto, o setor público também apresentou uma queda acentuada nesses vínculos ao longo do período analisado. No início do período, cerca de 80% dos médicos do setor público possuíam vínculo CLT ou estatutário. Esse percentual manteve-se relativamente estável até meados dos anos 2000, quando começou a declinar acentuadamente, reduzindo-se em cerca de 20 pontos percentuais, alcançando aproximadamente 60% em 2023.

No setor privado, a proporção de médicos com esse tipo de contrato é significativamente menor, variando entre 30% e 20% dos médicos atuando exclusivamente no setor privado. Esses médicos também apresentaram uma diminuição na proporção de vínculos CLT ao longo do tempo. Esse declínio geral na proporção de vínculos CLT ou estatutário reflete mudanças

estruturais no mercado de trabalho médico, possivelmente influenciadas por reformas políticas e econômicas, além de alterações nas preferências de contratação tanto no setor público quanto no privado.

Esses resultados indicam um aumento nas novas formas de contratação, como contratos temporários ou por serviços, que diferem dos contratos tradicionais no setor público. Esse fenômeno pode ser atribuído à busca por maior flexibilidade na gestão de recursos humanos e à tentativa de adequar a oferta de serviços médicos às demandas variáveis do sistema de saúde.

FIGURA 3 - PROPORÇÃO DE MÉDICOS COM VÍNCULO CLT OU ESTATUTÁRIO POR TIPO DE VÍNCULO E ANO - 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.
Elaborado pelos autores. Nota: Foi utilizada metodologia de regressão local ou LOESS para visualizar tendências nos dados (técnica de suavização). Essa técnica é usada para capturar a tendência central sem a necessidade de presumir uma relação linear específica entre variáveis. Optamos por não incluir os intervalos de confiança nas linhas suavizadas para manter o gráfico limpo e focado na identificação das tendências principais.

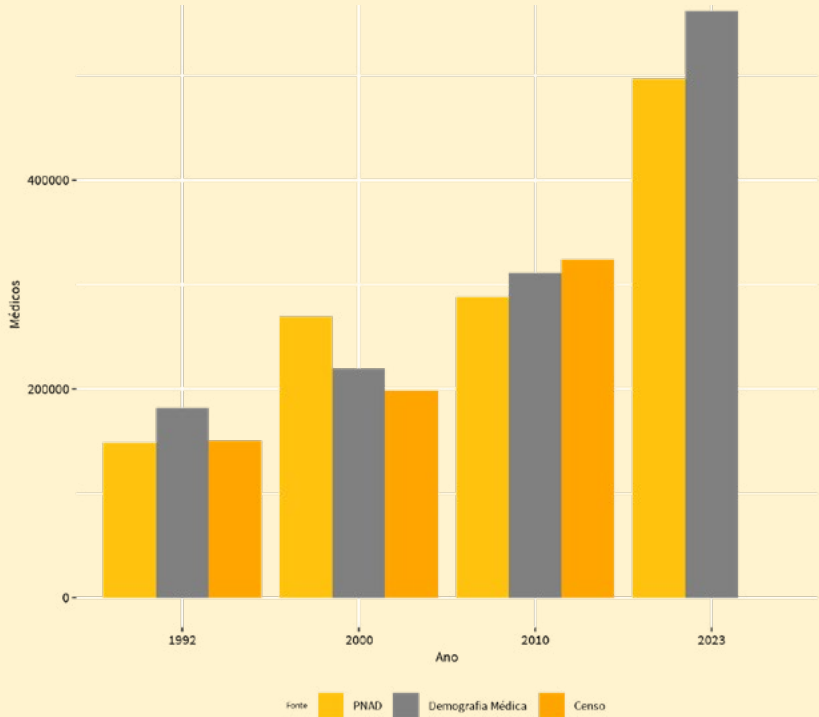
O TOTAL DE MÉDICOS
NO BRASIL E
DISPONIBILIDADE DE DADOS

No Brasil, uma das análises mais abrangentes sobre a população de médicos é realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), coordenada por Mário Scheffer, conhecida como Demografia Médica. Este estudo examina diversos aspectos relacionados aos profissionais médicos, incluindo formação, distribuição geográfica, características demográficas, especializações, práticas profissionais, entre outros fatores relevantes para a saúde pública e a organização dos serviços de saúde. Outra fonte importante de dados sobre os profissionais médicos, frequentemente utilizada na literatura, é o Censo Demográfico. Ambas as fontes, Demografia Médica e Censo, fornecem uma visão de longo prazo sobre a evolução dos médicos no país, embora não possuam dados anuais, disponibilizando informações desde antes dos anos 1980.

De acordo com o estudo da Demografia Médica, havia aproximadamente 562 mil médicos no Brasil ao final de 2023. Este valor é calculado com base nos registros dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), que mantêm informações sobre médicos ativos, licenciados e especialistas, detalhando a quantidade de profissionais, suas especialidades, áreas de atuação e localização geográfica. No entanto, uma limitação do uso dos registros do CRM e CFM para estimar o total de médicos é que nem todos os médicos registrados estão necessariamente ativos na prática profissional. Alguns podem estar aposentados, afastados temporariamente, em licença ou atuando em áreas que não envolvem prática clínica. Portanto, contar todos os registros como médicos ativos pode superestimar a força de trabalho médica efetivamente ativa no mercado.

Apesar desta limitação, a Demografia Médica apresenta um número de médicos superior ao indicado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc). No entanto, ao comparar dados de anos anteriores entre o Censo, a PNAD e a Demografia Médica, observa-se que as três fontes apresentam um total de médicos por década bastante similar, corroborando a confiabilidade dos dados apresentados pela PNAD. O gráfico compara as principais fontes de informação sobre os médicos no Brasil, destacando a consistência dos dados fornecidos por cada uma delas.

FIGURA A - COMPARAÇÃO DO TOTAL DE MÉDICOS POR DIFERENTES FONTES DE DADOS – PNAD, CENSO E DEMOGRAFIA MÉDICA, 1990 A 2023



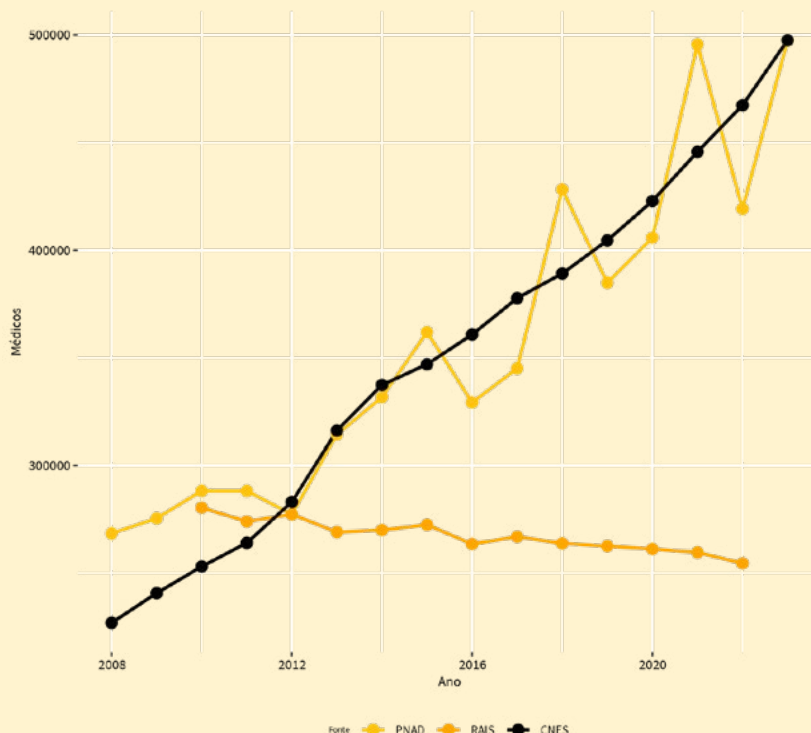
Fonte: Demografia Médica, (Scheffer, 2023), Censo demográfico (1991, 2000 e 2010) e PNADc (1992, 2001, 2011 e 2023). Nota: Como não temos os mesmos anos para o Censo e a PNAD, comparamos o dado do Censo de 1991, 2000 e 2010 com o dado do ano seguinte da PNAD (1992, 2001 e 2011 respectivamente).

Outras fontes de dados sobre os médicos no Brasil são o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). O CNES, um sistema de informação oficial, cadastra todos os estabelecimentos de saúde no país, abrangendo a capacidade instalada e a mão-de-obra assistencial, independentemente da natureza jurídica (pública ou privada) ou da integração ao SUS. No entanto, apresenta defasagens e incompletudes, especialmente em relação aos estabelecimentos privados.

Por sua vez, a RAIS, que contém informações apenas dos trabalhadores com vínculos CLT ou estatutário, possui uma abrangência mais limitada para a análise dos profissionais médicos. Isso se deve ao fato de que, segundo dados da PNAD, apenas metade dos médicos possuem esse tipo de vínculo, resultando em um total de médicos na RAIS inferior ao apresentado por outras fontes de dados.

Ao utilizar os dados da PNAD e da PNADc, encontramos valores próximos ao total de médicos registrados no CNES. Embora a PNADc possa subestimar o número total de médicos, ela é considerada uma fonte confiável por possuir uma amostra representativa em nível nacional e estadual, permitindo inferências válidas para a totalidade da população médica brasileira. O gráfico a seguir compara a evolução do total de médicos em cada uma dessas fontes de dados, PNAD, CNES e RAIS, destacando a similaridade do total de médicos apresentado pela PNAD e CNES.

FIGURA B - COMPARAÇÃO DO TOTAL
DE MÉDICOS POR DIFERENTES FONTES
DE DADOS - PNAD, RAIS E CNES, 2008
A 2023

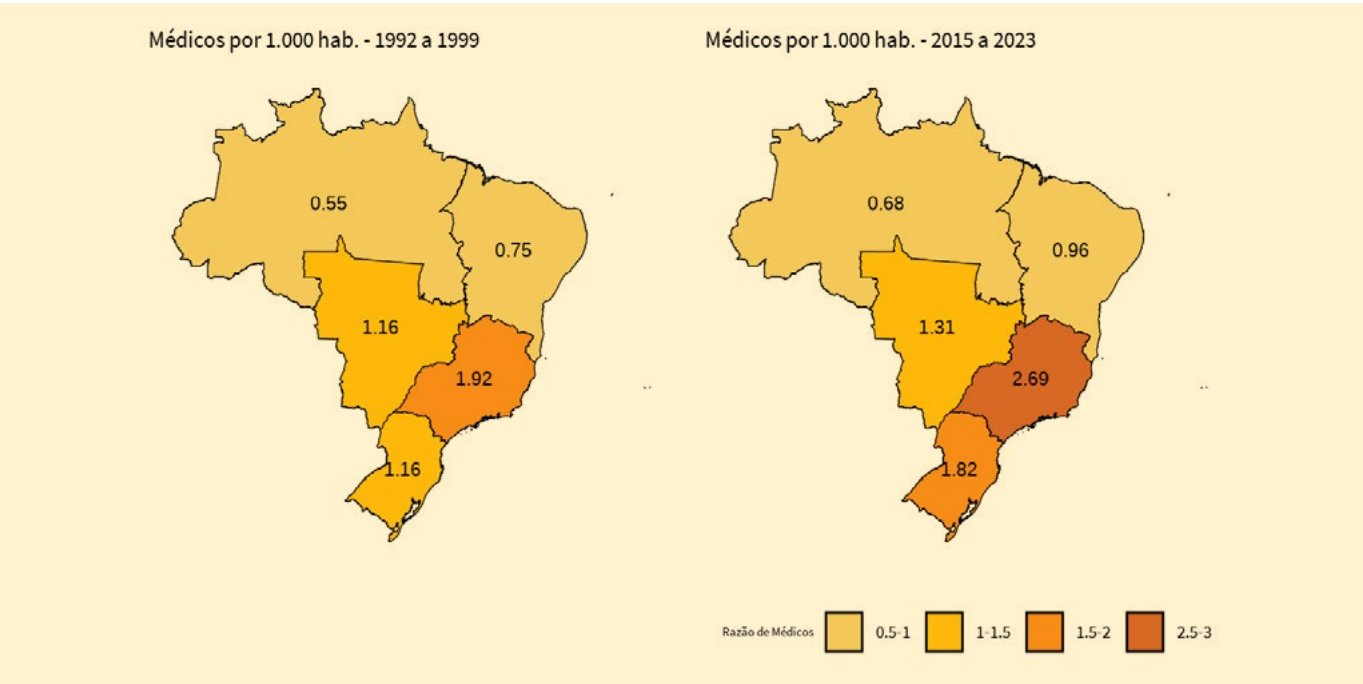


Fonte: PNAD e PNADc (2008 a 2023), CNES (2008 a 2023) e RAIS (2010 a 2022). Nota: O total de médicos do CNES foi calculado para dezembro de 2022, selecionando todos os CNS profissionais distintos, e da PNADc, foi calculado considerando o segundo trimestre de cada ano.

É fundamental destacar que, apesar do notável crescimento geral na densidade de médicos por 1.000 habitantes em várias regiões, ainda persiste grande desigualdade. Enquanto algumas regiões demonstram avanços significativos, passando de uma baixa taxa de médicos por habitantes entre 1992 e 1999 para taxas mais elevadas nos anos mais recentes, o que sugere um acesso ampliado a profissionais de saúde, outras ainda enfrentam escassez. Em particular, certas regiões, como o Centro-Oeste, Norte

e Nordeste, permanecem consistentemente com uma densidade de médicos relativamente baixa (de até 0,8 médicos por 1.000 habitantes), refletindo um desafio contínuo na melhoria da disponibilidade de médicos (FIGURA 4).

FIGURA 4 - MAPA DA RAZÃO DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES POR UF



Fonte: Total de médicos de PNAD e PNADc, IBGE – 1992 a 2023; e População de IBGE- 1992, a 2022. Nota: Os intervalos foram definidos ad hoc para o período de 2015 a 2022, e aplicado esse intervalo fixo para os demais períodos.

Essa desigualdade é ainda maior ao olhar a distribuição dentro dos estados. De acordo com dados compilados por Scheffer (2023), as capitais apresentam uma razão de médicos significativamente maior em comparação ao interior e, especialmente, às regiões metropolitanas (FIGURA 5). Essa distribuição desigual é indicativa de uma centralização dos recursos de saúde nas capitais, refletindo disparidades no acesso aos serviços médicos entre áreas urbanas mais desenvolvidas e regiões menos favorecidas. Mesmo com o aumento geral na densidade de médicos ao longo dos anos, as regiões interioranas e regiões metropolitanas permanecem com uma densidade de médicos baixas.

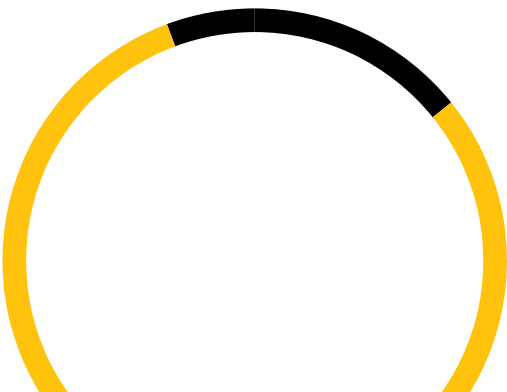
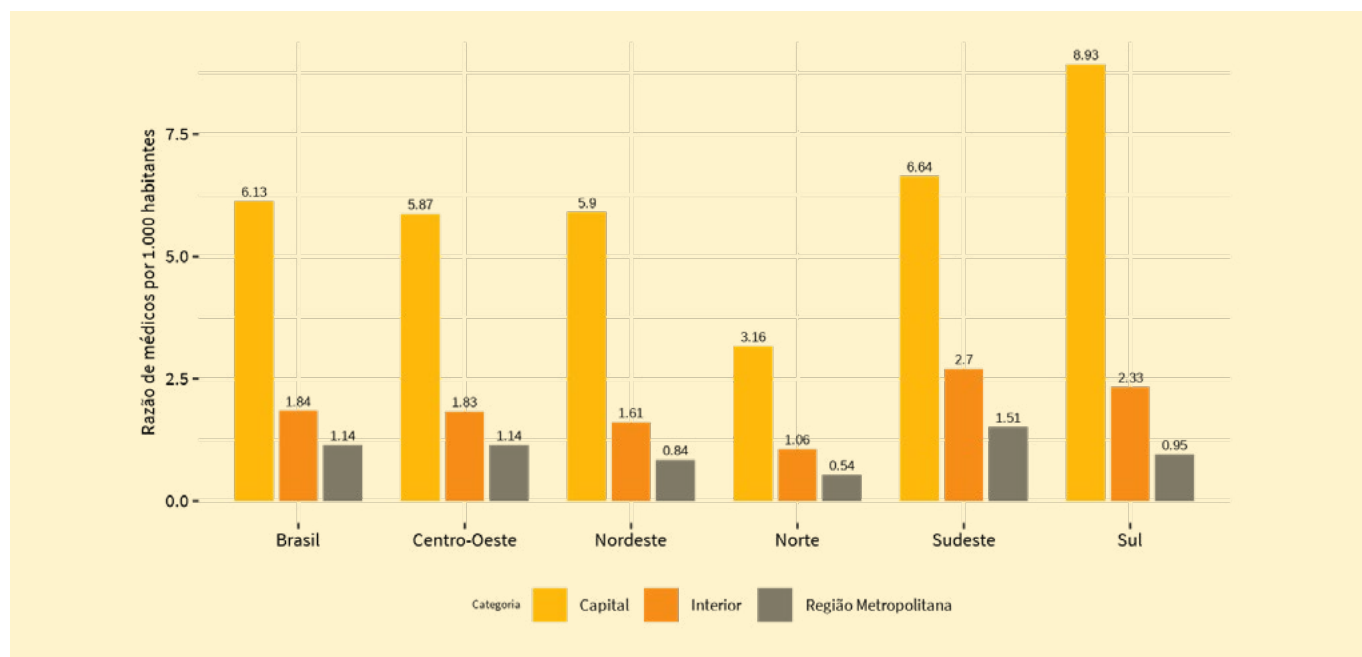


FIGURA 5 - RAZÃO DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES REGIÕES E AGRUPAMENTOS DE CAPITALS, REGIÕES METROPOLITANAS E INTERIORES, EM 2022



Fonte: Demografia Médica, (Scheffer, 2023).

5.3.2 Caracterização dos médicos por tipo de vínculo

Na seção anterior, observou-se que aproximadamente metade dos profissionais médicos no Brasil dedica-se exclusivamente ao setor privado, enquanto a outra metade distribui-se entre aqueles que atuam exclusivamente no setor público e os que exercem atividades simultâneas em ambos os setores. Vale mencionar que apenas 25% da população nacional são cobertos por plano de saúde privado. Este desequilíbrio na distribuição entre os setores público e privado evidencia, em parte, a disparidade nos gastos entre essas esferas, com o setor privado assumindo mais de 50% dos gastos de saúde no Brasil (Figueiredo et al., 2018). A presente seção analisa distintas características dos médicos, delineando um perfil específico para cada tipo de vínculo estabelecido.

Primeiro, utilizando dados do CNES observa-se grande disparidade na proporção de médicos por tipo de vínculo entre as especialidades médicas. Apesar dessa diferença no nível, com exceção da especialidade de médico da família, todas as especialidades apresentaram aumento na proporção de médicos que atuam apenas no setor privado entre 2007 e 2022. Para algumas especialidades (ex., cardiologia, oftalmologia e dermatologia) o percentual de médicos com vínculo exclusivamente com estabelecimentos privados superou os 60% em 2022. Para algumas especialidades, como cardiologia, oftalmologia e dermatologia, o percentual de médicos com vínculo exclusivamente com estabelecimentos privados superou os 60% em 2022. Para a maioria das especialidades, o percentual de médicos com vínculos exclusivamente públicos ou com vínculos em ambos os setores têm diminuído (**FIGURA 6**).

Este resultado deve ser interpretado com cautela, pois parte desse aumento na proporção de especialistas que atuam apenas no setor privado pode decorrer de uma melhora no registro de profissionais no CNES. No entanto, os dados da PNAD confirmam um aumento na proporção de médicos atuando apenas no setor privado. Portanto, acredita-se que parte desse crescimento observado entre os especialistas de fato reflete uma tendência real.

FIGURA 6 - PROPORÇÃO DE MÉDICOS POR ESPECIALIDADE E TIPO DE VÍNCULO E ANO - 2007 A 2022

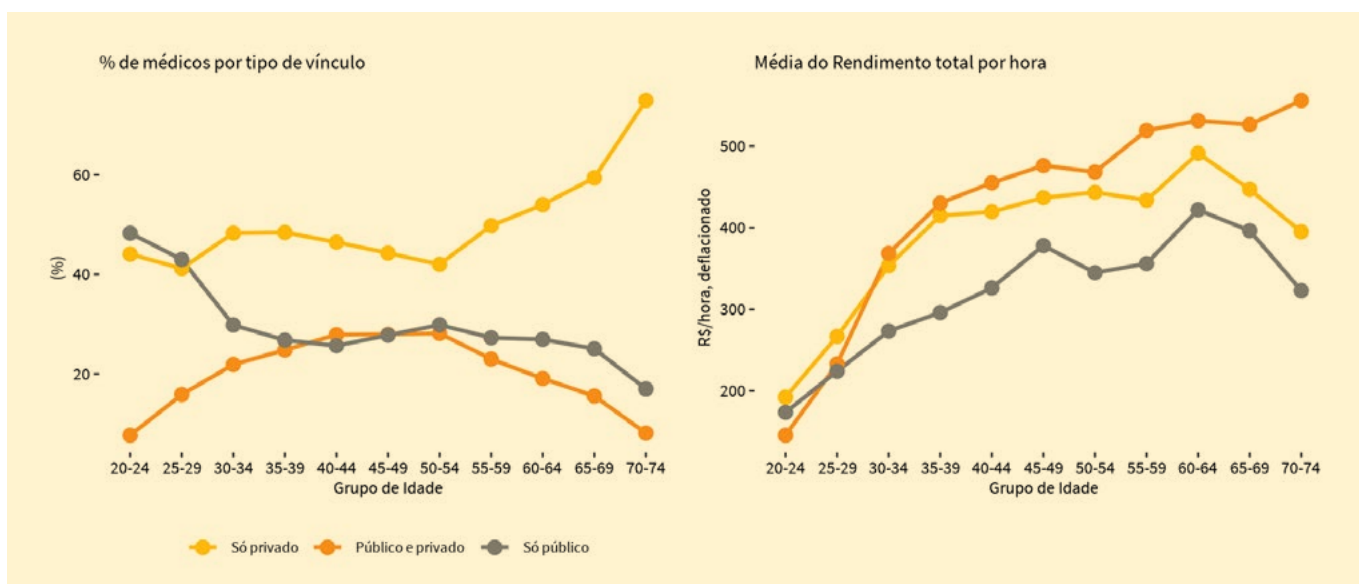


Fonte: CNES, 2007 a 2022.
Elaborado pelos autores.

A investigação sobre a distribuição etária de médicos revela padrões significativos de atuação ao longo da carreira. Inicialmente, durante a residência médica (25-30 anos), uma parte considerável está exclusivamente vinculada ao setor público, enquanto cerca de 40% estão vinculados ao setor privado, com poucos atuando simultaneamente em ambos os setores. Posteriormente, a tendência mostra uma diminuição dos médicos exclusivos do setor público para 25-30%, um aumento daqueles em prática mista para 20-25% e um crescimento para 50% dos que se dedicam somente ao privado entre 35 e 65 anos. Esse movimento sugere uma migração para a prática no setor privado, seja de forma exclusiva, ou concomitante com um trabalho no setor público. Ao atingir a aposentadoria (65 anos), a maioria se concentra exclusivamente no setor privado, representando 80% (FIGURA 7).

A análise da dinâmica dos rendimentos por faixa etária e tipo de vínculo sugere que o rendimento influencia a escolha entre os setores. Até os 29 anos, os salários por hora são similares entre os setores. A partir dos 30, os médicos do setor privado começam a ganhar mais, com os do público apresentando progressão salarial mais lenta. Essa disparidade permanece significativa ao longo da carreira (FIGURA 7). Assim, podemos supor, que ao menos parte das mudanças do médico entre os tipos de vínculo ao longo da carreira decorre das diferenças salariais. Outros fatores como a falta de um plano de carreira estruturado para o médico no setor público e as piores condições de trabalho também podem influenciar essa decisão (Oliveira et al., 2017).

FIGURA 7 - PROPORÇÃO DE MÉDICOS E MÉDIA DO RENDIMENTO POR HORA POR TIPO DE VÍNCULO E GRUPO DE IDADE - 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.

Elaborado pelos autores.

Para investigar as variações nos perfis dos profissionais médicos em relação aos tipos de vínculos estabelecidos, conduzimos uma análise de regressão que associa a categoria de vínculo (com três variáveis dependentes distintas, indicando se o profissional atua exclusivamente no setor privado, no setor público, ou mantém vínculo simultâneo) com diversas

características dos médicos (variáveis independentes). O coeficiente apresentado no gráfico representa a correlação entre a variável analisada e a probabilidade de o médico atuar com determinado tipo de vínculo.

Dentre as características dos médicos analisadas, incluímos aspectos demográficos (região de residência, indicador se o domicílio é em área urbana e faixa etária), fatores socioeconômicos (gênero e raça) e do mercado de trabalho (a diferença no rendimento médio por hora no setor privado e no público por região e ano). Também foram incluídos efeitos fixos de ano para controlar fatores sistemáticos que possam influenciar conjuntamente o tipo de vínculo de todos os médicos em determinado ano.

Além do coeficiente, o gráfico apresenta o intervalo de confiança das estimativas. O intervalo de confiança de 95% é representado pelas barras horizontais ao redor do ponto central do coeficiente. Se a barra de erro não cruza a linha vertical do zero, podemos considerar que o coeficiente é estatisticamente significativo ao nível de 5%.

Por exemplo, no gráfico da coluna “Público e privado”, o coeficiente para a variável “Mulher” é negativo, indicando que mulheres têm menor probabilidade de atuar simultaneamente no setor público e privado, comparado com homens. Como a barra de erro não cruza a linha vertical do zero, essa diferença é estatisticamente significativa, sugerindo que o gênero influencia de maneira significativa o tipo de vínculo dos médicos.

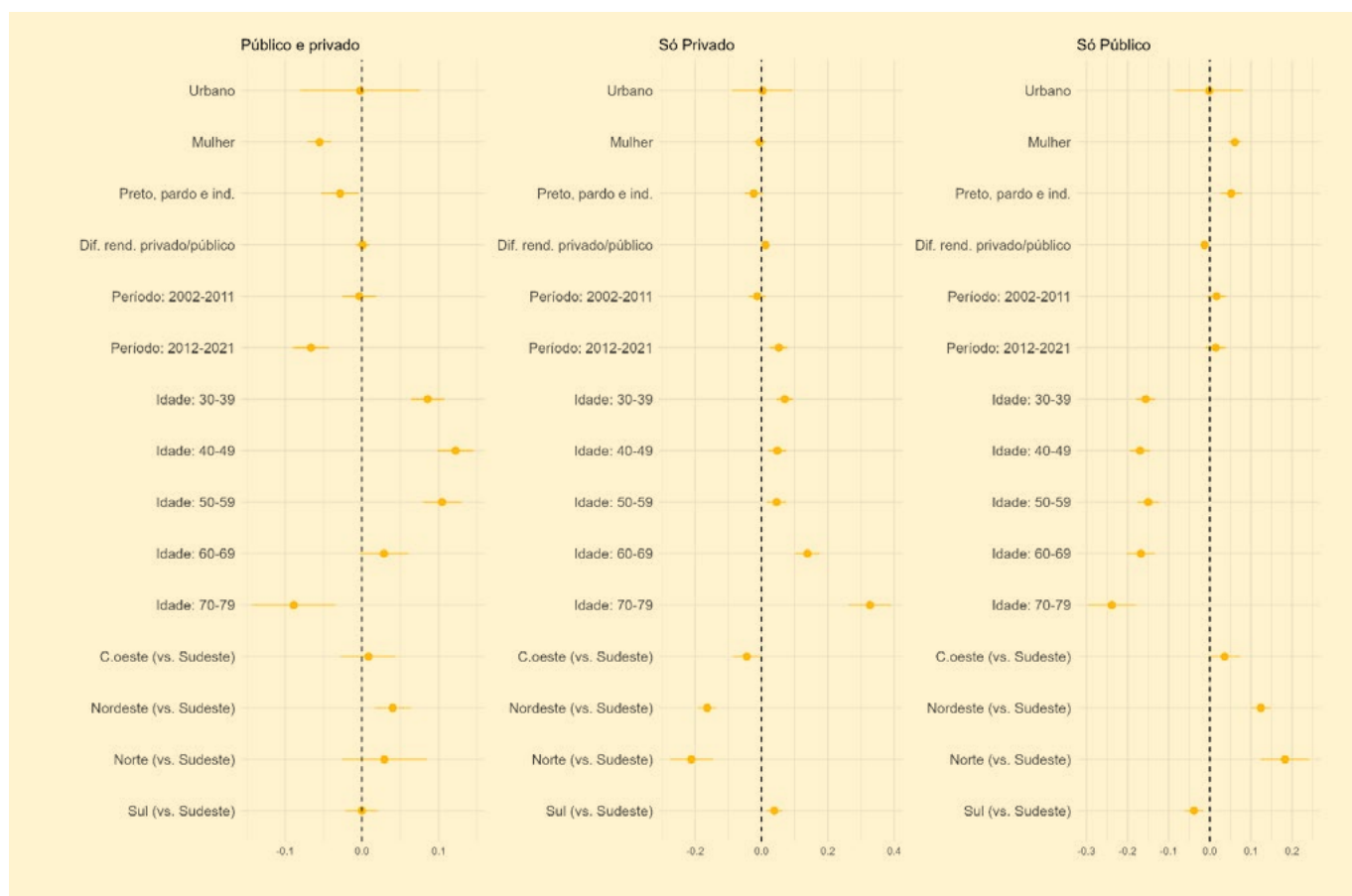
Os resultados obtidos da regressão corroboram as observações anteriores sobre a distribuição entre os tipos de vínculo dos médicos e faixa etária. Notadamente, a probabilidade de um médico atuar no setor privado aumenta significativamente com as faixas etárias superiores, enquanto a probabilidade de um médico dedicar-se exclusivamente ao setor público diminui com o aumento da faixa etária, mesmo após controlar para outras características, tais como gênero, raça e região (**FIGURA 8**).

Adicionalmente, os resultados revelam padrões regionais distintos na distribuição dos médicos. Observa-se que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste há uma maior proporção de médicos com vínculos exclusivamente em instituições públicas de saúde em comparação com a região Sudeste. No Sul, por sua vez, observa-se uma concentração levemente mais acentuada de médicos atuando no setor privado em relação ao Sudeste.

A distribuição por gênero e por raça também apresenta diferenças notáveis. As mulheres e os pretos, pardos e indígenas exibem uma presença relativamente superior no setor público em comparação com os homens brancos (**FIGURA 8**). Este achado sugere possíveis disparidades e desigualdades nas escolhas de vínculo entre grupos demográficos distintos, requerendo uma análise mais aprofundada das determinantes subjacentes a essas divergências.

O resultado da análise dessa relação entre o tipo de vínculo e as características dos médicos considerando três períodos (de 1992-2001, 2002 a 2011 e 2012 a 2019 – figura no Anexo I) indicam que essas relações são relativamente constantes ao longo do período analisado.

FIGURA 8 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE VÍNCULO E AS CARACTERÍSTICAS DOS MÉDICOS, 1992 A 2022



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2022.

Elaborado pelos autores.

Finalmente, visando compreender a relação entre a escolha do tipo de vínculo e os diferentes resultados no mercado de trabalho, realizamos uma regressão associando tais resultados ao tipo de vínculo do médico, controlando por outras características relevantes, como gênero, cor/raça, idade, região, área urbana e o ano. Os resultados apresentados na **TABELA 1** refletem as diferenças nas variáveis de resultado do mercado de trabalho ao comparar médicos que atuam exclusivamente no setor público com aqueles com prática dual ou que trabalham exclusivamente no setor privado.

Em média, médicos com prática dual têm cerca de 0,88 emprego adicional em comparação com médicos que atuam apenas no setor público. Por outro lado, médicos exclusivamente do setor privado têm uma média ligeiramente inferior de empregos em relação aos que atuam apenas no setor público, com uma diferença de apenas -0,045. No que diz respeito às horas trabalhadas semanalmente, encontramos resultados semelhantes: médicos com prática dual trabalham cerca de 8,6 horas a mais por semana do que os médicos exclusivamente do setor público, enquanto os médicos do setor privado trabalham em média 1,4 horas a menos.

Quanto ao rendimento total mensal, como esperado devido ao maior número de empregos e horas trabalhadas, os médicos com prática dual ganham em média 43% a mais do que os médicos exclusivamente do setor público. Após controlarmos pelas horas trabalhadas, essa diferença diminui, mas ainda assim os médicos com prática dual ganham em média 24% a mais por

hora do que os médicos exclusivamente do setor público. Já os médicos do setor privado, apesar de trabalharem menos horas por semana em média, têm um rendimento total 15,9% maior do que os médicos exclusivamente do setor público, com uma diferença de 19,9% no rendimento por hora.

Em relação ao tipo de contratação, observa-se que os médicos exclusivamente do setor público tendem a ter uma proporção maior de contratos fixos do tipo CLT ou estatutários em comparação àqueles que optam por uma prática dual ou se dedicam exclusivamente ao setor privado. Os médicos com prática dual têm proporção de contratos CLT ou de estatutários 10% menor em comparação àqueles exclusivamente do setor público, enquanto aqueles do setor privado registram uma redução de 30% na proporção de contratos de carteira assinada ou estatutários.

Analisamos os mesmos resultados por período: de 1992 a 2001, de 2002 a 2011 e de 2012 a 2019, a fim de verificar possíveis mudanças nessas relações ao longo do tempo. Os resultados apresentados no Anexo II sugerem que não houve mudanças significativas na diferença no número de empregos e horas trabalhadas entre médicos com prática dual ou do setor privado em relação aos médicos exclusivamente do setor público ao longo do período. No entanto, a diferença no rendimento total e no rendimento por hora, tanto para médicos com prática dual quanto para médicos do setor privado em relação aos médicos exclusivamente do setor público, diminuiu ao longo do tempo, principalmente comparando o período de 1992 a 2001 com os períodos subsequentes, mantendo-se em patamares semelhantes entre 2002 e 2019. Esse resultado é condizente com a redução do diferencial de salário dos médicos que atuam apenas no setor público após 2004 apresentada anteriormente. Por outro lado, a diferença no percentual de médicos com carteira assinada ou estatutários aumentou significativamente, principalmente no último período, após 2012.

TABELA 1 - RELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS NO MERCADO DE TRABALHO E O TIPO DE VÍNCULO DOS MÉDICOS, 1992- 2022

Variável Dependente:	Trabalhos (1)	Horas trab. (semana) (2)	Log(Rendimento total) (3)	Log(Rendimento/hora) (4)	CLT/estat. (5)
Público e privado	0.8834*** (0.0211)	8.688*** (0.5459)	0.4331*** (0.0174)	0.2439*** (0.0176)	-0.0977*** (0.0245)
Só privado	-0.0452* (0.0231)	-1.387** (0.5821)	0.1595*** (0.0237)	0.1990*** (0.0262)	-0.2906*** (0.0488)
Médias					
	1,59	48,13	16.838,9	375,92	48,62
Controles					
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Reg. urbana Gênero	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Gênero	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Cor	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects					
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics					
R ²	0.30802	0.11152	0.24203	0.19634	0.11727
Observações	15,785	15,785	13,903	13,898	10,466
<i>Clustered (ano)) standard-errors in parentheses</i>					
<i>Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1</i>					

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2022.
Elaborado pelos autores. Nota: Para os modelos
com a variável dependente Rendimento total
e Rendimento/hora utilizamos a partir de 94,
quando foi instaurando o Real.

5.3.3 Expectativas para os médicos

Até agora, analisamos aspectos críticos da oferta de médicos no Brasil entre os setores público e privado. A oferta de trabalho médico reflete o número de profissionais disponíveis e as horas que estão dispostos a trabalhar, conforme a remuneração vigente. Em geral, salários mais altos aumentam a disponibilidade de trabalhadores de saúde devido a diversos fatores: alguns profissionais qualificados não atuam na área devido a salários baixos; com o aumento dos salários, eles tendem a oferecer mais serviços; e aqueles em outros setores podem migrar para a saúde, aumentando a oferta futura.

A demanda por formação em saúde deriva diretamente do mercado de trabalho para esses profissionais, criando o mercado para a educação de trabalhadores de saúde. A oferta desse mercado é representada pelo número

de vagas de treinamento disponíveis, no caso dos médicos, de graduação em medicina. A demanda por essas vagas depende do custo do treinamento (que inclui não só o custo da mensalidade, como muitas vezes o custo de mudança, e o custo oportunidade de não trabalhar por esse período) e do retorno esperado do médico no futuro. Já a oferta depende do custo de fornecer a formação, dos fundos disponíveis para financiá-la e de fatores relacionados à regulação em muitos países.

Nos últimos 30 anos, o Brasil empreendeu diversas iniciativas para influenciar a oferta de médicos, buscando atender as necessidades do SUS como melhorar a distribuição de médicos. Entre elas está o Projeto Rondon, que promoveu estágios em regiões de acesso difícil, e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), que oferecia incentivos financeiros e melhores condições de trabalho. Ações como o Pró-Residência e o PROVAB focaram na formação e valorização dos profissionais, enquanto o Programa Mais Médicos teve um espectro mais amplo, abordando desde a infraestrutura, aumento da oferta de médicos até o aumento de vagas educacionais (Oliveira et al., 2017).

Depois de um período de congelamento da política de fomento a formação de médicos do Programa Mais Médicos desde 2018, o programa foi retomado em 2024, com o lançamento de novo edital do MEC para a abertura de graduações de medicina (Ministério da Saúde & Ministério da Educação, 2023). Essa iniciativa tem como uma das principais metas a expansão das vagas em cursos de graduação de medicina para regiões selecionadas. A seleção é baseada em critérios como a infraestrutura de saúde existente, a taxa de médicos por população, o tamanho da população do município, entre outros critérios, focando naquelas regiões com baixa taxa de médicos per capita, de tamanho médio e com uma estrutura de atenção à saúde básica mínima para o ensino da medicina (LEI No 14.621, 2023). Desde sua implementação em 2013, o número de ingressantes na faculdade de medicina cresceu significativamente, impulsionadas sobretudo pelas vagas no setor privado de educação (**FIGURA 9**).

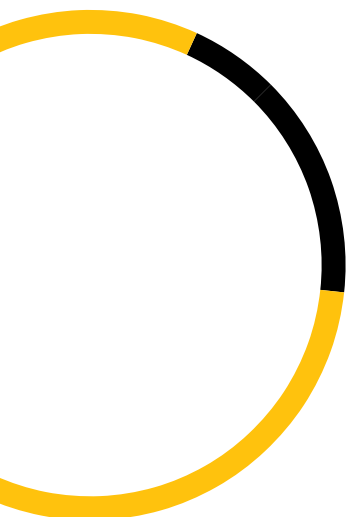
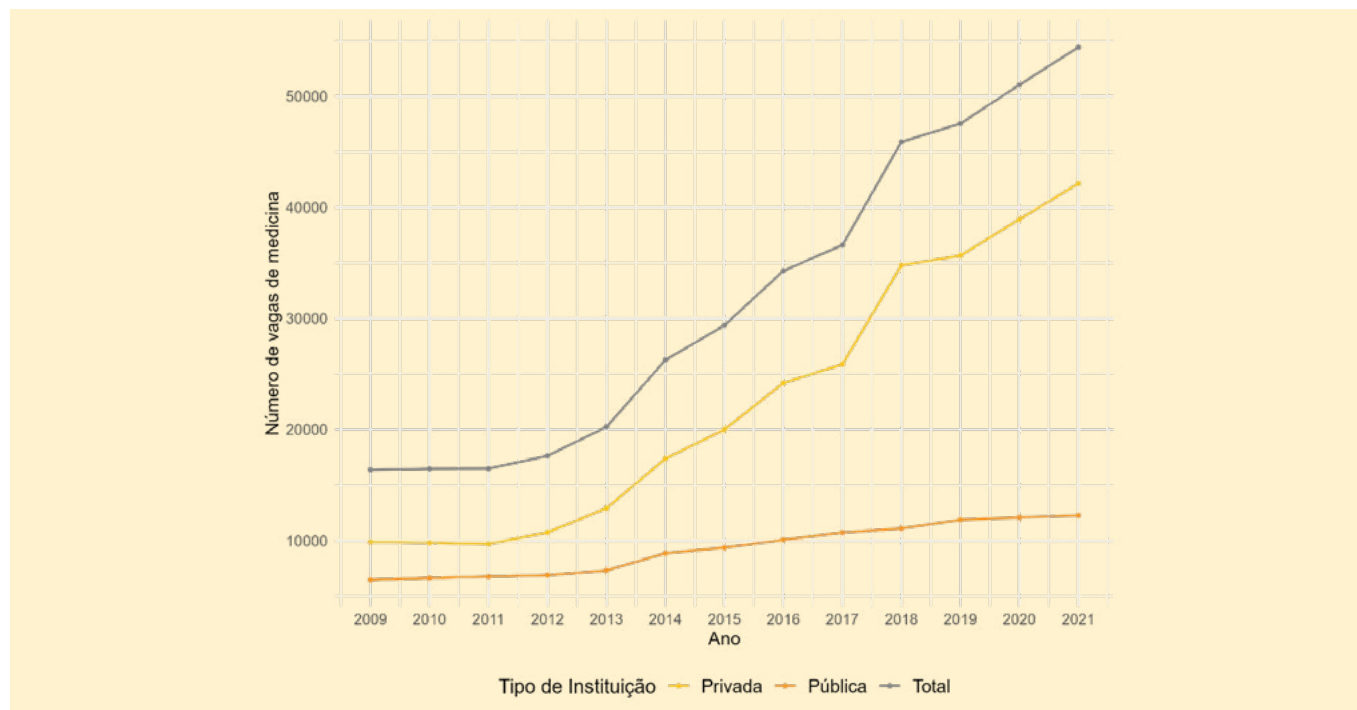


FIGURA 9 - TOTAL DE VAGAS EM CURSO SUPERIOR DE MEDICINA, 2009 A 2021



Fonte: Censo do ensino Superior, INEP, 2009 a 2021. Elaborado pelos autores.

O recente aumento significativo no número de vagas nos cursos de graduação em medicina pode oferecer uma solução para os desafios persistentes relacionados à escassez de médicos e profissionais de saúde em áreas geograficamente desfavorecidas. A ampliação da oferta desses profissionais em regiões com mais recursos médicos poderia resultar na redução dos salários médios nesses locais, enquanto aumentaria a atratividade das oportunidades de emprego em áreas com menor proporção de médicos, oferecendo, assim, compensações salariais mais elevadas (Dussault & Vujicic, 2008; Scheffler et al., 2016). No entanto, até o momento, ainda não há evidências concretas desse fenômeno e a mobilidade de profissionais entre regiões poderia mitigar esses efeitos.

Além disso, sabemos que as decisões sobre a localidade de moradia e trabalho dos médicos não dependem exclusivamente dos salários. É importante aprofundar o monitoramento constante desses profissionais, visto que a sua distribuição geográfica é influenciada por salários, condições de trabalho e fatores como segurança, status, habitação, educação infantil e condições das instalações (Jack et al., 2010; World Health Organization, 2010).

A retomada do Programa Mais Médicos e o lançamento de novos editais para abertura de faculdades de medicina refletem um compromisso com a melhoria da infraestrutura da saúde pública e a busca por equidade no acesso aos cuidados médicos. O estudo de Costa et al. (2024) mostra que políticas de interiorização do ensino de medicina seriam eficientes para suprir a necessidade de médicos nessas regiões, com base em modelo estrutural. No entanto, não há evidências concretas sobre a eficácia dessas políticas na prática no país. São necessárias avaliações criteriosas para medir a eficácia dessas políticas na redistribuição de médicos pelo país. Questões fundamentais permanecem em aberto, demandando investigação.

5.4

Análise dos enfermeiros por tipo de vínculo: privado, público ou simultâneo

5.4.1 Evolução do número de enfermeiros por tipo de vínculo

Nessa seção vamos analisar o mercado de enfermeiros do Brasil. Esses profissionais representam cerca de 30% do total de profissionais de enfermagem (somando os enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem) e desempenham um papel crucial no sistema de saúde brasileiro, tanto no setor público quanto no privado.

O número total de enfermeiros também apresentou um crescimento significativo nos últimos 30 anos. Segundo os dados da PNAD e PNADc, o número total desses profissionais aumentou de aproximadamente 40 mil em 1992 para cerca de 420 mil em 2023 (**FIGURA 10**).

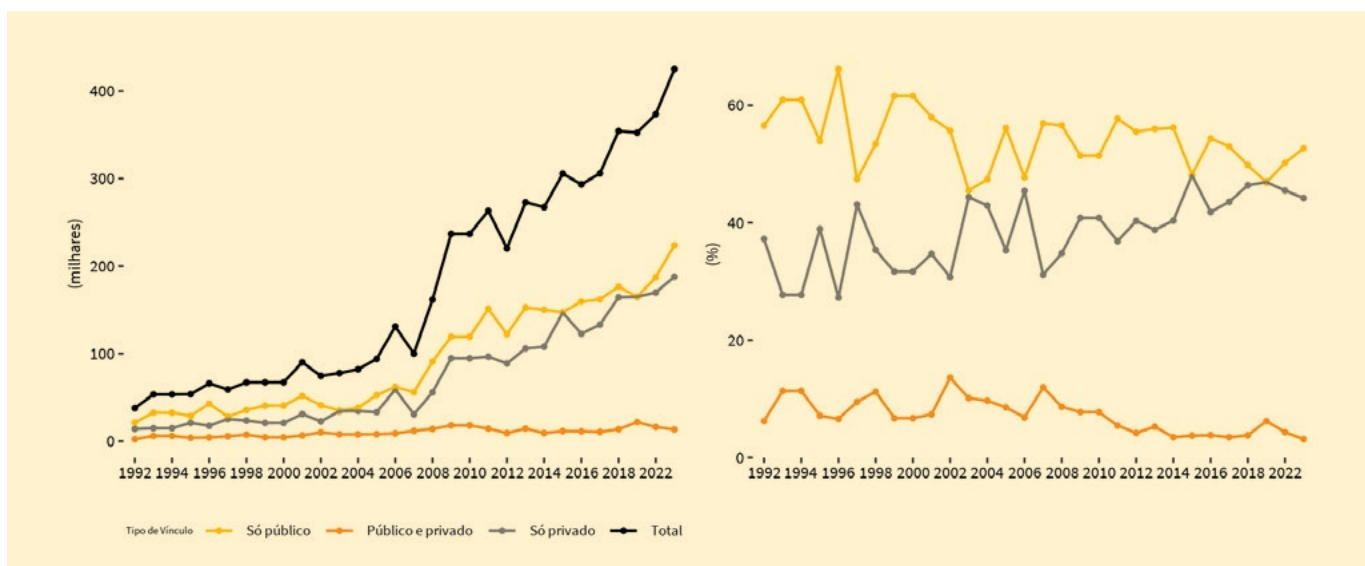
A análise da evolução temporal da proporção desses profissionais, discriminada por tipo de vínculo, apesar de apresentar bastante oscilação, apresenta uma tendência de longo prazo mais clara em comparação com a dinâmica observada entre médicos. Durante todo o período observado, consistentemente a maioria dos enfermeiros atuam apenas no setor público. Ademais, há uma tendência de redução na proporção de enfermeiros no setor público e de aumento da participação dos empregos no setor privado entre esses profissionais. Diferentemente do mercado de médicos, em que os setores privado e público apresentam tendências um pouco diferentes, no caso de enfermeiros, a tendência de crescimento da força de trabalho nos dois setores parece estar bastante associada (**FIGURA 10**).

Entre 2006 e 2013, observou-se um aumento acentuado no número total de enfermeiros. Esse crescimento decorre, ao menos em parte, da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 276/2003, que sugeriu a extinção da profissão de auxiliar de enfermagem a partir de 2011. Consequentemente, entre 2003 e 2008, houve um incentivo significativo para que técnicos de enfermagem buscassem formação adicional para obter o diploma de enfermeiro, o qual exige educação em nível superior (COREN-SP, 2010). Esse aumento é evidente na **FIGURA 11**, que ilustra a evolução da proporção de enfermeiros em relação ao total de profissionais de enfermagem, incluindo técnicos e auxiliares de enfermagem.

Apesar do crescimento na proporção de enfermeiros atuando exclusivamente no setor privado, uma parcela majoritária (aproximadamente 50%)

permaneceu comprometida exclusivamente ao setor público até 2023. Mas com uma diferença cada vez menor entre as proporções de enfermeiros no setor público e privado. O emprego em ambos os setores é pouco comum entre os enfermeiros em todo o período, e tem perdido ainda mais relevância recentemente, representando cerca de 5% dos enfermeiros. Pela baixa significância da prática concomitante entre enfermeiros optamos por retirar essa categoria das análises seguinte, pois seus resultados variam bastante com a amostra.

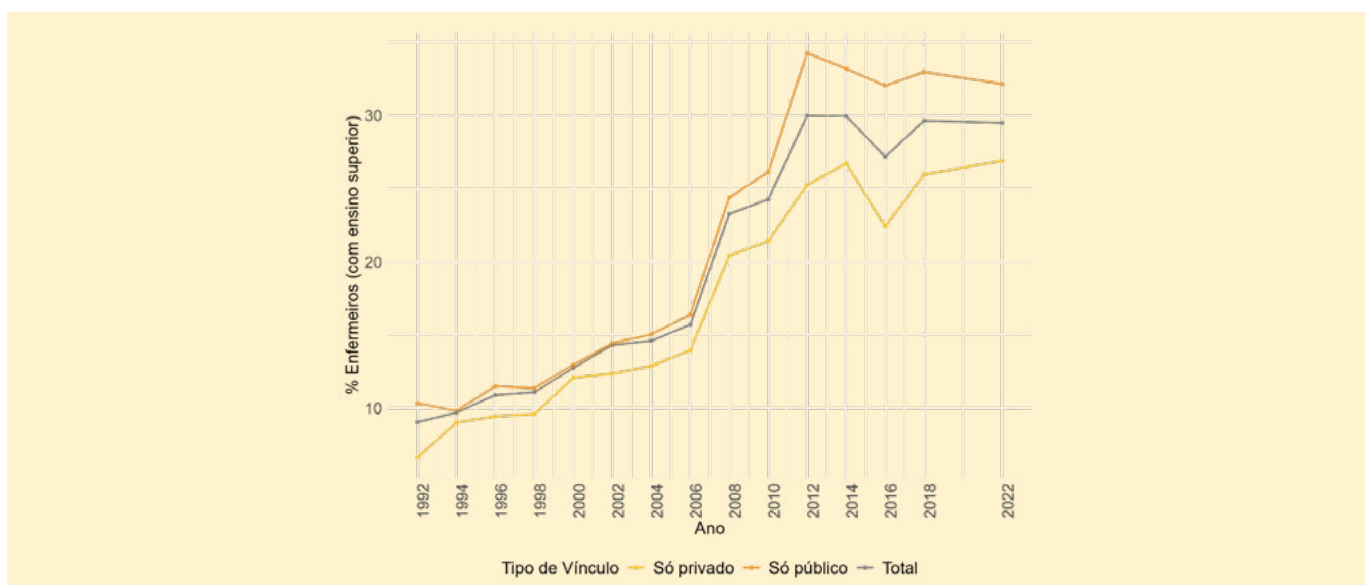
FIGURA 10 - TOTAL E PROPORÇÃO DE ENFERMEIROS POR TIPO DE VÍNCULO, 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.

Elaborado pelos autores.

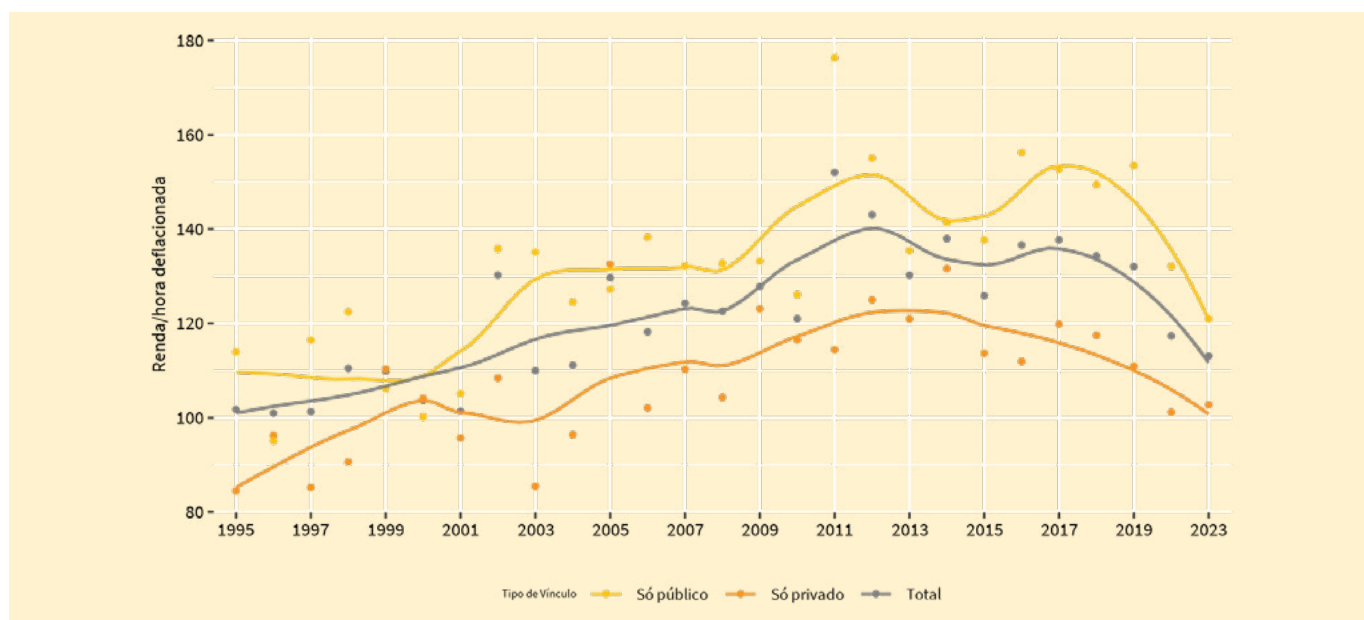
FIGURA 11 - PROPORÇÃO DE ENFERMEIROS NA CATEGORIA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023. Elaborado pelos autores. Nota: Devido a maior variabilidade da amostra para os enfermeiros com prática no setor público e privado - por representar um grupo pequeno, essa categoria foi excluída da Figura.

Ao contrário da dinâmica observada entre médicos, não encontramos uma relação entre a evolução da proporção de enfermeiros em diferentes tipos de vínculos e a evolução dos rendimentos médios para cada tipo de vínculo, conforme demonstrado na **FIGURA 12**. Além disso, no caso dos enfermeiros, aqueles que trabalham exclusivamente no setor público possuem, em média, uma remuneração superior aos profissionais do setor privado, diferentemente do observado entre os médicos. Tanto os enfermeiros do setor público como do setor privado apresentam tendência de rendimento similar, observando um aumento do rendimento até cerca de 2013, com uma inversão da tendência nesse período. Desde então há uma redução no rendimento por hora desses profissionais em ambos os setores.

FIGURA 12 - RENDIMENTO POR HORA MÉDIO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR TIPO DE VÍNCULO, DEFLACIONADO A PREÇOS DE 2023 - 1992 A 2023

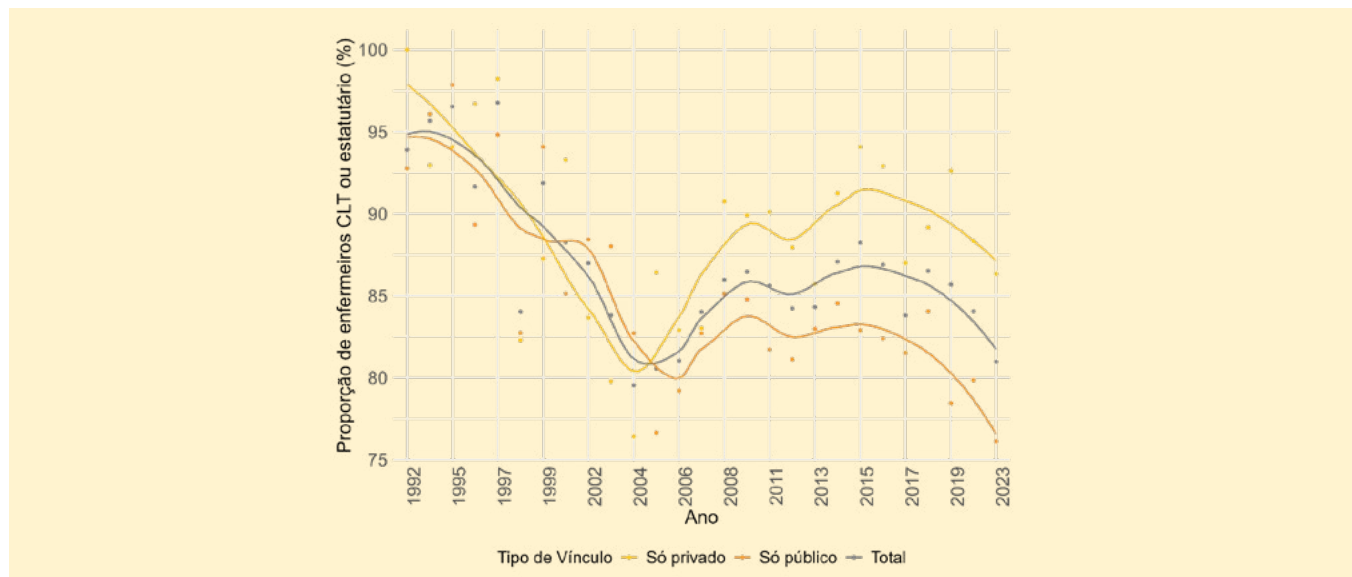


Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1995 a 2023.
Elaborado pelos autores. Nota 1: Valores deflacionados utilizando o IPCA, do IBGE de 1995 a 2023. Nota 2: Foi utilizada metodologia de regressão local ou LOESS para visualizar tendências nos dados (técnica de suavização). Essa técnica é usada para capturar a tendência central sem a necessidade de presumir uma relação linear específica entre variáveis. Optamos por não incluir os intervalos de confiança nas linhas suavizadas para manter o gráfico limpo e focado na identificação das tendências principais.

A análise da proporção de enfermeiros com vínculo CLT ou estatutário por setor de atuação no período de 1992 a 2023 revela diferenças significativas em relação ao mercado de médicos. Em comparação com os médicos, os enfermeiros apresentam uma proporção maior de profissionais com vínculos CLT ou estatutário (**FIGURA 13**). Além disso, a diferença entre o setor privado e o setor público é menor no caso dos enfermeiros. Notavelmente, ao contrário dos médicos, os enfermeiros no setor privado possuem uma porcentagem maior desses tipos de vínculo do que aqueles que atuam exclusivamente no setor público.

Uma similaridade observada em relação ao mercado médico é a diminuição da proporção de enfermeiros com vínculos formais ao longo do período analisado, especialmente desde 2011/12, e de forma mais acentuada entre aqueles atuando no setor público. Essa tendência sugere uma mudança nas formas de contratação e um possível aumento de contratos temporários e outras formas de contratação entre os enfermeiros, semelhante ao observado entre os médicos.

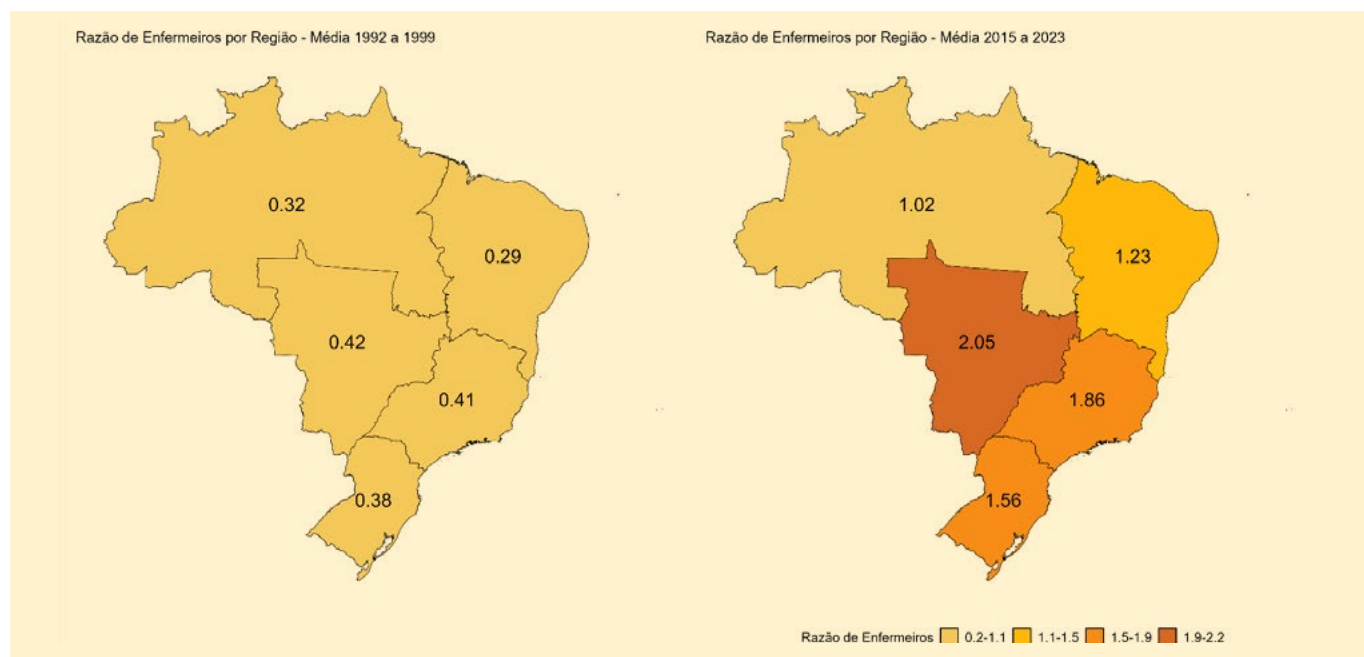
FIGURA 13 - PROPORÇÃO DE ENFERMEIROS COM VÍNCULO CLT OU ESTATUTÁRIO POR TIPO DE VÍNCULO E ANO - 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.
Elaborado pelos autores. Nota: Foi utilizada metodologia de regressão local ou LOESS para visualizar tendências nos dados (técnica de suavização). Essa técnica é usada para capturar a tendência central sem a necessidade de presumir uma relação linear específica entre variáveis. Optamos por não incluir os intervalos de confiança nas linhas suavizadas para manter o gráfico limpo e focado na identificação das tendências principais.

Por meio dos mapas, é possível observar um aumento na densidade de enfermeiros por 1000 habitantes ao longo do período analisado, sugerindo uma melhoria no acesso a profissionais de saúde em diversas regiões. Entretanto, ainda é evidente a existência de disparidades regionais, com algumas regiões, como Norte e Nordeste, mantendo baixas densidades ao longo dos anos estudados (**FIGURA 14**).

FIGURA 14 - MAPA DA RAZÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR 1.000 HABITANTES POR UF - 1992 A 2023



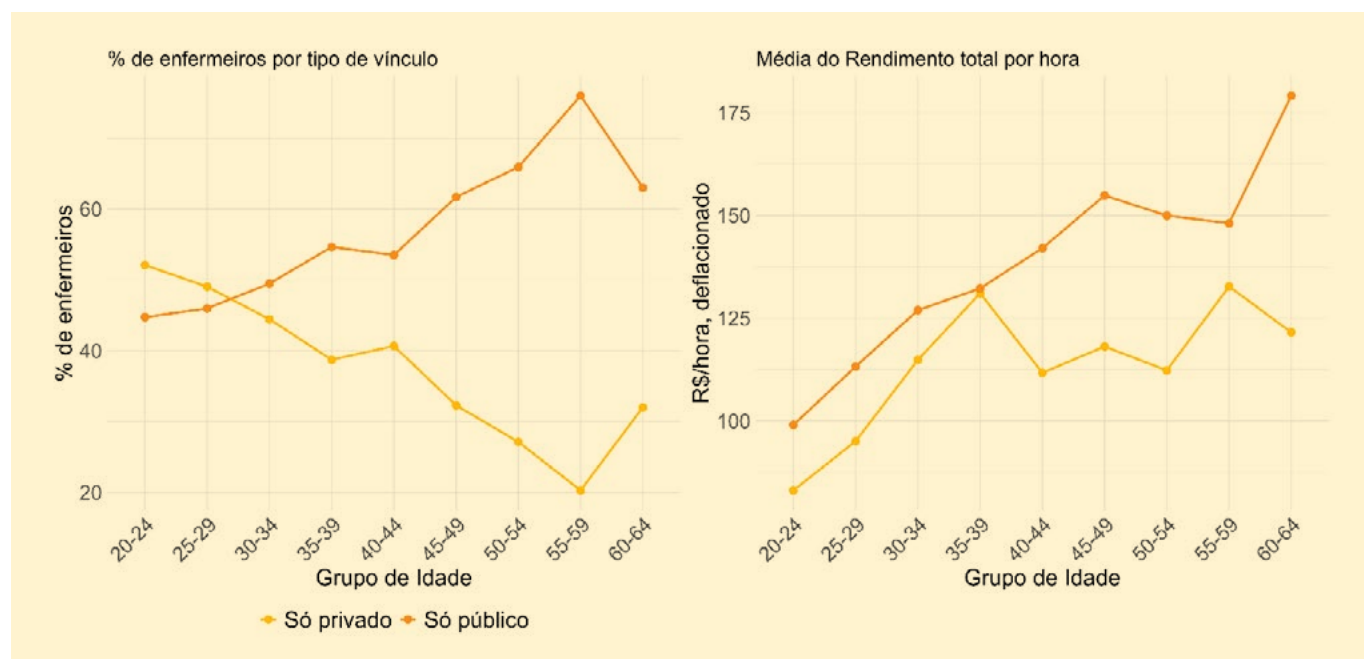
Fonte: Total de profissionais de enfermagem da PNAD e PNADc, IBGE – 1992 a 2022; e População de IBGE- 1992, a 2022. Nota: Os intervalos foram definidos ad hoc para o período de 2015 a 2022, e aplicado esse intervalo fixo para os demais períodos.

5.4.2 Caracterização dos enfermeiros por tipo de vínculo

Nossa análise investigou a distribuição dos enfermeiros por tipo de vínculo empregatício e faixa etária, buscando identificar padrões em suas carreiras. Observamos que, no início da trajetória profissional (20 a 29 anos), há uma representação maior no setor privado. Entretanto, à medida que os enfermeiros envelhecem, essa tendência se inverte, com mais profissionais migrando para o setor público a partir dos 30 anos, atingindo mais de 70% entre os 55 e 59 anos (**FIGURA 15**).

Em relação aos salários, observamos que os enfermeiros tendem a receber uma remuneração maior no setor público do que no privado, e essa diferença salarial aumenta com a idade. Esse padrão de remuneração está alinhado com a transição observada na distribuição dos vínculos empregatícios, sugerindo que salários mais atrativos no setor público podem ser um fator influente para profissionais de enfermagem mais experientes. Vale destacar a distinção entre esses profissionais e médicos: enquanto os médicos mais experientes tendem a atuar predominantemente no setor privado (onde encontram uma remuneração média mais elevada), os enfermeiros mais experientes atuam mais no setor público, onde recebem uma remuneração média mais alta.

FIGURA 15 - PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR TIPO DE VÍNCULO E GRUPO DE IDADE, 1992 A 2022

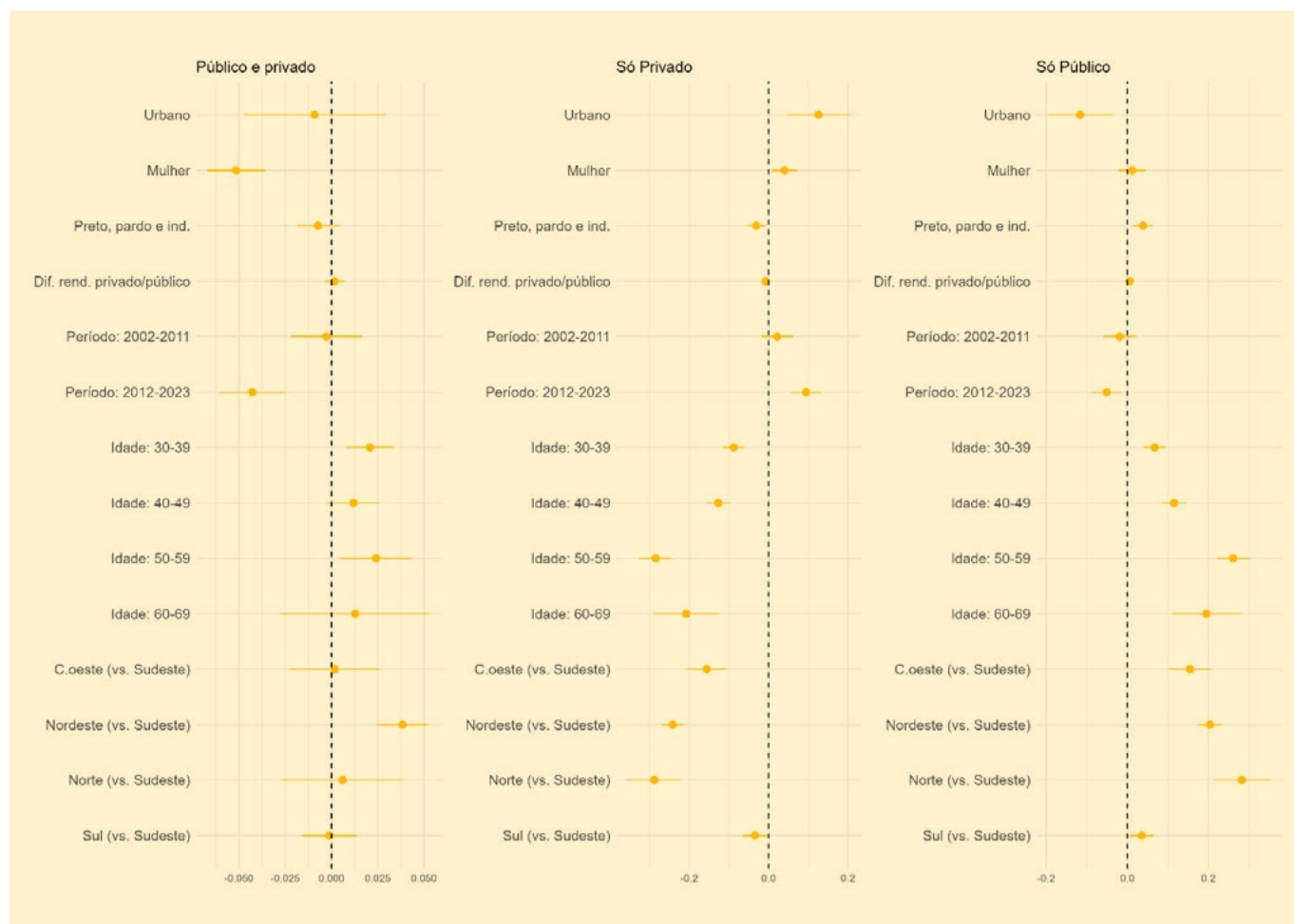


Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2022.
Elaborado pelos autores.

Utilizando os dados das PNAD e PNADc, conduzimos uma análise de regressão que associa a categoria do tipo de vínculo do enfermeiro (com três variáveis dependentes distintas, indicando se o profissional atua exclusivamente no setor privado, no setor público, ou mantém prática dual) com diversas características observáveis dos profissionais (variáveis independentes). O objetivo é analisar as variações nos perfis desses trabalhadores em relação aos tipos de vínculos estabelecidos. Incluímos as mesmas variáveis apresentadas no caso dos médicos. Também incluímos efeito fixo de ano para controlar fatores sistemáticos que possam influenciar o tipo de vínculo de todos os enfermeiros em determinado ano.

Observamos que a probabilidade de os profissionais de enfermagem atuarem no setor privado se reduz com a idade, enquanto a probabilidade de se dedicar exclusivamente ao setor público aumenta com a faixa etária, mesmo após controlar para outras características, tais como gênero, raça e região (**FIGURA 16**). Adicionalmente, os resultados revelam padrões regionais distintos na distribuição de profissionais. Observa-se que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste há uma maior proporção desses profissionais com vínculos exclusivamente em instituições públicas de saúde em comparação com a região Sudeste, similar ao observado entre os médicos (**FIGURA 16**). Ademais, residir em regiões rurais (não urbanas) está associada a maior probabilidade em atuar setor público. Essas relações encontradas parecem persistentes ao longo do período, conforme a análise da relação por período apresentada no Anexo I.

FIGURA 16 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE VÍNCULO E AS CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS, 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.
Elaborado pelos autores.

Para analisar como a escolha do tipo de vínculo está relacionada aos diferentes resultados no mercado de trabalho, realizamos uma regressão em que associamos esses resultados no mercado de trabalho ao tipo de vínculo dos profissionais de enfermagem, controlando por outras características que também estão relacionados a esses resultados, como sexo, idade, região, ano e, no caso desses profissionais também controlamos para se tem

educação superior. Os resultados apresentados na **TABELA 2** refletem as diferenças nas variáveis de resultado do mercado de trabalho ao comparar os profissionais que atuam exclusivamente no setor público com aqueles que possuem prática dual ou trabalham exclusivamente no setor privado.

Em média, aqueles que possuem uma prática dual possuem cerca de 1 (0,95) emprego adicional em comparação com aqueles que trabalham exclusivamente no setor público, enquanto aqueles exclusivamente do setor privado não têm diferença no número de emprego em relação àqueles que atuam apenas no setor público, sendo a média próxima de 1 emprego. É pouco comum os profissionais de enfermagem terem mais de um emprego. No que se refere às horas trabalhadas semanalmente, os enfermeiros com prática dual trabalham cerca de 22 horas a mais por semana do que aqueles que trabalham exclusivamente no setor público, enquanto os enfermeiros do setor privado trabalham, em média, 1,7 hora a mais.

Quanto ao rendimento total mensal, conforme esperado devido ao maior número de empregos e horas trabalhadas, os profissionais de enfermagem com prática dual ganham em média 49% a mais do que os exclusivamente do setor público. Após controlarmos pelas horas trabalhadas, essa diferença diminui significativamente para cerca de 5%. Já os profissionais do setor privado, além de trabalharem mais horas por semana em média, têm um rendimento total 16% menor do que aqueles exclusivamente do setor público, e menos 19,7% no rendimento por hora.

Quanto ao tipo de contratação, observa-se uma proporção maior de contratos fixos do tipo CLT entre os trabalhadores do setor privado em comparação com aqueles que optam pela prática no setor público, resultado contrário ao observado entre os médicos. No Anexo II, apresentamos os mesmos resultados segmentados em três períodos distintos: de 1992 a 2001, de 2002 a 2011 e de 2012 a 2019, com o objetivo de analisar possíveis mudanças nessas relações ao longo do tempo. Observa-se que não houve alterações significativas na diferença no número de empregos e horas trabalhadas entre os profissionais de enfermagem com prática dual ou do setor privado em relação aos que trabalham exclusivamente do setor público ao longo do período analisado. No entanto, a diferença no rendimento total e no rendimento por hora, para aqueles que atuam no setor privado em relação aos exclusivamente do setor público, aumentou ao longo do tempo. Isto significa que a diferença nos salários do setor privado e público aumentou, com o setor privado pagando relativamente menos que o público, uma tendência oposta ao observado entre os médicos.

TABELA 2 - RELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS NO MERCADO DE TRABALHO E O TIPO DE VÍNCULO DOS ENFERMEIROS, 1992 A 2022

Dependent Variables:	Trabalho	Horas trab. (semana)	Log (Rendimento total)	Log((Rendimento/hora)	CLT/ estatutário
Model:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Variables					
factor(tipo_vinc) Público e privado	0.9487*** (0.0147)	22.16*** (0.6306)	0.4897*** (0.0311)	0.0518* (0.0297)	0.1036*** (0.0257)
factor(tipo_vinc) Só privado	-0.0216* (0.0111)	1.769*** (0.3610)	-0.1591*** (0.0175)	-0.1973*** (0.0155)	0.1165*** (0.0224)
Médias					
	1,12	42,7	3.024,8	75,3	84,63
Controles					
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Reg. urbana	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Gênero	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Cor	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects					
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics					
R ²	0.35027	0.17276	0.15455	0.12446	0.10504
Observations	9,725	9,725	9,423	9,423	8,214
Clustered (ano)) standard-errors in parentheses					
Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1					

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2022.
Elaborado pelos autores.

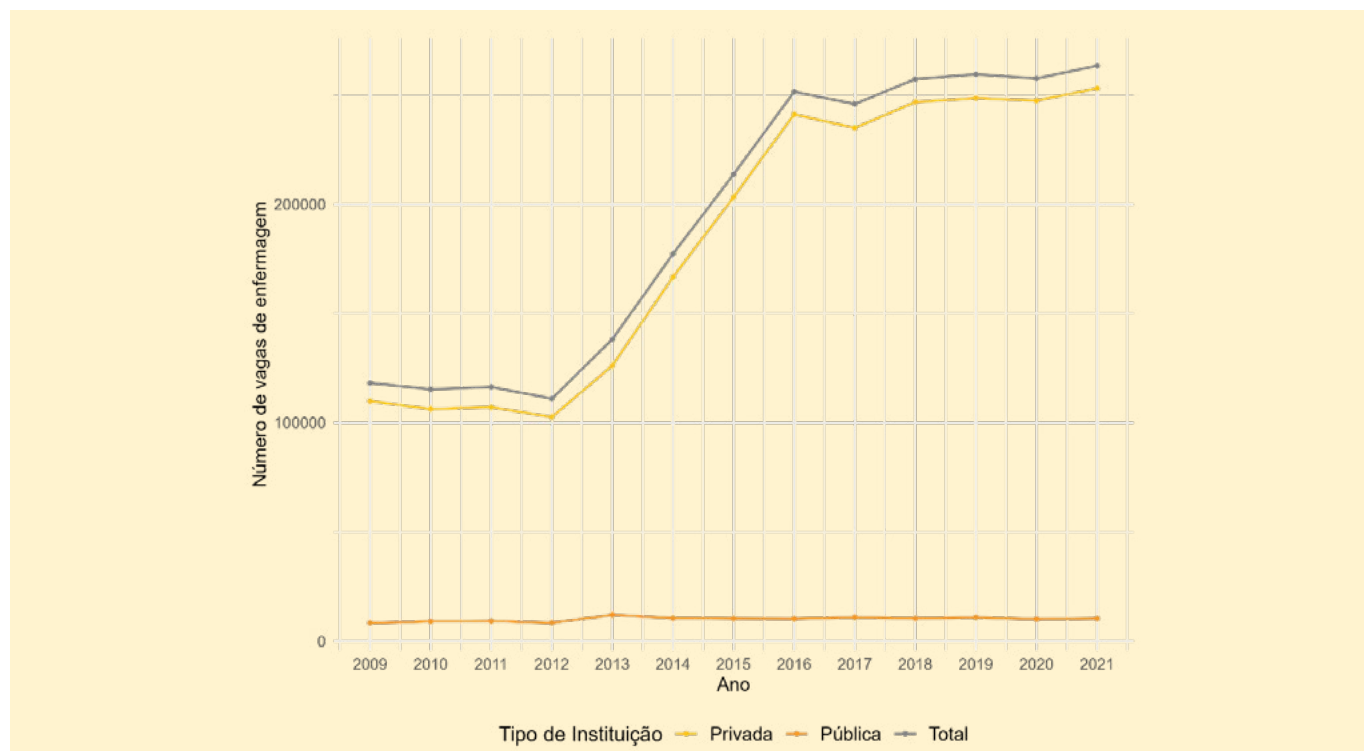
5.4.3 Expectativas para os profissionais de enfermagem

Embora médicos e profissionais de enfermagem tenham demonstrado tendências similares de crescimento nos últimos anos, a análise desta seção sublinha distinções significativas nos mercados de trabalho de ambos. Historicamente, a enfermagem contava com uma maioria expressiva de profissionais no setor público, mas, a diferença no percentual de enfermeiros em cada setor tem diminuído. Independente disso, a carreira de enfermagem tende a inclinar-se mais para o emprego público ao longo do tempo, em contraste com a trajetória observada na medicina.

Ao contrário dos médicos, os enfermeiros no setor público tendem a receber salários superiores aos do privado. Portanto, o vínculo de médicos e enfermeiros com os diferentes setores podem ser explicado, ao menos em parte, pelos diferenciais salariais.

A distribuição dos enfermeiros pelo Brasil, apesar de exibir disparidades regionais, é relativamente mais homogênea que a dos médicos. Embora não haja políticas específicas do governo federal para fomentar a formação em enfermagem, ocorreu um aumento considerável na oferta de vagas em cursos superiores na área. Uma hipótese para essa expansão é a economia de escala alcançada pelas instituições que oferecem cursos de medicina, as quais encontram viabilidade econômica para abrir cursos de enfermagem⁷. Ademais, para o período analisado, houve crescimento de vagas de diversos cursos de formação superior em níveis similares ao da graduação de médicos e enfermeiros⁸, o que indica que outros fatores podem estar influenciando o crescimento das vagas de formação em cursos de nível superior.

FIGURA 17 - TOTAL DE VAGAS EM CURSO SUPERIOR DE ENFERMAGEM, 2009 A 2021



Fonte: Censo do ensino Superior, INEP, 2009 a 2021. Elaborado pelos autores.

7 Durante o período de 2009 a 2021, de acordo com dados do Censo Superior do INEP, cerca de 75% das faculdades de medicina ativas também ofereciam cursos de enfermagem de nível superior. Dentre as faculdades de medicina que iniciaram o funcionamento a partir de 2010, cerca de 60% também possuem curso de enfermagem.

8 Segundo dados do Censo Superior, Sociologia, Medicina veterinária, Psicologia, Odontologia, Agronomia, Filosofia, História, Fisioterapia e Farmácia tiveram crescimentos superiores ou similares ao crescimento observado nos cursos de Enfermagem e Medicina, no período de 2009 a 2021.

O MERCADO DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Conforme visto anteriormente, os enfermeiros correspondem a 30% dos profissionais de enfermagem, enquanto os restantes 70% são técnicos ou auxiliares de enfermagem de nível técnico. Em 2023, o Brasil possuía cerca de 900 mil técnicos e auxiliares de enfermagem, representando a maior categoria de profissionais de saúde analisada neste relatório.

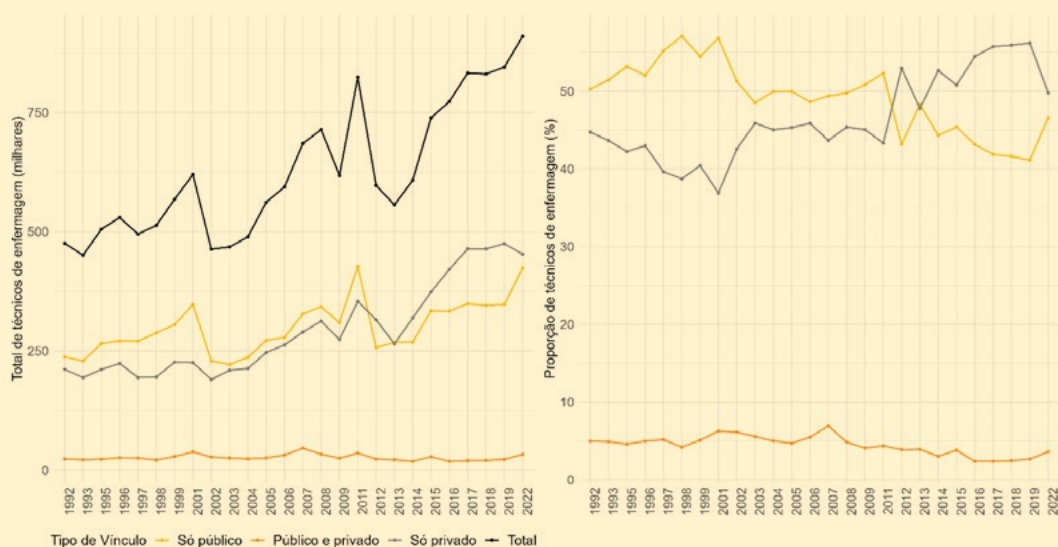
Apesar de, em geral, apresentar um comportamento similar ao dos enfermeiros em termos de oferta entre os setores público e privado, algumas discrepâncias nas tendências entre técnicos de enfermagem e enfermeiros merecem destaque. Primeiramente, os enfermeiros demonstraram um crescimento mais acentuado em comparação com os técnicos e auxiliares de enfermagem. Enquanto o número de enfermeiros mais que triplicou no período analisado, o total de técnicos e auxiliares quase dobrou.

Além disso, enquanto os enfermeiros permanecem majoritariamente no setor público, mesmo no período mais recente, a distribuição dos técnicos de enfermagem apresentou períodos com tendências distintas. Entre 1992 e o início dos anos 2000, houve um aumento contínuo na proporção de profissionais de enfermagem dedicados exclusivamente ao setor público, acompanhado por uma queda equivalente no número de profissionais atuando no setor privado. Esta tendência inicial foi seguida por uma inversão nos primeiros anos da década de 2000 até meados da mesma década. Durante este período, observou-se uma redução na proporção de profissionais de enfermagem atuando exclusivamente no setor público, acompanhada por um incremento proporcional daqueles dedicados apenas ao setor privado (FIGURA 9).

Esta inversão destoa do padrão verificado no caso dos médicos, onde se observa um aumento na proporção de médicos no setor público, em detrimento do setor privado, sugerindo uma possível dinâmica de substituição entre os profissionais nos dois setores (FIGURA 1 E C).

Do início dos anos 2000 até 2015, o mercado de técnicos e auxiliares parece ter evoluído sem muita mudança estrutural. A partir de 2015, porém, observou-se uma mudança na tendência, com um crescimento na proporção de técnicos de enfermagem atuando apenas no setor privado e uma queda na proporção dos profissionais no setor público, a ponto de inverter e passar a ter mais técnicos de enfermagem atuando só no setor privado que no público. No entanto, os dados de 2023 podem indicar uma nova mudança de tendência.

FIGURA C - TOTAL E PROPORÇÃO DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM (NÍVEL TÉCNICO) POR TIPO DE VÍNCULO, 1992 A 2022



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2022.
Elaborado pelos autores.

5.5

Reflexões finais

Este estudo explorou as variações na distribuição de médicos e enfermeiros entre os setores público e privado no Brasil, detalhando como essas tendências evoluíram ao longo de três décadas, de 1992 a 2023. Enquanto a participação de médicos no setor público aumentou até meados dos anos 2000, impulsionada pela consolidação do SUS e incentivos financeiros, uma inversão de tendência surgiu posteriormente, com um crescimento notável da presença de médicos no setor privado, atraídos por melhores remunerações. Principalmente entre os médicos especialistas, vemos forte crescimento na atuação no setor privado. Contrastando, os enfermeiros possuem maior participação no setor público durante todo o período, mas há uma tendência de queda nessa participação e aumento na proporção de enfermeiros atuando no setor privado. Ademais, entre os enfermeiros, a prática dual é significativamente menos comum.

A análise indica que, especialmente no mercado de médicos, onde há maior flexibilidade nos tipos de contrato e arranjos de trabalho, os profissionais respondem fortemente a incentivos de mercado. O aumento expressivo no número de profissionais, particularmente no mercado médico, parece estar causando mudanças estruturais, incluindo a redução do diferencial salarial entre os setores público e privado e o surgimento de novos arranjos de contrato menos rígidos que os tradicionais CLT e estatutário.

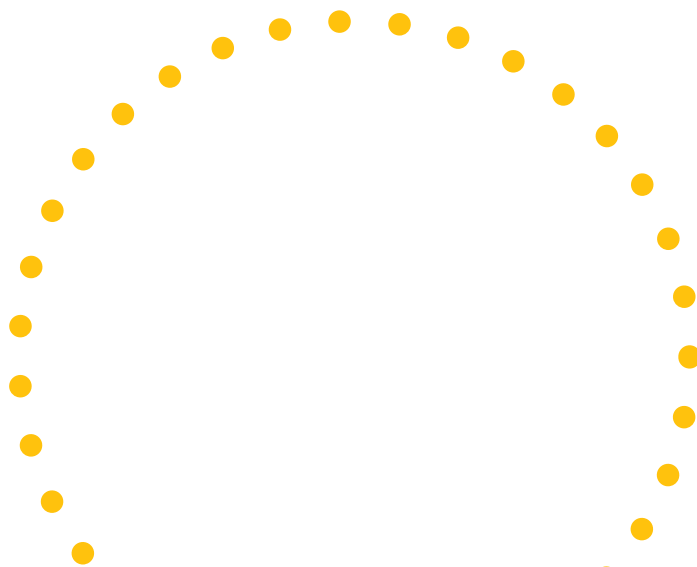
Ademais, a análise revela que, apesar do aumento expressivo no número de profissionais de saúde, a distribuição entre os setores não é homogênea, contribuindo para disparidades regionais e dificuldades no acesso a serviços de saúde em alguns locais. A concentração de profissionais em centros urbanos, em detrimento de áreas remotas e carentes, é um desafio persistente que compromete a oferta de serviços pelo SUS. A análise indica que, especialmente no mercado de médicos, onde há maior flexibilidade nos tipos de contrato e arranjos de trabalho, os profissionais respondem fortemente a incentivos financeiros.

Embora o aumento no número de graduados em medicina e enfermagem ofereça perspectivas para mitigar essas disparidades, é incerto se essa expansão será suficiente para atender plenamente à demanda, especialmente por médicos especialistas. É possível que o crescimento do número

de médicos não seja suficiente para contornar as dificuldades de algumas regiões em atender a demanda por médicos, principalmente por médicos especialistas.

Os resultados também indicam que a atratividade do setor privado, evidenciada pelo crescimento do número de médicos e profissionais de enfermagem atuando exclusivamente neste setor, ressalta a importância de revisar as políticas de incentivo e as condições de trabalho no setor público. Para superar esses obstáculos e garantir um sistema de saúde equitativo e eficaz, é essencial desenvolver estratégias que ofereçam incentivos e oportunidades de desenvolvimento profissional, especialmente em áreas mais remotas e vulneráveis, aumentando a atratividade de tais locais.

Por fim, como os resultados indicaram, é importante destacar 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 para os demais. Setores e ocupações não se comportam como compartimentos estanques já que os mercados de trabalho são integrados e profissionais diferentes podem ser substitutos ou complementares em 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.



Referências

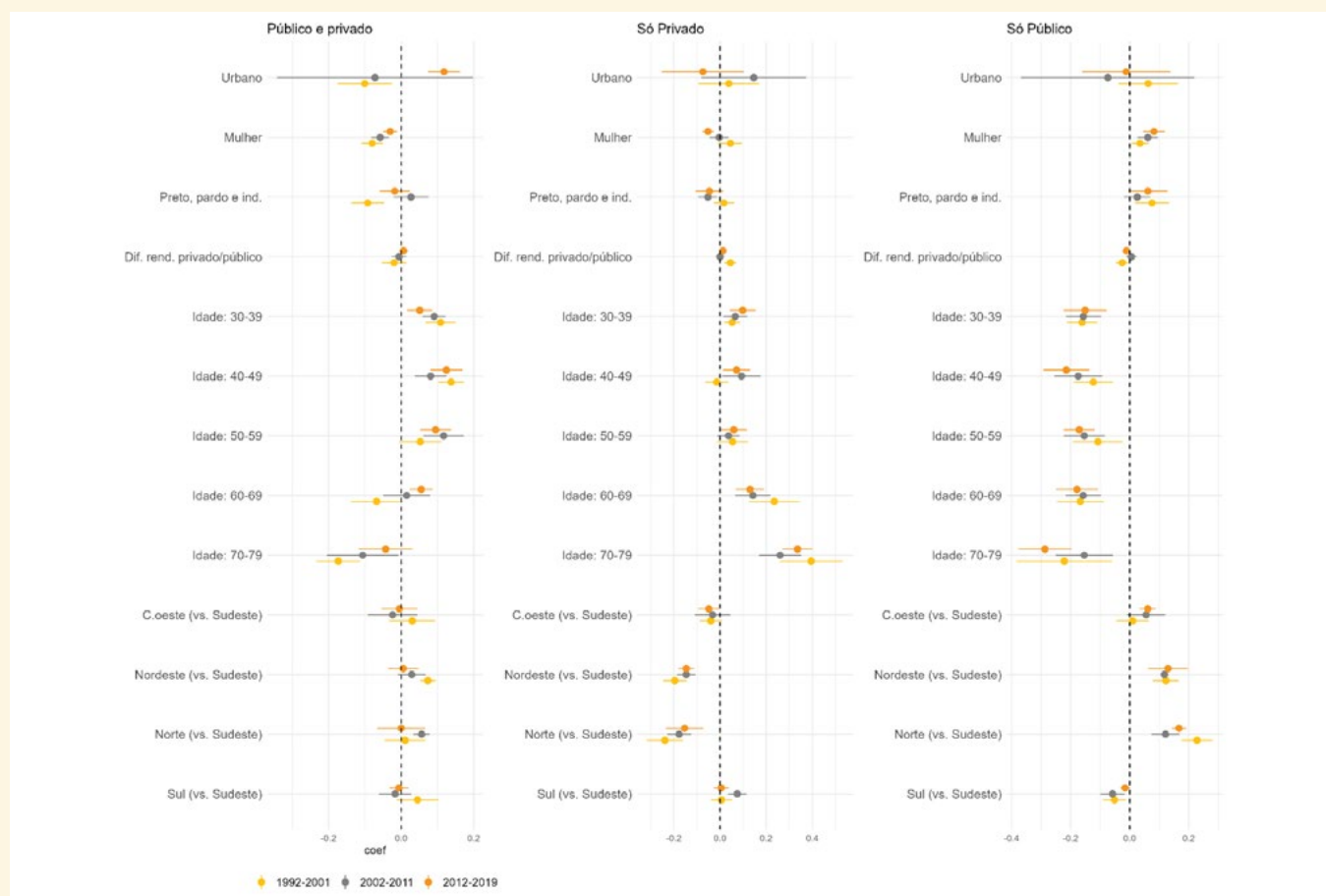
- Anand, S., & Bärnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: Cross-country econometric study. *The Lancet*, 364(9445), 1603–1609. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17313-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17313-3)
- Barden-O’Fallon, J., Angeles, G., & Tsui, A. (2006). Imbalances in the health labour force: An assessment using data from three national health facility surveys. *Health Policy and Planning*, 21(2), 80–90. <https://doi.org/10.1093/heapol/czj012>
- Bazyar, M., Rashidian, A., Jahanmehr, N., Behzadi, F., Moghri, J., & Doshmangir, L. (2018). Prohibiting physicians’ dual practice in Iran: Policy options for implementation. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(3). <https://doi.org/10.1002/hpm.2524>
- Cheng, T. C., Joyce, C. M., & Scott, A. (2013). An empirical analysis of public and private medical practice in Australia. *Health Policy*, 111(1), 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.011>
- Costa, F., Nunes, L., & Sanches, F. M. (2024). How to Attract Physicians to Underserved Areas? Policy Recommendations from a Structural Model. *Review of Economics and Statistics*, 106(1), 36–52. https://doi.org/10.1162/rest_a_01155
- Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2003). Human resources for health policies: A critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-1>
- Dussault, G., & Vujicic, M. (2008). Demand and Supply of Human Resources for Health. Em *International Encyclopedia of Public Health* (p. 77–84). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00162-3>
- Eggleston, K., & Bir, A. (2006). Physician dual practice. *Health Policy*, 78(2–3), 157–166. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.09.007>
- Figueiredo, J. O., Prado, N. M. D. B. L., Medina, M. G., & Paim, J. S. (2018). Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, 42(spe2), 37–47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s203>
- Fritzen, S. A. (2007). Strategic management of the health workforce in developing countries: What have we learned? *Human Resources for Health*, 5(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-5-4>
- García-Prado, A., & González, P. (2007). Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. *Health Policy*, 84(2–3), 142–152. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.03.006>
- González, P., & Macho-Stadler, I. (2013). A theoretical approach to dual practice regulations in the health sector. *Journal of Health Economics*, 32(1), 66–87. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.08.005>
- Gruen, R., Anwar, R., Begum, T., Killingsworth, J. R., & Normand, C. (2002). Dual job holding practitioners in Bangladesh: An exploration. *Social Science & Medicine*, 54(2), 267–279. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00026-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00026-0)

- Jack, W., De Laat, J., Hanson, K., & Soucat, A. (2010). *Incentives and Dynamics in the Ethiopian Health Worker Labor Market*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8358-2>
- Kankaanranta, T., Nummi, T., Vainiomäki, J., Halila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M., Kujala, S., Kumpusalo, E., Mattila, K., Virjo, I., Vänskä, J., & Rissanen, P. (2007). The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private. *Health Policy*, 83(1), 50–64. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.11.010>
- Lei No 14.621 (2023). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm
- Liang, S., Macinko, J., Yue, D., & Meng, Q. (2019). The impact of the health care workforce on under-five mortality in rural China. *Human Resources for Health*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0357-5>
- Machado, M. H. (2017). *Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. COFEN/ FIOCRUZ.
- Machado, M. H., de Lacerda, F., & Justino, E. (2016). Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: *M. H.*, 56.
- Marinho, G. L., & Queiroz, M. E. V. D. (2023). Cobertura populacional de enfermeiros no Brasil: Estimativas com base em diferentes fontes de dados: *Trabalho, Educação e Saúde*, 21, e00916202. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs916>
- Michael, T., Filc, D., & Davidovitch, N. (2022). What motivates physicians to propose private services in a mixed private-public healthcare system? A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07474-9>
- Midttun, L. (2007). Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists. *Social Science & Medicine*, 64(6), 1265–1277. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.003>
- Ministério da Saúde & Ministério da Educação. (2023, outubro 4). *Lançado edital com regras para novos cursos de Medicina*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/lançado-edital-com-regras-para-novos-cursos-de-medicina-e-desconcentração-das-vagas-de-formação-dos-profissionais>
- Oliveira, A. P. C. D., Gabriel, M., Poz, M. R. D., & Dussault, G. (2017). Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1165–1180. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>
- Saether, E. M. (2005). Physicians' Labour Supply: The Wage Impact on Hours and Practice Combinations. *Labour*, 19(4), 673–703. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9914.2005.00317.x>
- Scheffer, M. (2023). *Demografia Médica no Brasil 2023* (6o ed). Cristiane de Jesus Almeida.
- Scheffler, R. M., Herbst, C. H., Lemiere, C., & Campbell, J. (2016). *Health Labor Market Analyses in Low- and Middle-Income Countries*.
- Socha, K. Z., & Bech, M. (2011). Physician dual practice: A review of literature. *Health Policy*, 102(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.10.017>
- Szklo, M., Clarke, D., & Rocha, R. (2024). *Does Increasing Public Spending in Health Improve Health? Lessons from a Constitutional Reform in Brazil*.
- Thornton, J., & Esposto, F. (2003). How important are economic factors in choice of medical specialty? *Health Economics*, 12(1), 67–73. <https://doi.org/10.1002/hec.682>
- Tuohy, C. H., Flood, C. M., & Stabile, M. (2004). How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(3), 359–396. <https://doi.org/10.1215/03616878-29-3-359>
- World Health Organization. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*. 71.

Anexos

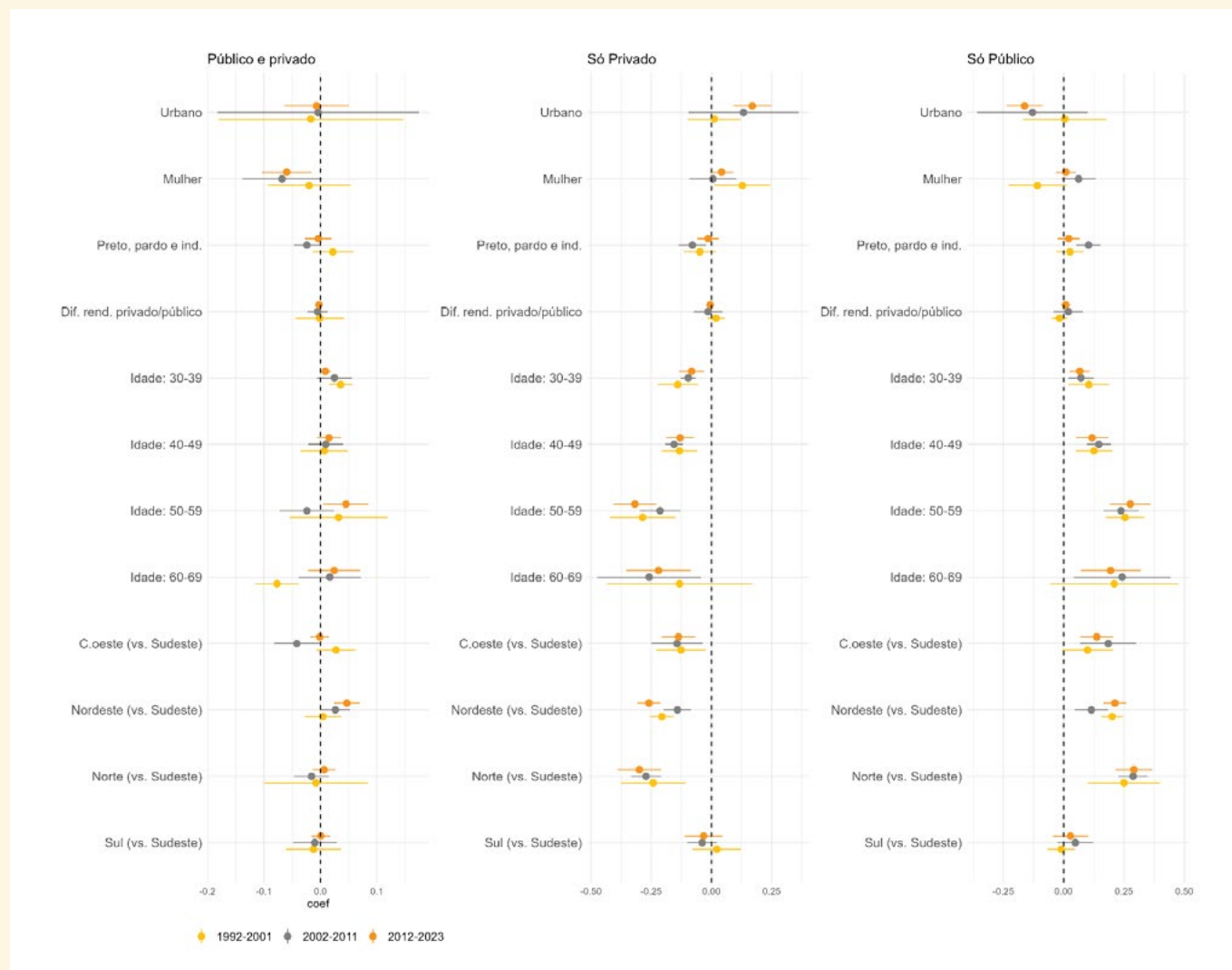
Anexo I: Análise das características associadas a escolha por tipo de vínculo dos profissionais de saúde

FIGURA 15 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE VÍNCULO E AS CARACTERÍSTICAS DOS MÉDICOS POR PERÍODO, 1992 A 2019



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.
Elaborado pelos autores.

FIGURA 16 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE VÍNCULO E AS CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS POR PERÍODO, 1992 A 2019



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.
Elaborado pelos autores.

Anexo II: Análise da relação entre o tipo de vínculo e resultados no mercado de trabalho dos profissionais de saúde por período

TABELA 3 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE EMPREGOS E HORAS TRABALHADAS E O TIPO DE VÍNCULO DOS MÉDICOS POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	Log(Rendimento total)				Log(Rendimento/hora)			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables								
Público e privado	0.4331*** (0.0174)	0.5329*** (0.0464)	0.3773*** (0.0166)	0.4372*** (0.0218)	0.2439*** (0.0176)	0.3374*** (0.0472)	0.1995*** (0.0163)	0.2550*** (0.0289)
Só privado	0.1595*** (0.0237)	0.2778*** (0.0449)	0.1041** (0.0419)	0.1880*** (0.0167)	0.1990*** (0.0262)	0.3929*** (0.0396)	0.1731*** (0.0375)	0.1662*** (0.0287)
Reg. urbana	0.0853 (0.0511)	0.0845 (0.1382)	-0.0172 (0.0923)	0.1419 (0.0762)	0.0363 (0.0639)	0.0248 (0.1868)	-0.0840 (0.1185)	0.0805 (0.0761)
Preto, pardo ou indígena	-0.1293*** (0.0293)	-0.1818** (0.0582)	-0.1016*** (0.0270)	-0.0837* (0.0357)	-0.1030*** (0.0350)	-0.1243* (0.0488)	-0.0459 (0.0281)	-0.0763* (0.0399)
Mulher	-0.3427*** (0.0284)	-0.5626*** (0.0477)	-0.3373*** (0.0299)	-0.2424*** (0.0246)	-0.1807*** (0.0210)	-0.3275*** (0.0273)	-0.1806*** (0.0211)	-0.1095*** (0.0278)
Médias								
	16.838,9	14.758,4	15.407,8	18.519,3	375,92	331,74	330,74	420,93
Controles								
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects								
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics								
R2	0.24203	0.32272	0.28695	0.18653	0.19634	0.26572	0.22345	0.15350
Observations	13,903	3,105	4,594	5,564	13,898	3,103	4,591	5,564

Clustered (ano) standard-errors in parentheses
Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.
Elaborado pelos autores.

TABELA 4 - RELAÇÃO ENTRE RENDIMENTO TOTAL E RENDIMENTO POR HORA E O TIPO DE VÍNCULO DOS MÉDICOS POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	Trabalhos				Horas trabalhadas (semana)			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables								
Público e privado	0.8834*** (0.0211)	0.8412*** (0.0359)	0.7948*** (0.0167)	0.9669*** (0.0308)	8.688*** (0.5459)	8.206*** (1.135)	8.585*** (0.8498)	8.245*** (1.091)
Só privado	-0.0452* (0.0231)	-0.0849** (0.0305)	-0.1350*** (0.0357)	0.0328 (0.0343)	-1.387** (0.5821)	-4.138*** (0.8658)	-2.416*** (0.5359)	1.098 (0.9894)
Reg. urbana	0.1120** (0.0489)	0.1153 (0.0936)	0.2198** (0.0863)	0.0803 (0.0678)	0.7476 (1.490)	0.3158 (2.705)	1.241 (2.475)	1.923 (2.520)
Preto, pardo ou indígena	-0.0186 (0.0150)	0.0423 (0.0270)	-0.0367 (0.0319)	-0.0102 (0.0275)	-1.039* (0.5410)	-1.741* (0.7487)	-2.330** (0.8605)	-0.1529 (0.9111)
Mulher	-0.1226*** (0.0177)	-0.2047*** (0.0267)	-0.1286*** (0.0297)	-0.0812** (0.0334)	-6.990*** (0.5059)	-10.18*** (0.8159)	-6.730*** (0.8015)	-5.793*** (0.6940)
Médias								
	1,59	1,66	1,68	1,52	48,3	47,7	49,98	47,16
Controles								
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects								
Factor(ano)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics								
R2	0.30802	0.33856	0.31056	0.29489	0.11152	0.16237	0.11555	0.09406
Observations	15,785	3,942	4,830	5,568	15,785	3,942	4,830	5,568

Clustered (ano)) standard-errors in parentheses

Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.
Elaborado pelos autores.

TABELA 5 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE CONTRATAÇÃO E O TIPO DE VÍNCULO DOS MÉDICOS POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	CLT ou estatutário			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables				
Público e privado	-0.0977*** (0.0245)	0.0578 (0.0419)	0.0589** (0.0248)	-0.1641*** (0.0324)
Só privado	-0.2906*** (0.0488)	0.1358*** (0.0308)	0.0724** (0.0256)	-0.4624*** (0.0259)
Reg. urbana	0.0238 (0.0524)	0.0847 (0.1464)	0.1694 (0.2373)	-0.0022 (0.0311)
Preto, pardo ou indígena	-0.0041 (0.0158)	0.0476** (0.0177)	-0.0532 (0.0402)	-0.0155 (0.0197)
Mulher	0.0574*** (0.0118)	0.1119*** (0.0297)	0.0273 (0.0169)	0.0371 (0.0203)
Médias				
	48,62	59,14	53,35	46,54
Controles				
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects				
Factor(ano)	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics				
R2	0.11727	0.10728	0.07118	0.19660
Observations	10,466	1,449	2,004	5,568

Clustered (ano) standard-errors in parentheses

Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.

Elaborado pelos autores.

TABELA 6 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE EMPREGOS E HORAS TRABALHADAS E O TIPO DE VÍNCULO DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	Trabalhos				Horas trabalhadas (semana)			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables								
Público e privado	0.9690*** (0.0066)	0.9881*** (0.0113)	0.9674*** (0.0094)	0.9518*** (0.0131)	25.02*** (0.5068)	26.22*** (0.4755)	25.45*** (0.9265)	23.39*** (0.7365)
Só privado	0.0002 (0.0042)	0.0242*** (0.0063)	-0.0094 (0.0054)	-0.0038 (0.0065)	2.716*** (0.2358)	4.492*** (0.1222)	2.544*** (0.3112)	2.254*** (0.3045)
Graduação enf.	0.0412*** (0.0053)	0.0647*** (0.0116)	0.0689*** (0.0128)	0.0237*** (0.0025)	0.3196* (0.1700)	-0.0020 (0.4760)	0.7974* (0.4043)	0.1193 (0.2211)
Reg. urbana	0.0190*** (0.0062)	-0.0098 (0.0123)	0.0316** (0.0098)	0.0213** (0.0077)	1.327*** (0.2752)	1.554* (0.6804)	0.8223 (0.4772)	1.303*** (0.3662)
Preto, pardo ou indígena	0.0035 (0.0032)	0.0060 (0.0089)	0.0037 (0.0062)	0.0020 (0.0047)	0.4136*** (0.1397)	0.4147 (0.3440)	0.3694 (0.2795)	0.4542* (0.2089)
Mulher	-0.0502*** (0.0062)	-0.0267** (0.0108)	-0.0471*** (0.0095)	-0.0585*** (0.0097)	-2.297*** (0.2339)	-2.348*** (0.2239)	-2.363*** (0.6564)	-2.247*** (0.3437)
Médias								
	1,12	1,12	1,14	1,10	42,7	42,79	43,66	42,17
Controles								
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects								
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics								
R2	0.37059	0.45776	0.39004	0.31723	0.17025	0.21100	0.18743	0.13767
Observations	49,844	10,277	13,689	23,332	49,844	10,277	13,689	23,332

Clustered (ano)) standard-errors in parentheses S
ignif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.
Elaborado pelos autores.

TABELA 7 - RELAÇÃO ENTRE RENDIMENTO TOTAL E RENDIMENTO POR HORA E O TIPO DE VÍNCULO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	Trabalhos				Horas trabalhadas (semana)			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables								
Público e privado	0.5205*** (0.0181)	0.5919*** (0.0386)	0.5214*** (0.0333)	0.4783*** (0.0206)	0.0350** (0.0159)	0.0812 (0.0433)	0.0280 (0.0277)	0.0200 (0.0195)
Só privado	-0.1132*** (0.0106)	-0.0201 (0.0229)	-0.1434*** (0.0157)	-0.1229*** (0.0105)	-0.1723*** (0.0092)	-0.1161*** (0.0260)	-0.2009*** (0.0164)	-0.1743*** (0.0105)
Graduação enf.	0.6472*** (0.0117)	0.6218*** (0.0312)	0.7210*** (0.0162)	0.6291*** (0.0093)	0.6398*** (0.0123)	0.6133*** (0.0316)	0.7032*** (0.0171)	0.6267*** (0.0121)
Reg. urbana	0.2880*** (0.0253)	0.4148*** (0.0296)	0.2206*** (0.0202)	0.2102*** (0.0106)	0.2570*** (0.0254)	0.3740*** (0.0327)	0.2039*** (0.0220)	0.1764*** (0.0141)
Preto, pardo ou indígena	-0.0712*** (0.0071)	-0.1067*** (0.0150)	-0.0694*** (0.0130)	-0.0619*** (0.0077)	-0.0812*** (0.0073)	-0.1168*** (0.0184)	-0.0732*** (0.0169)	-0.0749*** (0.0058)
Mulher	-0.1611*** (0.0095)	-0.1544*** (0.0228)	-0.1330*** (0.0135)	-0.1780*** (0.0148)	-0.1176*** (0.0100)	-0.1058*** (0.0233)	-0.0901*** (0.0229)	-0.1350*** (0.0127)
Médias								
	3.024,8	2339.49	2877.68,8	3340.25	75,3	58.21	73.40	82.10
Controles								
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects								
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics								
R2	0.36289	0.29431	0.33130	0.36163	0.32672	0.24038	0.27389	0.33969
Observations	47,244	7,992	13,450	23,271	47,242	7,992	13,448	23,271

Clustered (ano)) standard-errors in parentheses S

ignif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.
Elaborado pelos autores.

TABELA 8 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE CONTRATAÇÃO E O TIPO DE VÍNCULO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	CLT ou estatutário			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables				
Público e privado	0.0895*** (0.0138)	0.1179** (0.0383)	0.1932*** (0.0178)	0.0567*** (0.0122)
Só privado	0.1163*** (0.0154)	0.1931*** (0.0278)	0.2393*** (0.0074)	0.0646*** (0.0094)
Graduação enf.	0.0014 (0.0049)	0.0267 (0.0209)	-0.0266*** (0.0049)	0.0026 (0.0061)
Reg. urbana	0.1151*** (0.0166)	0.1607*** (0.0234)	0.0787 (0.0549)	0.0769*** (0.0150)
Preto, pardo ou indígena	-0.0157*** (0.0057)	-0.0070 (0.0107)	-0.0171 (0.0105)	-0.0170* (0.0088)
Mulher	-0.0017 (0.0053)	0.0195 (0.0121)	-0.0106 (0.0137)	-0.0036 (0.0063)
Médias				
	84,63	82,0	82,49	86,0
Controles				
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects				
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics				
R2	0.09210	0.18077	0.16694	0.06218
Observations	40,784	6,330	8,576	23,332

Clustered (ano) standard-errors in parentheses

Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.

Elaborado pelos autores.



Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas¹

AUTORAS

Ana Maria Malik (FGV)

Cinthia Costa (Beneficência Portuguesa de São Paulo)

1 Nossos sinceros agradecimentos, em primeiro lugar a nossas entrevistadas e a nossos entrevistados, que não nominamos pois prometemos sigilo quanto a suas identidades, por sua generosidade em compartilhar conosco seus conhecimentos e sua visão de mundo, principalmente a respeito desse mundo das Santas Casas e dos demais hospitais filantrópicos. Agradecemos ainda ao nosso grande amigo (e tão conhecedor do tema) Gonzalo Vecina Neto que releu nosso texto pelo menos duas vezes, para nos permitir uma apresentação do tema com mais riqueza e com uma análise mais adequada e ao Rubens Yoshimassa Moriya pela ajuda na extração dos dados nas bases oficiais do Ministério da Saúde (DataSUS).

Sumário Executivo

Neste capítulo descreveremos a evolução de uma parte relevante do setor de assistência médica hospitalar no Brasil: os hospitais filantrópicos de maneira geral e as Santas Casa em particular. Procuramos descrever como foi o surgimento desses hospitais no Brasil (e sua origem portuguesa), de que maneira se desenvolveram na atividade e como tem sido o seu financiamento no Brasil desde antes do SUS, quando ainda se falava no país em assistência aos indigentes, até o momento atual, quando alguns filantrópicos são colocados como hospitais de excelência (e, por isso, recebem incentivos, pelo menos financeiros). O presente estudo considerou este grupo de hospitais em sua totalidade, tanto enquanto prestadores de serviços para o setor público quanto para operadoras de planos de saúde.

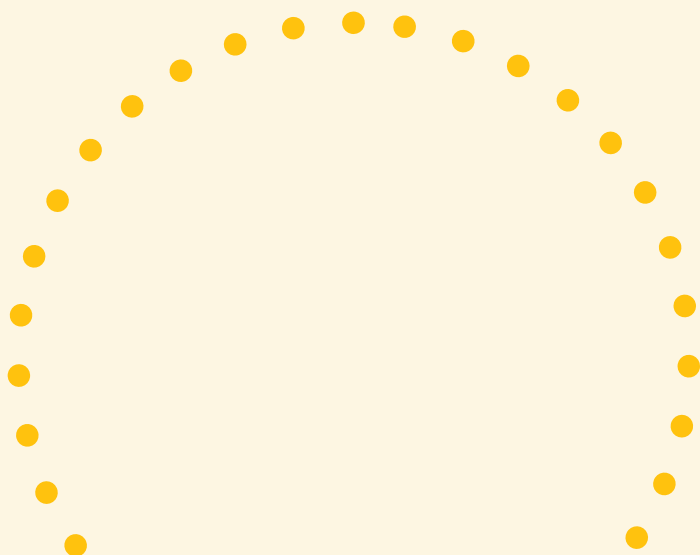
Os resultados sugerem, em primeiro lugar, que este tema não costuma ser abordado em artigos científicos publicado. Da mesma forma, o tema aparece mais em relatórios encomendados, por instituições como o BNDES e Banco Mundial, de anos atrás, e realizados por profissionais diretamente interessados. Isto posto, o trabalho atual traz como contribuição o fato de que esses hospitais apresentam desafios relevantes, para o seu futuro e até para 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 (não apenas aqueles participantes do PROADI mas ainda uma série de outros, presentes em alguns estados, quase sempre em capitais) que se tornaram *benchmarks* nacionais e/ou conseguiram viabilizar formas alternativas de financiamento.

Nossa análise, informada mais 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 continuarão em crise. 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, como é o caso dos hospitais de agudos (que perdem eficiência quando têm sua funcionalidade desviada ao abrigarem pacientes convalescentes ou em preparação para exames, ou apenas para garantir taxas de ocupação). 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.

É notório que as políticas de saúde do Brasil não priorizam a assistência hospitalar. Se por um lado isso se deve à visão dos diferentes níveis de governo, por outro o setor privado – com e sem finalidade lucrativa – recorre ao Estado basicamente para pedir ajuda financeira, seja de forma direta ou indireta. Ao mesmo tempo, os gestores públicos não costumam reconhecer as possibilidades de parceria com o setor privado, mesmo aquele considerado, desde a reforma administrativa do Governo FHC, como prestando serviços públicos não estatais, ou chamados de privados sem finalidade lucrativa. Aqui cabe uma discussão sobre o que é público, o que é privado e quais os limites entre ambos, pensando no maior interessado, o cidadão.

Ainda assim, faz-se necessário o estímulo à criação de bancos de dados do setor, para além dos hospitais mais providos de recursos, eventualmente estimulado e patrocinado pelos órgãos de *advocacy*, de maneira a dar visibilidade e clareza à situação dos hospitais filantrópicos para conseguir compreender o sistema como um todo e desenhar políticas nas quais este componente tenha o lugar que lhe compete.



6.1

Introdução

6.1.1 As Santas Casas no mundo e no Brasil

A prestação de assistência à saúde por entidades filantrópicas teve início em 1498, em Lisboa, com a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, fundada pela Rainha D. Leonor de Lencastre, esposa de Dom João II, com o propósito de fazer caridade para enfermos, presos, necessitados e órfãos, ou seja, apresentando um componente eminentemente social, no qual se inclui a assistência a doentes. No mesmo ano, não por um acaso, ela se tornou referência e, ainda hoje, é uma das entidades filantrópicas mais conhecidas e reconhecidas internacionalmente, seja pelo seu modelo de trabalho ou pelo seu modelo de financiamento. Eventualmente, essa realidade não é isenta de problemas, como se observa em matérias da imprensa portuguesa de junho de 2024.

A criação das Misericórdias em Portugal repercutiu e se espalhou por esse país como um todo e por diversos outros, como África, Alemanha, Arábia, Brasil, China, Índia, Indochina, Indonésia, Japão, Pérsia (Irã), assumindo muitas das obrigações sociais do Estado. Com grande frequência são ligadas a ordens religiosas católicas, como é o caso dos jesuítas (IVAMOTO, 2002). Na maioria dos territórios onde foram fundadas, as Misericórdias se anteciparam aos movimentos estatais de assistência social e à saúde. Segundo Bulcão, (2024), elas representaram no Brasil a chegada da medicina europeia, logo no início da colonização portuguesa, e ganharam força com a vinda dos jesuítas ao país, em 1549. Estes, além de catequizar os povos locais, prestavam algum tipo de assistência médica em seus colégios. Além dessas atividades, ainda se preocupavam com questões de higiene e alimentação e condenavam excessos nos costumes, como no consumo de álcool.

No Brasil, as Santas Casas foram instituídas inicialmente segundo o modelo de Portugal. A primeira Santa Casa foi fundada na cidade de Santos (São Paulo) no ano de 1543, por Brás Cubas. Por volta de 1560, possivelmente, deu-se criação da Confraria da Misericórdia de São Paulo dos Campos de Piratininga, que esteve alojada no Pátio do Colégio, nos Largos da Glória e da Misericórdia, sucessivamente. Logo surgiram a de Vitória (1545), Salvador (1549); Rio de Janeiro (1567); São Paulo (1599); João Pessoa (1602); Belém (1619); São Luís (1657), Campos (1792) e Porto

Alegre (1803); em seguida, vieram centenas de outras, servindo todas as regiões (IVAMOTO, 1998), dedicando-se ao atendimento da população carente do país, ao amparo à velhice, ao cuidado das crianças e dos han-senianos e à educação, entre outras atividades. No entanto, consta que em 1789 (Bulcão, 2024) havia no Rio de Janeiro apenas 4 médicos. Quem se responsabilizava pelos atendimentos cirúrgicos eram cirurgiões-barbeiros. Certamente a prestação de serviços por organizações filantrópicas (entre as quais se destacam as Santas Casas) é um dos tipos mais prevalentes de serviços de assistência médica existentes no Brasil.

A evolução histórica das organizações hospitalares filantrópicas no Brasil tem aspectos semelhantes e outros muito diferentes daqueles observados em Portugal. As Santas Casas nasceram vinculadas a ordens religiosas em ambos os países, embora não necessariamente voltadas à saúde. No entanto, em Portugal, seus hospitais e serviços de saúde terminaram por ser estatizados após a Revolução dos Cravos, fazendo com que essas organizações se dedicassem mais às outras “virtudes”, como alimentar os famintos, enterrar os mortos e cuidar dos aflitos, por exemplo. Hoje a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa conta com dois serviços próprios de saúde, mas realiza convênios com outros. Por outro lado, tem atividades nos chamados cuidados continuados e em serviços de saúde mental. No interior do país, entre as Santas Casas são mais comuns os hospitais. No Brasil, há uma afirmação comumente repetida de que as Santas Casas passaram a se dedicar mais à assistência à saúde após os anos 1970, atribuindo lugar de destaque cada vez maior à corporação médica; antes dessa data, se voltavam mais à assistência social e a atividades de benemerência consideradas adequadas por pessoas da comunidade que participavam de seus órgãos diretivos.

No Brasil, no início do século XX, as Santas Casas eram construídas e mantidas basicamente com recursos provenientes de arrecadação junto à comunidade, sob o auspício de entidades mantenedoras, frequentemente religiosas, e do pagamento efetuado pelos pacientes/usuários dos serviços que tinham condições de fazê-lo. Em 1935 foi promulgada Lei de Declaração de Utilidade Pública, dispositivo legal para regulação da colaboração entre entidades privadas sem fins lucrativos e o Estado. Em 1938 foi criado um órgão encarregado de implementar este tipo de colaboração, o Conselho Nacional de Serviço Social, subordinado ao Ministério do Trabalho (Girardi; Barros, 2001). A partir dessa data a chamada caridade, entendida como a tentativa de aliviar o sofrimento, dá lugar à filantropia em seu sentido mais amplo, de amor à humanidade, sendo mais explicitada como ações realizadas em favor do próximo, ou do bem público, buscando atuar nas causas dos problemas por trás do sofrimento (IDIS, 2024 – consulta em 06/02/2024).

Este período ainda trouxe, como fruto de movimentos imigratórios com destino ao Brasil, entidades filantrópicas, de outros credos e de outras etnias, com atuação em saúde. Por exemplo, hospitais adventistas, evangélicos e judeus, entre os religiosos, e alemães, espanhóis, ingleses, italianos, japoneses, libaneses, portugueses e sírios, entre outros, representando imigrantes de distintos países, valorizando as intenções e as culturas desses grupos no âmbito das premissas desse tipo de organização. Pode-se dizer que isto também reflete associação entre as elites, os mantenedores das Santas Casas e a categoria médica; estas alianças se fortaleceram a partir

da incorporação de tecnologia que, devido aos seus custos, internalizou nos hospitais parte da assistência, deslocando-a dos consultórios e até de serviços prestados nas moradias dos pacientes que podiam pagar por ela. Na terceira década do século XXI, com novos aprimoramentos no âmbito dos conhecimentos e dos equipamentos, observa-se algum movimento de retorno a esses locais, exemplificando a circularidade dos modelos.

Entre as múltiplas entidades de saúde sem finalidade lucrativa existentes no Brasil estão hospitais beneficentes, construídos com recursos e doações de comunidades de imigrantes para realizarem atendimento médicos específico a seus integrantes e, também, para retribuir ao país a acolhida aos seus descendentes. O primeiro desses hospitais, sem a conotação de ser uma Santa Casa, foi fundado em São Paulo em 1859, pela Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência, que se tornou o Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, e passou por diversas outras modificações no decorrer do tempo. A partir de 2015, sua nova marca é simplesmente BP.

O termo beneficente no setor social no Brasil vem de um atestado, concedido a organizações filantrópicas (aquelas que desde sua origem se apresentavam como sem finalidade lucrativa) que o solicitavam. Desta forma, estas tinham vantagens concedidas pelo Estado mediante o cumprimento de compromissos. Imediatamente antes do SUS isso significava destinar 20% de sua receita bruta à caridade, ou seja, atender pessoas classificadas como indigentes.

Ainda faz parte do cenário o PROADI-SUS (programa de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS) instituído em 2007. Alguns dos grandes e complexos hospitais beneficentes não conseguiram se adaptar à regra de colocar à disposição do setor público 60% de sua capacidade física assistencial, com remuneração por procedimento segundo a tabela SUS, devido aos seus elevados custos fixos. Desta forma, não conseguiriam gozar da renúncia fiscal aprazada (não pagar a cota patronal da seguridade social – 27% da folha de pagamento, acrescido da isenção de pagamento do COFINS, cerca de 3% da receita bruta, e não pagar o PIS/PASEP, outros cerca de 2% da folha) e passaram a buscar uma alternativa de requisito. Finalmente, foi negociada com o Estado e transformada em lei a possibilidade de poucos hospitais, identificados como *de excelência* e assim declarados pelo gestor local e reconhecidos pelo federal, executarem o total de suas renúncias fiscais entregando propostas de projetos aprovados na Comissão Interinstitucional Tripartite (CIT), estimadas em função de seu custo real, verificado e auditado. Entre esses projetos podem estar atividades de ensino, pesquisa e de apoio à implementação do SUS (como na área de gestão). Até o primeiro semestre de 2024 havia no país 6 “hospitais de excelência” (5 em São Paulo e um no Rio Grande do Sul) que, entre outras atividades, assumiram, como Organizações Sociais, a gestão de alguns hospitais públicos.

6.1.2 A importância dos Hospitais Filantrópicos para o Sistema Único de Saúde

No Brasil, há diversas caracterizações possíveis de serviços de saúde, segundo propriedade. A mais conhecida os divide entre públicos e privados; estes últimos são subdivididos entre aqueles com e sem finalidade lucrativa. Entre os sem finalidade lucrativa estão os filantrópicos. Esta característica se transformou, além do senso comum que lhes atribuía a imagem de fazer o bem, numa vantagem, que trouxe aos hospitais assim classificados a

possibilidade de obter renúncia fiscal, além de manter as características da população de elite por eles atendida e os médicos de seu corpo clínico como figuras de destaque na comunidade.

Em março de 2024 constavam no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) 5.373 hospitais gerais e 1.031 especializados. Dados da Federação Brasileira de Hospitais, exclusivamente relacionados aos hospitais privados (CNS/FBAH, 2022) mostram a existência de cerca de 4.500 hospitais privados, sendo que sua distribuição entre aqueles com e sem finalidade lucrativa no país certamente não é homogênea. Por exemplo, verifica-se predominância de hospitais privados com fins lucrativos na região Norte (82%) e de hospitais privados sem fins lucrativos na região Sul (63%). A tradição histórico-cultural do país permite compreender que em locais onde houve maior concentração de imigrantes tenha surgido maior concentração de serviços filantrópicos.

Em 1983 (portanto ainda pré SUS), o documento Terminologia Básica de Saúde (MS, 1983) definia hospital beneficente como aquele que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado. Este é instituído e mantido por contribuições e doações particulares, destinado à prestação de serviços a seus associados e respectivos dependentes e seus atos de constituição especificam sua clientela. Os membros de sua diretoria não são remunerados e este hospital deve aplicar integralmente os seus recursos na manutenção e no desenvolvimento dos seus objetivos sociais. Finalmente, seus bens, no caso de sua extinção, devem reverter em proveito de outras instituições do mesmo gênero, ou ao poder público. Quanto ao filantrópico, integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatorios, reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizado e mantido pela comunidade. O hospital filantrópico deve ser mantido, parcial ou integralmente, por meio de doações. Os membros de seus órgãos de direção e consultivos não devem ser remunerados e seus resultados financeiros devem reverter exclusivamente ao custeio de suas despesas de administração e manutenção.

Nessa época, a renúncia fiscal proveniente da filantropia, até 20% da receita bruta do hospital, servia para o atendimento aos chamados indigentes. A comprovação dessa prestação de serviços era realizada trienalmente, e era contabilizada em função da tabela de preços do hospital. A comprovação, no entanto, não era sempre verificada por meio de uma estrutura adequada. Com frequência esta verificação era realizada por algum órgão federal não ligado à saúde (por vezes, no Ministério do Interior ou do Desenvolvimento Social), burocratizado e respondendo a interesses de grupos específicos. Praticamente todos os hospitais filantrópicos buscaram *status* de beneficentes, o que lhes permitia não recolher a cota parte patronal (ou seja, 27% do valor da folha de pessoal), o COFINS (3% da receita) e o PIS (2% da folha). A partir de 1994 os hospitais considerados filantrópicos deveriam comprovar a destinação de 60% de sua capacidade física para atender pacientes exclusivamente dependentes do setor público, em regime ambulatorial ou de internação, mediante recebimento da remuneração prevista na tabela SUS, o que também é objeto de legislação mais contemporânea (LC nº 187, de 16 de dezembro de 2021). A partir de

2007 o controle da prestação de serviços de saúde nos moldes preconizados é realizado pelo Ministério da Saúde.

Tradicionalmente, os hospitais beneficentes são definidos como aqueles que prestam serviços de natureza social com propósitos beneficentes aos seus usuários, seja por meio de relações diretas com o Estado (contratos e convênios com estados e municípios) seja isoladamente. Legalmente, o que define um serviço beneficente é dispor do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) regularizado (Amorim; Souza, 2019; Barbosa et al, 2002).

Pela Lei 12.101/2009 e mais recentemente pela 187/2021 existem outras formas de uma instituição manter seu certificado de filantropia, sendo ainda o mais comum o modelo 60%/40%. No entanto, a respeito desta não encontramos histórico sólido para embasar sua definição e manutenção. Pela Lei 187, para ser certificada pela aplicação de percentual de sua receita em gratuidade na área da saúde, a entidade deverá comprovar a aplicação de 20% nessa gratuidade, quando não houver interesse de contratação pelo gestor local do SUS ou se o percentual de prestação de serviços ao SUS for inferior a 30%. Uma alternativa seria comprovar 10%, se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 30% e inferior a 50%; ou ainda 5%, se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 50%. Chama a atenção um parágrafo da lei afirmando que a prestação de serviços será pactuada com o gestor local do SUS por meio de contrato, de convênio ou de instrumento congênere.

Ainda cabe trazer à atenção o fato de que, dos cerca de 6,4 mil hospitais existentes no Brasil, mais de dois terços são de pequeno porte (abaixo de 50 leitos); entre estes a maioria tem baixa resolubilidade. De qualquer forma, existem dois grupos distintos de hospitais filantrópicos no país. O primeiro é composto por um grande número de hospitais, de baixa complexidade, classificados como gerais, que contam, quase sempre, com menos de 50 leitos e estão localizados em municípios do interior, onde costumam ser a única unidade hospitalar disponível, tornando-se estratégicos para o atendimento de pacientes mais vulneráveis. De fato, o que lhes atribuiu o conceito de estratégicos é o fato de serem únicos. No entanto, tendo em vista suas características de eficiência e eficácia, caso fossem revistas as malhas viárias locais, eles poderiam ser reorientados e até fechados, uma vez que nas condições em que se encontram padecem de falta de equipamentos médico-hospitalares e não conseguem reter (bons) profissionais (Carpanez, Malik, 2021). O segundo grupo é composto por poucos hospitais, capazes de realizar procedimentos mais complexos, que costumam contar com maior número de leitos e se localizar em municípios de maior porte, principalmente em capitais.

A questão dos hospitais de pequeno porte no Brasil é mal resolvida, pois embora já haja evidências de que eles apresentam, de forma geral, problemas de qualidade, segurança e eficiência, eles são ainda muito presentes no cenário. Por vezes, há interesses políticos em fundar/criar/inaugurar este tipo de serviço em municípios, como hospitais gerais, em nome de um eventual acesso que na verdade é ilusório. Em outros, pode-se até considerar oportuno seu funcionamento, embora eles sejam de fato um sorvedouro de recursos sem correspondentes resultados. Este tipo de serviço reconhecidamente se prova eficiente e eficaz quando inteiramente

focado em uma ou duas especialidades, como é o caso de oftalmologia ou de otorrinolaringologia, que lhe permite obter volume de casos e, portanto, falando a favor da qualidade na realização dos procedimentos e da eficiência em compras e logística (Hannan, 1999). Muitos desses serviços podem reorientar suas atividades, ou para se tornarem unidades de cuidados continuados, onde se requeira mais cuidado do que infraestrutura com tecnologia armada, ou unidades ambulatoriais, onde pacientes possam receber cuidados ou medicamentos que não necessitem internação ou os seus primeiros atendimentos antes de serem referidos para outros locais de uma eventual rede de serviços.

Com o passar dos anos as instituições filantrópicas, que já foram responsáveis por grande parte da produção assistencial no Brasil, antes da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do aumento no número de hospitais públicos (principalmente gerenciados por organizações sociais) reduziram sua importância em termos quantitativos. Mesmo assim, representam porcentagem importante da produção. A Constituição Federal de 1988, por meio da Lei 8080/90, artigo 2º, reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O artigo 196 é mais explícito em relação a como isto deve ser cumprido, enquanto o artigo 199 estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, atribuindo preferência, no relacionamento entre Estado e setor privado, às entidades filantrópicas e àquelas sem finalidade lucrativa. No entanto, este artigo 199 menciona a participação da iniciativa privada de maneira complementar.

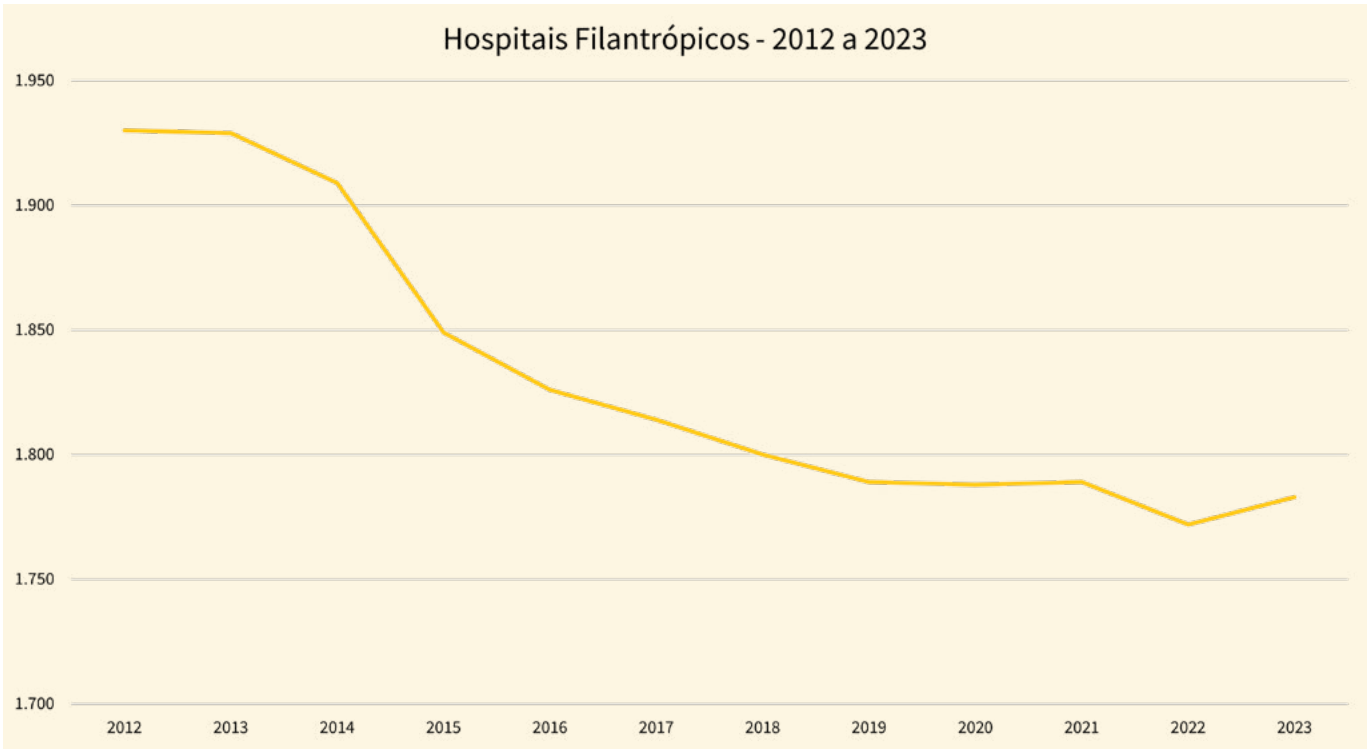
Ocorreram mudanças no desenho da estratégia de praticamente todos os hospitais filantrópicos, pelos menos os de grande porte, no País, como um fenômeno mais presente no final do século XX e no início de século XXI. Em São Paulo, esses hospitais destacam-se, principalmente no século XXI, por sua moderna infraestrutura e reconhecida qualidade na prestação de assistência médica (Barata e Mendes, 2005). Estas mudanças foram desde crescimento com componente estratégico (como é o caso de alguns serviços no estado de São Paulo) até aquisição por redes privadas com finalidade lucrativa, tanto hospitalares quando ligadas direta ou indiretamente a operadoras de saúde. Este fenômeno pode ser verificado em São Paulo, mas também ocorreu em outros estados, como por exemplo na Bahia ou em Pernambuco. Desta forma, alguns deles mudaram sua vocação, deixando de ser filantrópicos enquanto hospitais, sendo comprados e/ou fechando. Ainda ocorreram mudanças na sua estrutura física, modelo de financiamento e de governança e atividades desenvolvidas, às vezes deixando a assistência médica apenas como parte de suas atividades centrais.

Segundo fontes oficiais, os hospitais filantrópicos respondem por cerca de 68% dos transplantes de órgãos, tecidos e células realizados pelo SUS, 32% dos procedimentos com finalidade diagnóstica e 35% dos procedimentos cirúrgicos (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), acesso em 08/05/2024). Estão presentes em 23% dos 5.570 municípios brasileiros, sendo que em 15% deles os únicos serviços de assistência à saúde existentes (hospitalar e ambulatorial) são filantrópicos, o que demonstra a importância desse tipo de serviço para o SUS.

Mesmo que questionáveis, ou atualizado com frequência menor do que as mudanças ocorrem, os dados oficiais disponíveis no Cadastro Nacional

de Estabelecimentos de Saúde do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (CNES/DATASUS) são uma fonte oficial considerada utilizável. Os dados neles contidos demonstram que num período de 12 anos a variação (redução) do número de Hospitais Filantrópicos foi de 7%, conforme gráfico abaixo (**FIGURA 1**). Em dezembro de 2023 foram registrados 1.829 hospitais filantrópicos (gerais e/ou especializados), representando cerca de 25% do total de hospitais no país.

FIGURA 1 – HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO BRASIL, 2012 A 2023



Fonte: CNES – DataSUS, 2024

QUADRO 1 – REPRESENTAÇÃO DO NÚMERO DE HOSPITAIS NO BRASIL



Fonte: Elaboração própria com base em dados
do CNES – DataSUS, 2024

6.2

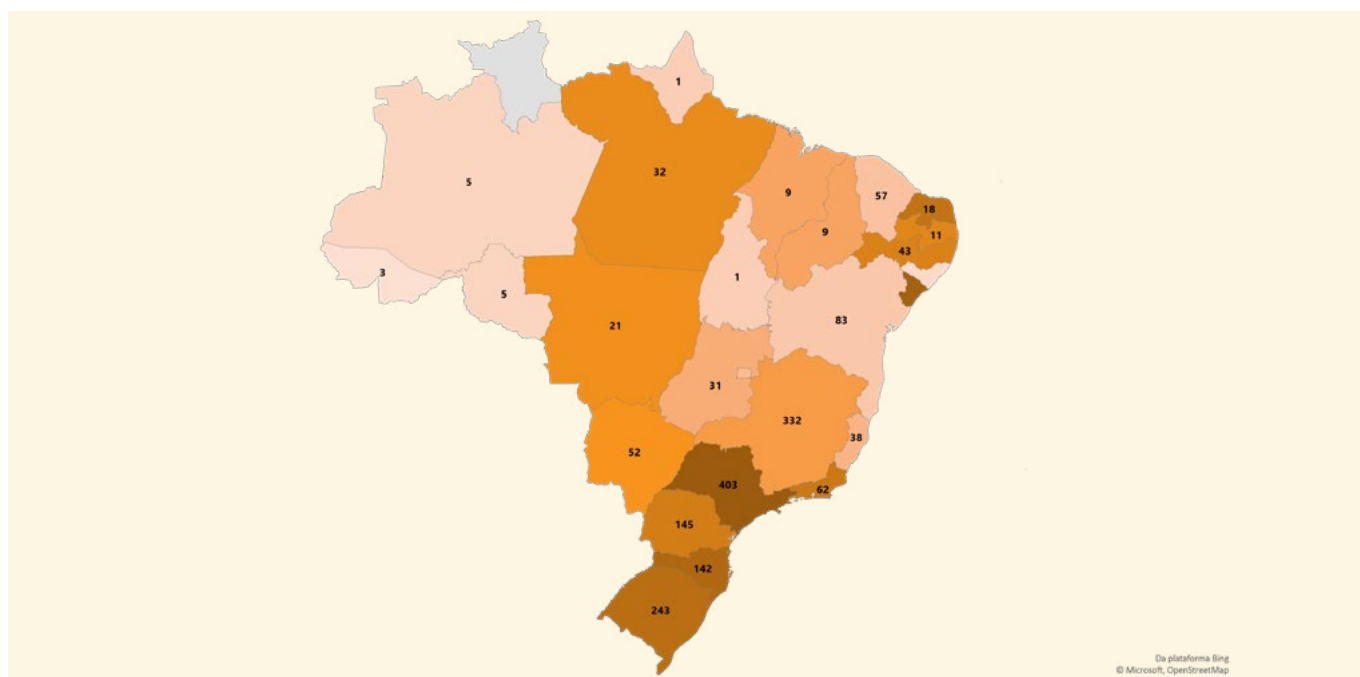
Hospitais Filantrópicos & Santas Casas

6.2.1 Caracterização

Os Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas estão presentes em todo o país, mas com maior concentração nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul (Mapa 1). Desse total, 94% prestam algum tipo de serviço ao SUS (incluindo aqueles vinculados ao PROADI).

Mais importante que o número de hospitais, deve ser analisado o número de leitos, tendo em vista os diferentes portes de hospitais. Assim, juntos, esses hospitais somam 182.950 leitos (**FIGURA 2**), sendo que 40% deles estão em hospitais de pequeno porte, ou seja, de até 50 leitos. Outro dado mostra que em 2023 esses hospitais foram responsáveis por 5.063.254 internações, por exames e outros procedimentos que totalizam 28% da produção hospitalar do SUS para o mesmo ano.

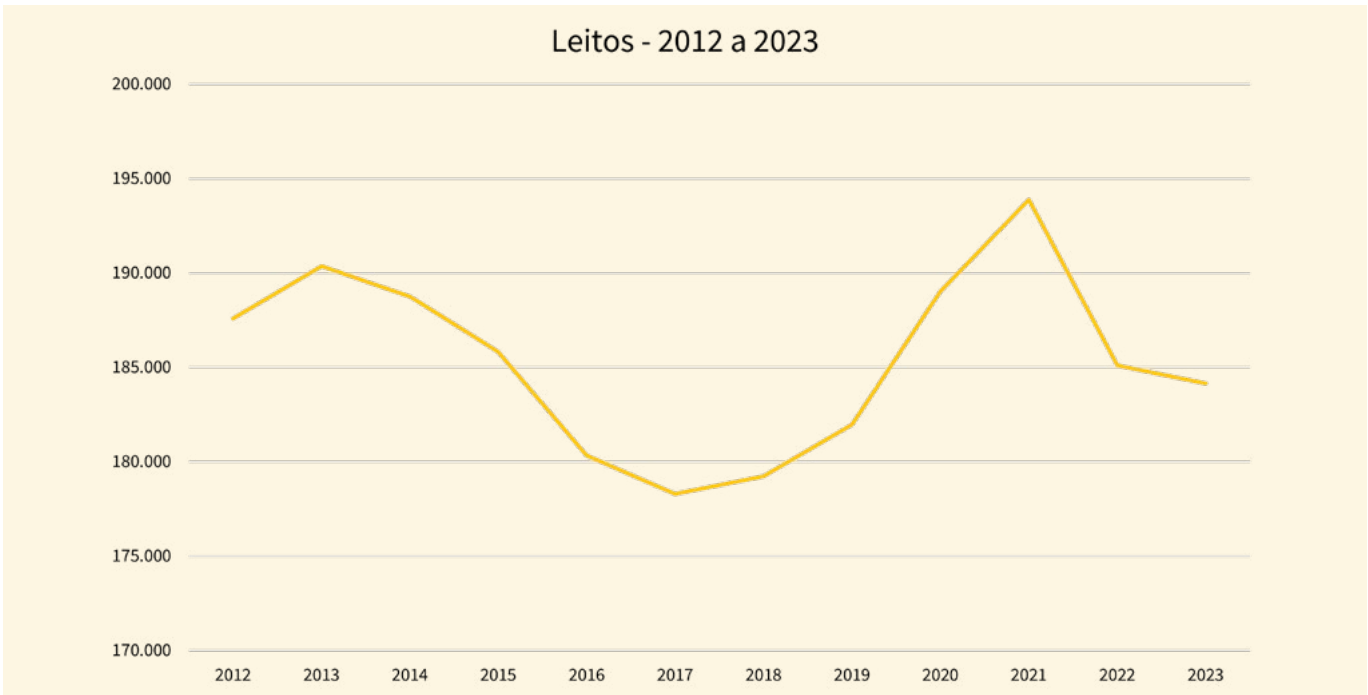
MAPA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO BRASIL



Aproximadamente 90% são hospitais gerais de baixa complexidade, com número de leitos considerado pequeno e estão localizados em municípios do interior, com até 50 mil habitantes. Isto sugere que esses hospitais são a única opção de atendimento hospitalar no município ou até mesmo na região 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/eficiência.

Os outros 10% são hospitais especializados de alta complexidade, com mais de 151 leitos, localizados em municípios de maior porte, especialmente nas capitais e nos municípios com acima de 200 mil habitantes (no Brasil, cerca de 300 entre os 5.570 existentes). Esses hospitais, em geral, realizam procedimentos de maior complexidade. Neste caso, dispõem de parque tecnológico sofisticado e são reconhecidos pelo tratamento de determinadas doenças ou realização de alguns procedimentos mais complexos.

FIGURA 2 – LEITOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS, 2012 A 2023



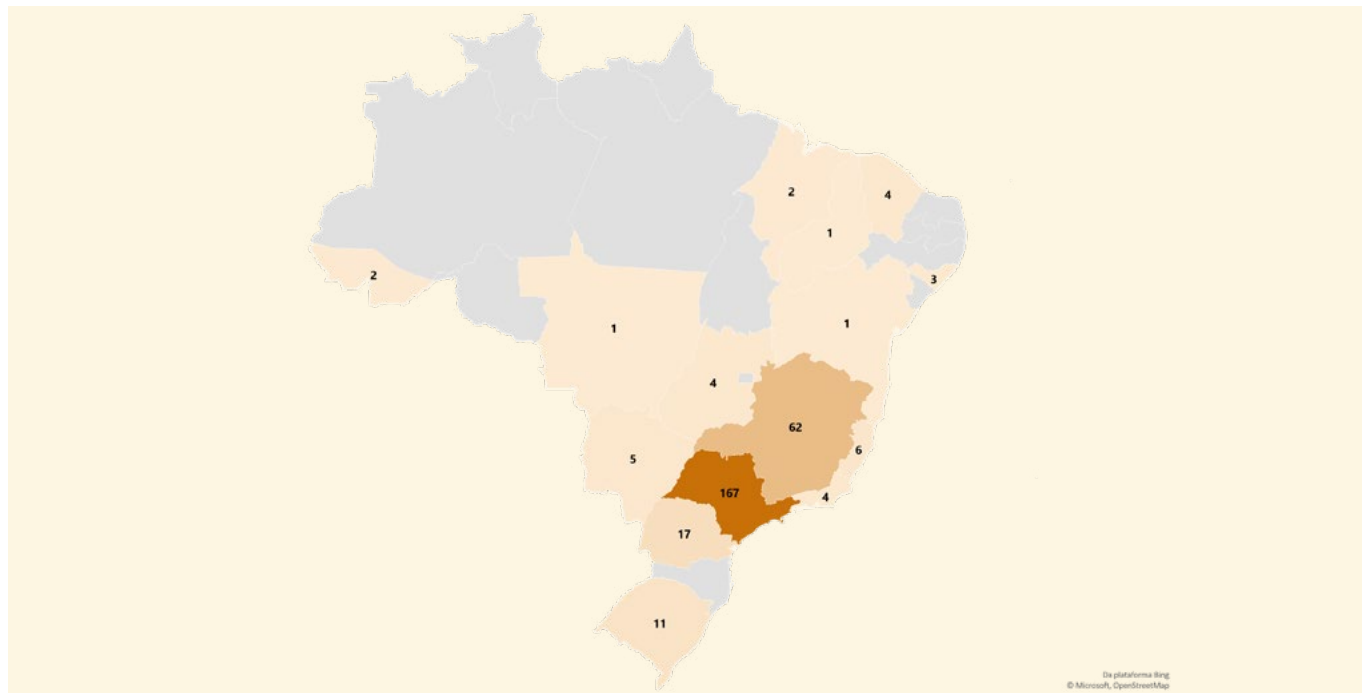
Fonte: Elaboração própria com base em dados do CNES – DataSUS, 2024

6.2.2 Santas Casas

As Santas Casas representam 16% dos hospitais filantrópicos no Brasil. Estão presentes em 15 estados e possuem 30.026 leitos (16% dos leitos filantrópicos). 82% das Santas Casas são de pequeno e médio portes (até 150 leitos) e, em sua maioria, estão localizadas no interior dos estados. Os hospitais de grande porte e porte especial (de 151 a + de 500 leitos) são gerais e estão localizados nas capitais e no interior. 57% das Santas Casas estão 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. Três delas são de grande porte ou de porte especial: Santa Casa de Belo Horizonte (MG), Santa

Casa de Sobral (CE) e Santa Casa de São Luiz (MA). As outras 16 são de porte médio e até pequeno, e se localizam em pequenos municípios.

MAPA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS SANTAS CASAS NO BRASIL



Fonte: Elaboração própria com base em dados do CNES – DataSUS, 2024

6.2.3 Financiamento

O financiamento dos Hospitais Filantrópicos e das Santas Casas pode se dar por diversas fontes. A primeira delas, atendimento ao setor público. Nesse caso eles são remunerados de acordo com a Tabela SUS, a partir de convênios e contratos firmados com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Os hospitais classificados como prestando atendimento “100% SUS” recebem complemento de 20% sobre a Tabela SUS. Este fator de incentivo, no entanto, não foi até o momento, suficiente para atrair muitas dessas organizações. Seu número é reduzido e elas não estão presentes em todas as regiões do país. Ainda existem incentivos financeiros destinados às Santas Casas que aderem a programas federais estratégicos, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O incentivo para os atendimentos a casos de média e alta complexidade é de 50% do valor da tabela. Alguns dos hospitais 100% SUS costumam dispor, fora de suas unidades centrais, de outros serviços que complementam suas atividades (e suas receitas), como é o caso da Santa Casa de Belo Horizonte que, segundo o seu site (<https://santacasabh.org.br/mapa-estrategico/>, consultado em 18/05/2024), conta com um hospital de alta complexidade além de um outro, denominado São Lucas, que se apresenta como hospital particular e que atende planos e seguros privados de assistência à saúde.

A Tabela SUS é considerada, em geral, defasada, tendo em vista diversos fatores, entre os quais a inflação médica, devida a custos crescente, entre outros motivos com a incorporação de tecnologias com caráter somativo e

não substitutivo como em outros setores. É voz corrente que ela consegue cobrir, em média, 60% dos custos dos procedimentos realizados. Para sanar esta defasagem os hospitais filantrópicos realizam convênios, buscam doações e até negociam emendas parlamentares, voltadas a projetos específicos, negociados diretamente (por vezes sem passar pelo gestor estadual ou municipal) e empréstimos bancários, entre outras. Por vezes, negociam junto a alguns órgãos financeiros o perdão de suas dívidas. De maneira geral, além do financiamento por meio da Tabela SUS, buscam também por fontes privadas, seja em atendimento particular (*out of pocket*) e atendimentos a beneficiários de Operadoras de Planos de Saúde. Nesta categoria há desde os hospitais que atendem casos de alta complexidade, sem dedicar toda a sua capacidade instalada ao poder público e tendo direito a isenções fiscais, até aqueles localizados em municípios de menor porte, onde são por vezes a única alternativa de assistência.

Em 2018 o Senado Federal publicou relatório de Avaliação da Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre outros temas é apresentada no relatório uma discussão acerca dos programas federais de incentivo aos Hospitais Filantrópicos e Santas Casas, desenvolvidos de 2012 a 2018. Esses incentivos foram importantes mecanismos de apoio, mas que não garantiram a sustentabilidade desses serviços no longo prazo. A Política Nacional de Atenção Especializada, publicada em outubro de 2023 pelo Ministério da Saúde, fez menção a instituições com ou sem fins lucrativos, chamando a atenção para o fato de que estas devem seguir o pactuado com o gestor de saúde local (estadual ou municipal). Esta política não traz mecanismos específicos de financiamento para essas entidades, deixando a responsabilidade para os estados e municípios.

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 (Senado Federal, 2018), 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.

TABELA 1 - DÍVIDAS DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS (POSIÇÃO EM 31/05/2015)

OBRIGAÇÕES PENDENTES	VALOR (em R\$ mil)	%
Sistema financeiro	12,090,873	56.1
Fornecedores	3,636,219	16.9
Impostos e contribuições não recolhidos	2,595,848	12.0
Passivos trabalhistas	1,476,823	6.8
Salários atrasados e honorários médicos	1,767,854	8.2
TOTAL	21,567,617	100.0

Fonte: Senado Federal, 2018

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde reajustou o incentivo aos hospitais 100% SUS, além de ter repassado aos Fundos Estaduais e Municipais cerca de 2 bilhões de reais, que poderiam ser destinados a essas organizações (NT Conasems de 09 de fevereiro de 2023).

Em 2023 o governo estadual de São Paulo anunciou a Tabela SUS Paulista, que previu uma complementação da remuneração nos procedimentos hospitalares, orientada basicamente aos hospitais filantrópicos e às Santas Casas. No mesmo anúncio, o Governador informou que será implementada uma loteria para ajudar a financiar as Santas Casas no estado, estratégia muito semelhante à portuguesa.

Em janeiro de 2024 a Lei nº 14.820 modifica a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), introduzindo um mecanismo de revisão periódica e obrigatória dos valores de remuneração dos serviços prestados ao SUS. Originada do Projeto de Lei nº 1.435, de 2022, esta nova legislação se propõe a garantir a qualidade do atendimento bem como o equilíbrio econômico-financeiro dessas organizações na prestação de serviços para o sistema público de saúde. Ainda existem expectativas com a Política Nacional de Atenção Especializada, publicada em outubro de 2023. Neste mesmo caminho foi lançado mais recentemente o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), que “garante recursos financeiros federais para as secretarias estaduais e municipais de saúde e para o Distrito Federal ... que poderão ser utilizados para o custeio dos serviços públicos e contratação da rede privada (rede complementar) visando ampliar a oferta de consultas especializadas e exames diagnósticos, bem como qualificar o cuidado ao paciente no SUS”. Vale ressaltar que o programa está em fase de adesão dos municípios não sendo ainda possível fazer qualquer tipo de consideração a respeito (site Ministério da Saúde/SAES/PMAE – consulta em 28/06/2024).

Numa obra sobre a história das Santas Casas (Puca, 2015), o autor coloca como alternativas utilizadas por esses hospitais para melhorar sua sustentabilidade financeira, frente ao desfinanciamento observado, algumas propostas não tão usuais. Por exemplo, a criação de seus próprios planos de saúde (muitos se tendo mostrado inviáveis) e a produção de alguns tipos de insumo. Independente desta referência, cabe a ilustração de que os planos de saúde operados por filantrópicas representam menos de 2% do total, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Por outro lado, as regulamentações da Vigilância Sanitária tornam cada vez menos viável no século XXI a produção de insumos de maneira não industrial.

6.3

Método

O desenho metodológico deste estudo levou em consideração dados quantitativos e qualitativos, distribuídos em três principais frentes, a saber: (i) revisão bibliográfica, não exaustiva; (ii) levantamento de dados quantitativos em base de dados secundárias; e (iii) entrevistas.

Os dados quantitativos foram extraídos do DataSus, nos módulos de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Sistema de Internação Hospitalar (SIH), que apresentaram informações desatualizadas comparadas às informações publicadas diretamente por organizações, mas são as informações oficiais. Pelo CNES foi possível obter a quantidade de hospitais filantrópicos e Santas Casas, distribuídos por estados e municípios, por porte, representados em mapa de calor e número de leitos por hospital. Do SIH foram extraídos dados de produção hospitalar, ou seja, a quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas, por estado.

Estes dados estão na Introdução do presente capítulo e mostram de que maneira o número desses hospitais (e de seus leitos) variou, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde, bem como sua distribuição pelo Brasil. Com base neste desenho de cenário montamos um mapa de *stakeholders*, direta ou indiretamente envolvidos na política de saúde do Brasil, de modo a compor uma visão abrangente do campo. Dividimos estes grupos de interessados em:

1. *Especialistas*: estudiosos de políticas de saúde, com foco em gestão hospitalar.
2. Representantes de *governo*: Ministério da Saúde (Secretária de Atenção Especializada - SAES), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS).
3. Representantes de *Operadoras de Planos de Saúde*: assumindo que nacionalmente as mais significativas nessa área são as autogestões e as cooperativas médicas.

4. Prestadores: *Hospitais Filantrópicos* não Santas Casas, um deles Hospital de Excelência no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) outros não; uma Santa Casa considerada 100% SUS; uma Santa Casa que atende de setor público e operadoras de saúde
5. Órgãos representativos do setor (órgãos de *advocacy*): buscamos aqui algumas organizações às quais hospitais filantrópicos e sem finalidade lucrativa se associam, para aumentar sua representatividade e capacidade de negociação, seja com órgãos públicos seja com financiadores. Por exemplo, sindicatos patronais e federações estaduais e confederações nacionais. Entre outras atividades desenvolvem eventos científicos ou associativos, com a presença de representantes dos poderes legislativo e executivo.
6. *Ministério Público*: para entender suas intervenções no setor
7. *Gestores* (envolvidos em gestão & governança) de hospitais com e sem finalidade lucrativa

Foi realizado contato pessoal com todos os entrevistados, para explicar o escopo do projeto. A todos foi enviado previamente o roteiro de entrevistas e um termo de consentimento. Foi elaborado um roteiro geral, adaptado para cada um dos grupos de entrevistados. O roteiro geral, juntamente com o plano do capítulo, foi aprovado pelo Comitê de Conformidade de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos da Fundação Getúlio Vargas (FGV), sob o número P.408.2023, de outubro/2023. O roteiro de entrevistas, aprovado pelo mesmo Comitê de Ética em Pesquisa como um instrumento genérico, foi personalizado para cada um dos entrevistados, considerando o conhecimento que as pesquisadoras tinham de seu currículo e/ou da instituição que representavam.

As entrevistas foram realizadas por meio de plataforma *online*, com duração média de 45 minutos; foram gravadas e transcritas por transcritor contratado. Apenas um dos entrevistados preferiu não utilizar a plataforma *zoom*, tendo optado pelo *Teams*. Buscou-se fazer uma análise por núcleo de sentido e nuvens de palavras.

Para a análise foi utilizada planilha de *Excel* na qual as entrevistas foram inseridas, indicando o grupo ao qual pertencia o entrevistado (especialista, governo, operadora de plano de saúde, prestador de serviços e órgão representativo, preservando o anonimato dos entrevistados e de suas instituições). Na sequência, as respostas foram agrupadas por núcleos de sentido: financiamento/sustentabilidade, modelo de gestão, desafios e fatores críticos de sucesso. A nuvem de palavras tentou mostrar os temas mais trabalhados (**FIGURA 3**).

FIGURA 3 – SÍNTESE – A NUVEM DE PALAVRAS GERAL



Fonte: as autoras.

6.4

Resultados dos aspectos qualitativos do trabalho

6.4.1 Revisão de Literatura

A revisão mostrou que a área hospitalar em geral e a de hospitais filantrópicos em particular, no Brasil não é muito desenvolvida em artigos científicos. O tema aparece mais em relatórios encomendados (e de anos atrás, como aquele encomendado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/Fiocruz no final dos anos 1990/ início dos anos 2000, que gerou diversos artigos entre 2000 e 2004 ou outro financiado pelo Reforsus, secretaria de gestão de investimentos em saúde, de 2001). Por outro lado, foi encontrado um relatório do próprio BNDES, que analisou a eficácia do investimento do banco neste setor (BNDES setorial, 2008). Além disso, há alguns poucos artigos técnicos, de profissionais diretamente interessados no tema, muito localizados, como um documento técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de 2011, de nome Rede hospitalar no estado de São Paulo: Mapear para Regular.

6.4.2 Entrevistas

Quase todos os profissionais contactados concordaram em conceder entrevistas. No entanto, verificamos que um deles usou claramente discurso organizacional nas respostas e outro mudou a data mais de uma vez. Um terceiro mudou tantas vezes a data que não foi possível ter suas informações a tempo para este capítulo. Foram realizadas 20 entrevistas no total (sem contar aquela realizada com a então provedora da Santa Casa de Lisboa). Por característica do campo (o fenômeno do teto de vidro?), tivemos apenas duas entrevistadas do sexo feminino no Brasil, sendo uma delas na categoria especialista.

TABELA 2 – ENTREVISTADOS

Categoria	Quantidade
Governo	3
Especialista	3
Advocacy	4
Prestador	5
Operadora de Plano de Saúde	3
Ministério Público	1
Gestor	1

Fonte: as autoras

Entre as maiores preocupações dos entrevistados de todos os grupos estão a insuficiência das tabelas de remuneração, as dificuldades de comunicação entre os grupos (por exemplo, governo e prestadores, operadoras e governo) e tentativas de trabalho conjunto entre financiadores (públicos e privados) e órgãos de *advocacy*. De maneira preliminar foram sugeridas estratégias de regionalização e de coordenação, que seriam possíveis apenas com a participação dos envolvidos.

A regionalização vem sendo rediscutida no país depois do movimento ocorrido com a criação do SUS, no qual foram privilegiados os municípios. Tendo em vista os 5.570 municípios existentes no país e suas diferentes dimensões percebeu-se que, de maneira isolada, é contraproducente deixar a gestão e o planejamento da saúde integralmente na mão dessa instância. Diante disso, resoluções do Comitê Intergestores Tripartite – CIT (23/2017 e 37/2018) orientam que o processo de Regionalização seja instituído e coordenado pela instância estadual em articulação com os municípios e participação da União. As mesmas resoluções estabeleceram diretrizes para a elaboração de Planejamento Regional Integrado ascendente, que organize as Redes de Atenção à Saúde (RAS) num espaço regional ampliado (macrorregião de saúde), considerando as necessidades de saúde da população de cada região de saúde.

A organização de cada RAS pressupõe a identificação e a análise dos pontos de atenção que compõem a rede de serviços em determinada região ou macrorregião de saúde. Esses serviços podem ser públicos e privados/filantrópicos. A compreensão dos vazios assistenciais, dada a insuficiência de serviços de saúde que atendam tais necessidades e a população da região/macrorregião determinará a necessidade de contratualização de serviços privados/filantrópicos existentes ou da construção de novos serviços.

Embora o SUS, em sua concepção, privilegie contratos e convênios com serviços filantrópicos, na prática o que se evidencia um processo de compra de serviços e não um planejamento conjunto em âmbito regional. Está se buscando criar um movimento orientado no sentido de envolver, no planejamento de uma região que contenha diversos municípios, além dos gestores públicos, os diferentes potenciais prestadores de serviços, para mudar o tipo de relação existente entre eles.

Desta forma, por meio de um planejamento ascendente, não motivado pela oferta de serviços, mas pelas necessidades de saúde da população, nas atuais 450 regiões e 121 macrorregiões de saúde a organização da RAS deveria ocorrer, de maneira coordenada e dialogada entre os diversos atores, estatais e privados, definindo um financiamento, que lidasse com a contratualização por metas que não se referissem apenas à produção, mas também à qualidade. Esta coordenação pode levar à definição de linhas de cuidado, desenhadas em consonância com os perfis epidemiológicos locais e contando com a confiança entre os prestadores públicos e privados e as operadoras de saúde, permitindo negociação de prazos e de formas de remuneração. A governança das RAS não deve ser compreendida como um quarto ente federado, mas como um comitê que envolva diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional. De alguma maneira, essa discussão não avançou como se esperava, desde 2017 pois não envolve apenas competências técnicas, mas sim interesses políticos, para além das necessidades de saúde da população.

No entanto, entrevistados do grupo governo sugeriram que a remuneração pode ser usada como justificativa para o não cumprimento de produção assistencial compatível com a capacidade instalada. Ainda mencionaram a possibilidade de novos convênios suprirem esse déficit, a rigor sem a produção correspondente, fato possível devido à falta de cultura de controle e avaliação, embora a implantação dessas práticas não garanta o sucesso desses convênios e, portanto, do atendimento às necessidades da população. O roteiro de entrevistas, mesmo que personalizado, quase sempre trazia um tópico referente a doações, emendas parlamentares e/ou isenções fiscais como formas de melhorar o financiamento. As respostas obtidas convergiram para a constatação de que nenhuma delas é, ou deveria ser, considerada como um aporte perene.

As estratégias de desenvolvimento de viabilidade e sustentabilidade citadas pelos prestadores entrevistados são mais amplas do que o comumente percebido pelos órgãos responsáveis pelo financiamento. Por exemplo, o desenvolvimento de atividades não assistenciais, como de lazer (realização de eventos para a utilização de área física ociosa) e de educação (hoje é cada vez mais comum o funcionamento de organizações de ensino, continuado ou de formação, técnica e/ou universitária). A percepção da cadeia de valor inteira da saúde também termina por justificar a inclusão de processos pouco afetos à assistência. Desde o início das Santas Casas a roda dos enjeitados (em Portugal e em São Paulo, por exemplo) fala do início da vida; no outro extremo, a realização de velórios e sepultamentos permite a percepção do ciclo completo.

Principalmente os órgãos de *advocacy* representantes desse tipo de hospital acenaram com alguns projetos por eles desenvolvidos no sentido de aumentar a eficiência desses serviços e, desta forma, sua sustentabilidade. Por exemplo, verifica-se no *siteweb* da Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB) em março de 2024, a presença de dois programas: i) o Consolida (praticamente um grupo de compras que retoma uma iniciativa dos anos 1980 chamada Misericórdias Unidas; ii) o Infila, que oferece consultoria econômico-financeira e de análise de dados.

A verticalização no âmbito privado, de sistemas de saúde de operadoras, também foi mencionada como um fator que interfere no relacionamento entre pagadores e prestadores. Especialmente olhando para a prestação de serviços, o fenômeno da segunda porta (considerado crítico quando se refere ao setor público) também foi citado como uma questão a considerar. Ou seja, quando operadoras de saúde optam por ter seus próprios serviços em vez de comprar leitos no mercado, ao mesmo tempo visam a otimizar os seus custos e reduzem a oportunidade de outras organizações lhes venderem serviços (ou as colocam em posição ainda mais privilegiada em relação a um tipo específico de hospitais filantrópicos, como as Santas Casas) para negociar preços.

Dois exemplos do primeiro trimestre de 2024, evidenciando exemplos de serviços filantrópicos mencionados na imprensa, mostra, por um lado, hospitais filantrópicos (notadamente um serviço ligado ao PROADI) na posição de gestores de serviços pertencente a operadora. Ao mesmo tempo, outro hospital desse mesmo subgrupo, que tinha implantado um serviço com finalidade lucrativa baseado no modelo de remuneração por *bundles*, atendendo basicamente operadoras de saúde, fechou a unidade. Nova iniciativa de fortalecimento do setor, mesmo que limitada a serviços maiores e com maior capacidade institucional, em junho de 2024 foi noticiada a criação da Associação dos Hospitais Filantrópicos Privados (AHFIP), fundada pelo AC Camargo, BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês. Desses 6 hospitais filantrópicos, 5 fazem parte do PROADI. Conforme anunciado, as primeiras ações da Ahfip buscarão soluções para repensar o mercado e estarão orientadas ao compartilhamento de pesquisas e fomento de *benchmarking*, incluindo boas práticas de gestão, com foco em cuidado assistencial para promover o acesso à saúde de qualidade no país.

Foi mencionada por mais de um dos entrevistados (às vezes de maneira espontânea, às vezes estimulada) a nova Tabela SUS, mais conhecida como Tabela SUS paulista, mesmo por entrevistados de outros estados. Foi possível perceber que este novo instrumento é visto como uma alternativa de melhoria de financiamento, por um lado, para alguns hospitais em São Paulo. Ao mesmo tempo, observou-se certo grau de apreensão, pois uma melhor tabela no estado São Paulo pode levar a reação por parte do governo federal, que precisa também contemplar os demais estados. Sob o ponto de vista dos órgãos de avaliação e controle, aumenta claramente a sua responsabilidade de aferir as consequências do novo modelo. Quanto aos órgãos de *advocacy*, estes precisam pensar em como esta tabela interfere no seu papel.

Finalmente, o aumento de custos com incorporação de tecnologia, a não definição de centros de referência e a judicialização foram apresentados por diferentes entrevistados, como potencialmente levando ao risco de insolvência financeira.

6.5

Discussão de resultados

6.5.1 Os núcleos de sentido

Financiamento/sustentabilidade

O tema mais recorrente em relação à sustentabilidade do SUS e dos hospitais filantrópicos de maneira geral foi a tabela de remuneração e sua defasagem. No entanto, este assunto acabou por mostrar a grande preocupação dos entrevistados quase sempre com a questão da produção e não necessariamente das necessidades da população e muito menos do trabalho em rede, que permitisse evitar que todos os hospitais fizessem de tudo. As questões de regionalização, regulação, referência e contrarreferência foram tocadas de maneira ainda voltada à aspiração, sem considerar as condições atuais, ainda mais sugerindo fortemente a colaboração entre setor público e setor privado.

Os representantes do governo acabaram por levantar estes temas como um assunto do momento. No entanto, segundo os entrevistados em geral, ainda há poucos passos reais dados nessa direção. Ainda se falou muito em mais necessidades de concertação entre as partes, cabendo lembrar que governança é uma das preocupações ainda relativamente pouco explicitadas, mas subjacente a diversas narrativas ouvidas.

Na verdade, desfinanciamento é um termo muito citado (conforme observado na nuvem de palavras), mas o planejamento situacional (PES) ensina que, se o problema é este, em tese assim que for melhorado este quesito a deficiência está resolvida. Sabe-se, no entanto, que só a disponibilidade de mais recursos claramente não solucionará o problema pois financiamento não é sinônimo de sustentabilidade. Esta considera uma visão estratégica, muito mais de médio/longo prazo e a visão dos hospitais no âmbito do SUS. Durante as entrevistas percebemos o quanto aparece a distinção entre os hospitais filantrópicos e as Santas Casas, mesmo considerando que nos ativemos, nas entrevistas, aos hospitais de maior complexidade e maior porte. As alternativas estratégicas observadas pelos dois grupos não são as mesmas, mas todas elas incluem atividades de ensino/educação/formação continuada. Algumas fazem foco em pesquisa como forma de gerar recursos, além de visibilidade; outras mencionam a educação como de menor risco financeiro (ou talvez maior possibilidade de retorno) que a assistência, por exemplo.

Modelo de gestão

Para todos os entrevistados foram sugeridos, entre as perguntas durante as entrevistas, temas que remetessem a uma visão de gestão/governança. Nem sempre apareceu, porém, uma compreensão clara do papel de cada uma dessas instâncias. Em alguns casos, a confusão era muito sentida. Por outro lado, houve situações em que o papel da irmandade ou do órgão instituidor da organização aparecia claramente como afastado da gestão. O afastamento podia ser ou bem em função do papel de cada um dos órgãos ou do interesse/conhecimento dos envolvidos. Também o protagonismo do gestor apareceu em uma ou outra circunstância.

Uma questão que surgiu, fazendo parte do papel das duas instâncias, porém com contorno diferente (e a partir do seu surgimento passou a ser incorporada nos roteiros) foi a da necessidade de aprimoramento da comunicação, tanto para dentro das organizações quanto para os diferentes *stakeholders*, uma vez que se trata de organizações com forte conotação comunitária (independente da sua forma de atuação).

Chamou a atenção a forma de ocupação das posições de gestão e governança. Isto apareceu até mesmo nos órgãos de *advocacy* e de alguns daqueles de governo. A experiência em gestão e no setor da filantropia fez diferença na ocupação de cargos, sendo relatada como parte do *curriculum* de diversos entrevistados. Por outro lado, não necessariamente a visão dos diferentes entrevistados sobre a forma de compreender a gestão desses serviços era homogênea.

Contratos e convênios entre setor público e serviços filantrópicos em geral pareceram ser um modelo prevalente. No entanto, a definição de metas a serem atingidas raramente foi citada como decorrente de análises regionais e/ou das necessidades da população. Com muita frequência aparece a capacidade instalada (tanto em termos de número de leitos, especialistas, equipamentos) como definidor da oferta, ficando evidente falta de clareza a respeito da apuração de custos a serem cobertos (e da maneira de cobrir, por exemplo, os custos fixos). A questão da transparência (ou de sua falta) na gestão também foi mencionada, evidenciando que por vezes o bem comum não era o norteador.

Finalmente, muitos entrevistados mencionaram a fragilidade da gestão, seja por dificuldade de encontrar profissionais qualificados, seja por falta de continuidade da estratégia e/ou do senso de missão. Até, dependendo do entrevistado, devido a ingerências políticas de âmbito regional, mesmo que a regionalização ou as redes de assistência sejam um ponto ainda a conseguir desse processo.

Desafios e fatores críticos de sucesso

Um tema controverso das políticas de saúde no Brasil, no SUS nos últimos 15 anos, é o PROADI. Entre os entrevistados alguns apoiavam a atuação dos hospitais desse grupo e outros a discutiam, considerando que os recursos destinados a este programa não se justificavam em termos de avanços do SUS ou da prestação de assistência à saúde à população. Entre os argumentos por trás dessa discussão está a transparência no gasto dos recursos públicos e na prestação de contas, que em termos formais até vem sendo satisfatória, mas não necessariamente refletindo a efetividade do gasto. Nessa análise pode-se observar, porém, que alguns desses hospitais oferecem

apoio a serviços públicos e a outros sem finalidade lucrativa (ou seja, a públicos estatais e não estatais, dependendo do modelo considerado). Nesse caso, sua efetividade seria ampliada, embora os dados a respeito não sejam públicos nem amplamente divulgados, exceto em documentos provenientes das 6 organizações participantes desse programa e/ou nos seus *websites*.

Outro desafio, ou oportunidade está na união dos filantrópicos. A visão mais tradicional enxerga a fragmentação do sistema de saúde, representada pelo funcionamento individual de cada uma das unidades e, de fato, seu funcionamento coletivo, regionalizado ou por meio das chamadas RAS (redes de atenção à saúde) seria vantajoso tanto para eles (em função de eficiência e de economia de escala e de escopo) quanto para a população, permitindo maior acesso e otimização de filas, inclusive considerando a regulação. No entanto, aqui se falou de união no âmbito institucional, na busca de força política a partir de uma posição de diversas capacidades instaladas e de um eventual poder de negociação. Por exemplo, foi dito em mais de uma entrevista que os filantrópicos de menor porte/menor complexidade têm posição frágil em termos de negociação com operadoras de saúde. Essa fragilidade pode ser reduzida caso ocorra uma associação real entre eles. Isto pode permitir considerar aumento de força política em qualquer instância.

Finalmente, a capacidade de gestão, tanto em função de seus dirigentes quanto de seus instrumentos de gestão, pode/deve ser modificada com a colaboração de instâncias de governo e dos órgãos de *advocacy*. Até mesmo os braços de formação das diferentes organizações poderiam ser utilizados, tanto para capacitar gestores quanto para desenvolver conhecimento na área. Além disso, por mais que as filantrópicas sejam consideráveis no critério de número elas raramente se utilizam desta vantagem para fins de negociação, por exemplo, seja com operadoras/financiadores públicos seja com fornecedores de produtos ou serviços. Economia de escopo ou de escala são reconhecidamente potenciais fonte de eficiência. Talvez isso possa ser conseguido utilizando o instrumento da contratualização, que já vem sendo utilizado pelo Estado em algumas circunstâncias, com vistas a garantir a sustentabilidade de serviços de saúde, independente de tabelas, mas considerando contratos definidos entre gestores de redes de saúde e prestadores, públicos e privados, regionais.



6.6

Conclusões ou recomendações para a sustentabilidade dos Hospitais Filantrópicos e as Santas Casas

As políticas de saúde do Brasil não priorizam a assistência hospitalar. Se por um lado isso se deve à visão dos diferentes níveis de governo, por outro o setor privado – com e sem finalidade lucrativa – recorre ao Estado basicamente para pedir ajuda financeira, seja de forma direta quanto indireta. Ao mesmo tempo, os gestores públicos não costumam reconhecer as possibilidades de parceria com o setor privado, mesmo aquele considerado, desde a reforma administrativa do Governo FHC, como serviços públicos não estatais, ou privados sem finalidade lucrativa. Aqui cabe uma discussão sobre o que é público, o que é privado e quais os limites entre ambos, pensando no maior interessado, o cidadão.

Na verdade, acaba havendo uma confusão conceitual, quando se fala em parcerias com o setor privado, com as chamadas PPP (parcerias público-privadas), que têm finalidade lucrativa e que trabalham num modelo de concessão de longo prazo. Este modelo chegou ao Brasil mais recentemente na saúde, com o Hospital do Subúrbio (de Salvador), e ainda se encontra bastante restrito. Teve mais visibilidade em outras áreas, mais voltadas à infraestrutura, como autoestradas, arenas esportivas, entre outras. Acabaram por trazer à luz algumas empresas privadas não vinculadas às atividades fim, mas isso foge ao escopo desta discussão.

Na saúde, hospitais filantrópicos (entre os quais as Santas Casas) representam o primeiro modelo de assistência médico-hospitalar, desde o século XVI. No entanto, até hoje, acabam por reproduzir na sua gestão e nas políticas a seu respeito alguns modelos de séculos atrás embora, no século XXI, as questões voltadas à assistência e a sua gestão já tragam novos padrões. Embora as mudanças de gestão na saúde cheguem mais devagar que em outros setores (por exemplo, o *lean*, conhecido e utilizado há décadas na indústria, ainda vem sendo considerado inovador na saúde) algumas práticas ancestrais contribuem para a crise de sustentabilidade hoje reconhecida. Fora dos grandes centros, embora haja exceções, a gestão dos serviços de saúde está longe de ser profissional. Assim, conceitos antigos ainda são privilegiados, entre os quais, *saúde não tem preço, protocolos são formas de cercear a liberdade dos profissionais da assistência e eficiência, bem como qualidade, são formas*

de retirar dos serviços de saúde sua característica de humanidade e transformá-los em organizações industriais.

Tanto as entrevistas realizadas quanto a literatura do setor apontam para o fato de que modelos arcaicos de pagamento por produção, valorização de volume de atendimentos em vez de resposta às necessidades da população, jogo de soma zero entre diferentes prestadores de uma mesma área geográfica e, pior, entre alguns prestadores e operadoras de planos de saúde, levaram à situação atual. A análise dos resultados da pesquisa realizada para a elaboração deste capítulo deixa claro que eventuais efeitos da mudança nos valores de remuneração/na Tabela SUS terão vida curta caso se limitem à atualização de preços por procedimento, independente do que digam os envolvidos. Por isso a contratualização deveria ser considerada e, por meio desta, mecanismos de atualização de necessidades da população e de valores de remuneração.

Pelo que os achados da pesquisa desenvolvida para a elaboração deste capítulo, aliados às reflexões mais contemporâneas a respeito de sistemas de saúde mostram, é possível sugerir, para o prazo mais curto:

1. estímulo à criação de bancos de dados do setor, para além dos hospitais mais providos de recursos, eventualmente estimulado e patrocinado pelos órgãos de *advocacy*, de maneira a dar visibilidade e clareza à situação dos hospitais filantrópicos para conseguir compreender o sistema como um todo e desenhar políticas nas quais este componente tenha o lugar que lhe compete;
2. desenho de um mapa loco-regional ou macrorregional dos serviços, para estabelecer a capacidade instalada, considerando toda a rede, pública e privada, e os profissionais disponíveis (isto significaria inclusive levantamento da disponibilidade de serviços, como UPAs e outros locais de assistência à população, além de gastos e dos dados atuais no nível loco-regional, mesmo que não estejam disponíveis nas fontes oficiais). Os hospitais considerados deveriam ser encarados como parceiros do SUS e tratados de maneira diferenciada, dispondo de algumas facilidades em troca de serem de fato componentes da rede local do SUS. Dois obstáculos podem se interpor neste caminho: a necessidade de compra de serviços privados por operadoras de saúde e os arranjos médicos locais, que fogem ao escopo do presente capítulo, mas que fazem parte do ambiente local;
3. formação de grupos de serviços semelhantes, a rigor mediados ou em instâncias regionais e/ou por órgãos de *advocacy*, com o intuito de otimizar ferramentas de gestão (como grupos de compras ou definição de formas comuns de apuração e controle de custos) poderia ter lugar;
4. revisão na composição de cestas de serviços, para além da assistência médica prestada.

Pensando em outros limites de tempo, para o médio prazo:

5. estabelecimento de diálogo em instâncias regionais, com a participação de gestores públicos, prestadores públicos e privados e, até se for o caso, representantes de profissionais e da sociedade, para definir fluxos possíveis de deslocamentos e sistemas de regulação, segundo o modelo de governança do SUS, com a concertação dos diferentes níveis de governo e os distintos prestadores. Outra possibilidade seria a análise detalhada de consórcios de saúde bem-sucedidos, para eventualmente servirem como *benchmarks*, em função dos seus fatores críticos de sucesso;
6. treinamento conjunto dos profissionais atuantes na regulação, em todas as instâncias regionais, com protocolos nos quais estejam os problemas mais prevalentes de cada região e os fluxos específicos;
7. modelo de gestão contratualizado, com definição de modelos de assistência e indicadores adequados às necessidades regionais, utilizando os novos bancos de dados, com acompanhamento por um comitê interinstitucional, do qual participem representações dos atores públicos e privados da região, que permita revisões de metas e de valores de pagamento anuais;
8. desenho de formas de atração de profissionais não para os serviços, mas para as regiões ou sistemas regionais;
9. acompanhamento de gastos e da gestão do sistema loco regional, no âmbito dos comitês já sugeridos, considerando as instâncias municipais e regionais;
10. definição de comissões de incorporação/desincorporação de tecnologia loco regionais;
11. revisão da vocação de hospitais com menos de 50 leitos (HPP) – alguns deles, dependendo de sua localização e da população a que servem, podem continuar a ser hospitais de agudos, definidos fluxos de referência e contrareferência com outros serviços, sempre por meio da regulação. Outros podem deixar de ser hospitais de cuidados a pacientes agudos e se tornar unidades para cuidados continuados ou para transição de cuidado, permitindo otimizar a utilização dos leitos existentes (considerando que a porcentagem de ocupação dos HPP é de abaixo de 50%) e a eficiência do sistema loco regional como um todo, além da qualidade dos serviços prestados (Souza et al, 2019).

No longo prazo:

12. acompanhamento de busca de serviços na região, por CEP, a ser realizado pela instância regional, com dados fornecidos no âmbito de cada serviço;
13. acompanhamento de contratos em função do atendimento às necessidades e à demanda;

14. acompanhamento de pacientes por telessaúde, com criação de infraestrutura, a partir de protocolos definidos, a ser realizado pelos hospitais filantrópicos ou por serviços de maior complexidade, com fluxos e remuneração acordados regionalmente;
15. definição de orçamentos para os hospitais contratualizados, a partir das séries históricas montadas e atualizadas em função dos novos dados disponíveis, conforme proposta para o curto prazo, e com o suporte dos órgãos de *advocacy*, além do poder público;
16. definição de novas metas para os hospitais contratualizados, a partir das séries históricas montadas, que mostrassem as reais necessidades;
17. definição de planos de carreira loco-regionais no âmbito das regiões, de forma a privilegiar a dedicação geográfica dos profissionais e buscando evitar a concorrência entre os serviços – pelo contrário, buscando vínculos regionais em modelos de contratação inovadores;
18. definição de modelos de remuneração por resultados de saúde na região.

6.7

Limitações

Os dados quantitativos referentes a número de hospitais são discutíveis, além de desatualizados. Não foi possível obter as bases de dados mais atuais. As entrevistas foram limitadas, claro, e aquelas realizadas com os prestadores tiveram um viés de seleção, mais orientados para Sul (Paraná), Sudeste (São Paulo e Minas Gerais) e Nordeste (Bahia) e a hospitais de maior porte/maior complexidade.

Referências Bibliográficas

- Amorim, D.P.L.; Souza, A.A. Caracterização assistencial dos hospitais filantrópicos da Região Metropolitana de Belo Horizonte. *Cadernos de saúde coletiva*.v. 27, n 2; 2019
- Barata, L. R. B.; Mendes, J. D. V. Os hospitais filantrópicos do século XXI e o SUS. [São Paulo]: Secretaria da Saúde, [2005?].
- Barbosa P.R., Portela M.C., Ugá M.A.D, Vasconcellos M.M., Gerschman S.V, Lima S.M.L. Hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: BNDES Social; 2002. 195 p.
- Bittar, O.J.N.V.; Mendes, J.D.V.; Magalhães, A. Rede hospitalar no estado de São Paulo, Mapear para Regular, 2011.
- Bulcão, C. SUS: uma biografia: lutas e conquistas da sociedade brasileira. RJ, Record, 2024
- Carpane, LR; Malik, AM. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4):1289-1298, 2021
- Conasems. Nota Técnica: Transferência e Transposição dos Saldos Remanescentes nas Contas de Repasses Federais Fundo a Fundo. Brasília, 09 de fevereiro de 2023
- Girardi, SN; Barros, ME. Rede hospitalar filantrópica no Brasil: perfil histórico-institucional e oferta de serviços. Ministério da Saúde. SIS – Reforsus, relatório de pesquisa, 2001
- Hannan, EL. The relation between volume and outcome in health care. *New England Journal of Medicine*, vol 340, n.21, p. 1677-1678, 1999
- Ivamoto, H. S Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica. *Acta Medica Misericordiae* 1 (1):7-10, Out 1998. consultado em: 19/03/2024
- Leal, RM; Morgado, RR. Entidades filantrópicas de saúde integrantes do SUS - uma avaliação do programa de apoio do BNDES: 1999-2007 BNDES Setorial, Rio de Janeiro, n. 28, p. 37-72, set. 2008.
- Lima, S.L; Barbosa; Pedro; Portela, M; Uga, M. A. D.; Vasconcellos, M. M.; Gerschman, S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1249-1261, 2004.
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.604, DE 18 DE OUTUBRO DE 2023 Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília 2023
- Ministério da Saúde, Terminologia Básica em Saúde. Brasília, 1983
- Portela MC, Lima SML, Barbosa PR, Vasconcellos MM, Ugá MAD, Gerschman S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(6):811-8.
- Puca, Antonio. De Florença a São Paulo, a epopeia da caridade. São Paulo, CI Editora, (2015)
- Senado Federal. Comissão de assuntos sociais. Avaliação de Políticas Públicas (em cumprimento à Resolução nº 44, de 2013): Avaliação da Política de Atenção Hospitalar e da

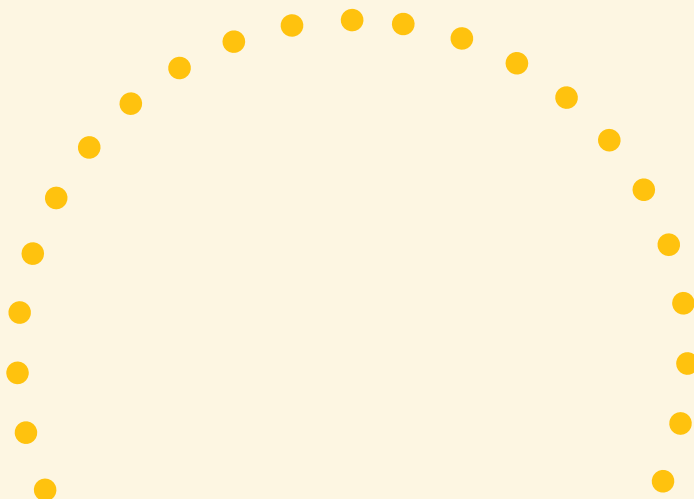
Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2018

Souza, F.E. A de.; Nunes, E. F. P. A.; Carvalho, B. G.; Mendonça, F. F.; Lazarini, F. M. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, 28 (3) • Jul-Sep 2019

Uga, M. A. D.; Gerschman, S.; Barbosa, P.; Lemos, S.; Portela, M.; Vasconcellos, M. M. O Setor Hospitalar Filantrópico e Alguns Desafios para as Políticas Públicas em Saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n.2, p. 265-284, 2003

Uga, M. A. D.; Barbosa, P.; R; Lima, S M. L. ; Portela, M. ; Vasconcellos, M. M.; Gerschman, S.. Estudo sobre os Hospitais Filantrópicos no Brasil. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v 34, n.2, p. 16-23, 2000.

Uga, M. A. D.; Lemos, S.; Portela, M.C.; Barbosa, P.; Gerschman, S.; Murat, M. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ) Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 55-68, 2004.





A expansão na demanda e oferta das clínicas populares no Brasil

AUTOR

Leonardo Rosa (IEPS)

Sumário Executivo

Este capítulo apresenta uma análise abrangente sobre a crescente expansão das clínicas privadas no Brasil, com foco específico nas 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, 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 sofisticadas para fidelizar clientes e manter um fluxo constante de pacientes, consolidando-se como uma rede alternativa de assistência à saúde em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos planos de saúde tradicionais.

Contexto e Objetivos

Nas últimas décadas, o mercado de saúde brasileiro passou por transformações substanciais, marcadas pela entrada de novos atores e pela diversificação dos serviços oferecidos à população. Este capítulo visa analisar o mercado emergente das clínicas populares, compreendendo suas características, o perfil dos usuários e suas implicações para o sistema público de saúde. A análise se baseia em dados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019, além de informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre outras fontes relevantes.

Principais Achados

■ Crescimento da demanda e da oferta de serviços privados pagos do próprio bolso:

A demanda por serviços de saúde pagos diretamente pelo usuário apresentou crescimento entre 2013 e 2019: o percentual de pessoas sem plano de saúde privado que procurou serviços médicos privados aumentou de 10% para 14%.

Paralelamente, a oferta privada de clínicas também cresceu, registrando um 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%.

■ Perfil dos usuários das clínicas populares:

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

■ Heterogeneidade entre grupos empresariais:

As clínicas populares caracterizam-se 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.

A análise detalhada de seis grupos empresariais que operam em São Paulo revelou que, embora todos compartilhem características como a variedade de especialidades e o foco em exames diagnósticos, 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 menos médicos e menor oferta de serviços diagnósticos.

■ Público-alvo:

As clínicas populares tendem a buscar público sem cobertura de planos privados. Assim, parte se localiza 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 de centros urbanos.

■ Interações com o SUS:

A presença das clínicas populares está associada a uma redução no uso de consultas médicas em estabelecimentos do SUS, sugerindo uma possível substituição entre os serviços públicos e privados.

Além disso, foi observado um leve aumento no número de profissionais com duplo vínculo (público-privado) nas regiões onde as clínicas populares se estabelecem.

Recomendações Prioritárias

Diante dos achados deste capítulo, destacamos as seguintes recomendações e pontos de atenção:

1. Supervisão e qualidade dos prestadores privados:

Com o uso crescente de serviços privados pagos diretamente pelo usuário, é essencial que o governo amplie a supervisão desses prestadores: o monitoramento da qualidade e práticas desses prestadores é crucial. Atualmente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regula apenas as operadoras de saúde, deixando um vácuo regulatório significativo 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.

2. Conflito de interesses nos serviços médicos de clínicas privadas:

É preciso reconhecer os potenciais conflitos de interesses em estabelecimentos de saúde que combinam a venda de consultas e exames, e atuar para que esses conflitos sejam eliminados. Modelos de negócios focados no lucro podem criar incentivos financeiros desalinhados às necessidades dos pacientes, levando à solicitação de exames e tratamentos desnecessários. Isso não só expõe os pacientes a riscos, mas também pode resultar em desperdício de recursos. Evidências da literatura científica destacam os perigos de tais desalinhamentos de incentivos, reforçando a necessidade de uma regulamentação mais rigorosa para proteger a saúde dos pacientes e evitar abusos.

3. Regulação dos serviços financeiros associados:

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 seguro de saúde parcial. 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 seguros de saúde. É necessário atualizar a legislação para garantir que esses serviços respeitem as normas vigentes.

4. Integração e fortalecimento do SUS:

O crescimento das clínicas populares reflete, em parte, as limitações do SUS em atender às necessidades da população. Ao mesmo tempo, a expansão de serviços privados aumenta a fragmentação do sistema, impedindo ações que são relevantes para que estratégias do SUS sejam bem-sucedidas, como cuidado preventivo e longitudinal. É necessária a prestação de contas por parte do sistema privado, com compartilhamento obrigatório de dados e informação para o sistema de saúde para que a fragmentação seja evitada. Além disso, essas informações precisam ser utilizadas estrategicamente pelo SUS, para que o investimento na oferta de serviços priorize integração dos serviços nas áreas mais vulneráveis.

7.1

Introdução

No Brasil, todos os indivíduos são cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que funciona como um seguro de saúde público, possui uma rede de prestação de serviços própria ou contratada, e gratuita para toda a população no ponto de acesso. Os indivíduos, no entanto, não têm como única opção a rede de serviços de saúde associada ao SUS. Parcela da população opta pela cobertura de saúde suplementar, ao contratar seguros privados, essa parcela da população tem acesso a uma rede de serviços exclusiva e prestadores privados (ANS, 2023). Outra parcela pode optar por utilizar os serviços de provisão de saúde privados, ofertados por profissionais e empresas independentes. Quando assim o fazem, pagam diretamente os prestadores de saúde, de acordo com o uso. O pagamento do próprio bolso, inclusive, é o caminho comum em países que carecem de uma estrutura de seguro de saúde universal, como é o caso de diversos países de baixa renda per capita (Wagstaff et al., 2020). Tal modalidade é criticada, uma vez que aumenta os riscos financeiros para a população, especialmente a população de nível socioeconômico mais baixo.

A prevalência de atendimentos onde o indivíduo paga diretamente do próprio bolso pelo serviço de saúde pode parecer contraintuitiva em um país onde todos estão cobertos pelo sistema de saúde público. No entanto, por ser um sistema gratuito e com recursos limitados, por vezes os usuários do SUS lidam com a provisão insuficiente de serviços de saúde, em especial para serviços de pronto atendimento e urgência, da atenção secundária e da terciária –e.g., exames e atendimento médico especializado (Solla e Chioro, 2012). Por exemplo, na cidade de São Paulo –um dos poucos locais a publicar de forma consistente o tempo de espera por alguns procedimentos de saúde– a fila de espera para atendimento especializado (atenção secundária) é superior a dois meses, com alguns bairros tendo espera próxima a quatro meses, como é o caso do distrito de São Mateus, na periferia da cidade (São Paulo, 2022). Para o caso de exames de valor mais alto, como por exemplo ressonância magnética, o tempo médio dos usuários do sistema público de saúde em São Paulo é de quase três meses (São Paulo, 2022). Assim, como bem documentado na literatura, nas situações de fila de grande tempo de espera para realização de procedimentos

de saúde, os usuários podem optar pelo pagamento direto aos prestadores de saúde privados, acessando serviços específicos imediatamente, minimizando o tempo de espera (Barros e Siciliani, 2011).¹

As dificuldades existentes no SUS e o atendimento demorado são os argumentos utilizados pelas empresas que investem recursos para ofertar serviços de saúde diretamente à população. O caso do Dr Consulta é um exemplo, a estratégia de marketing da empresa faz uso intensivo do argumento de que a espera por serviços de saúde pode ser prejudicial aos indivíduos e que as clínicas da empresa poderiam ser uma solução acessível financeiramente (Jurca, 2018). Outro exemplo, de alcance nacional, é o cartão de desconto “Cartão de Todos”, que concede descontos para serviços como os de saúde, permitindo que os associados acessem as clínicas da franquia AmorSaude, que ofertam consultas de atenção primária e secundária e exames oferecidos a preços reduzidos (Todos, 2024). As estratégias têm atraído um grande número de usuários. A rede de clínicas do Dr Consulta, que atende majoritariamente o município de São Paulo, atende aproximadamente oitocentos mil pacientes por ano, oferecendo serviços de atenção primária e secundária (IDB, 2023). Já o Cartão de Todos, presente em todo o território nacional, conta com aproximadamente 5 milhões de associados, segundo a própria companhia (Todos, 2024).

A oferta de clínicas populares, que atendem parcela da população de renda mais baixa, não é nova. Médicos muitas vezes se organizam para atender a população de uma determinada localidade em troca de pagamentos diretos (Godoy, 2019). O que observamos atualmente, no entanto, é o crescimento de empresas atuando em rede e estrategicamente para absorver a população que enfrenta as limitações do SUS e que não consegue acessar planos de saúde (Jurca, 2018; Rocha, 2018). Destacam-se também inovações no modelo de operação dessas empresas que, por vezes, vendem não apenas o serviço de atendimento médico, mas também procedimentos diagnósticos e mesmo serviços financeiros, como de crédito, para que a população consiga pagar pelo atendimento (Rocha, 2018; Godoy e Silva, 2018).

Tanto defensores do SUS quanto da saúde suplementar tem críticas às clínicas populares e aos cartões de benefícios. Os que vêem tais iniciativas como problemáticas para o SUS, enfatizam a desconexão desse tipo de abordagem com a integralidade necessária para a oferta equitativa, coordenada e eficiente de serviços públicos de saúde (Godoy e Rocha, 2023; Jurca, 2021). O SUS foi concebido de modo que a atenção primária tivesse papel fundamental na saúde da população e que estivesse conectada diretamente aos atendimentos na atenção secundária e terciária. Em conjunto, as diversas camadas do SUS devem atender a população de maneira integrada e longitudinal, permitindo que os eventos de saúde sejam entendidos em sua integralidade (Rodrigues e Sousa, 2023). Assim, o acompanhamento do indivíduo como um todo (sua condição demográfica, social, ambiental

1 O atendimento imediato no setor privado pode distorcer a percepção dos usuários sobre o tempo de espera aceitável. Dificilmente um sistema de saúde universal e de acesso gratuito oferecerá atendimento na atenção secundária de maneira instantânea. Por exemplo, a fila para ressonância magnética em São Paulo é maior do que a média no Reino Unido, que também possui um sistema de saúde universal. O tempo médio de espera para o exame é de aproximadamente um mês e dez dias. Contudo, algumas regiões do Reino Unido apresentam tempos de espera semelhantes ou superiores aos de São Paulo (Keenan et al., 2021).

etc), é potencialmente deixado de lado para a provisão de serviços de saúde fragmentados, pontuais e individualizados, sem conexão com o sistema de saúde público e sem base longitudinal. Adiciona-se a isso o conflito de interesses da prática médica voltada ao lucro, o que potencialmente pode gerar procedimentos desnecessários (Relman e Reinhardt, 1986). No caso específico das clínicas populares, isso é mais saliente, pois além das consultas médicas, essas clínicas oferecem exames complementares e serviços financeiros.

Ao mesmo tempo, as empresas de seguros de saúde privadas encontram nessas iniciativas um competidor que impede o crescimento da cobertura de seguro privado. O argumento é que ao oferecer atendimento básico de saúde por meio de cartões de fidelidade ou desconto, as empresas de clínicas populares se assemelham a seguros de saúde, ou mecanismos de financiamento, porém sem estar sujeitas à Lei dos Planos de Saúde, que inclui a regulação e monitoramento da qualidade de serviço realizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.² Assim, acabam por limitar o mercado das seguradoras, reduzindo as possibilidades de expansão (Assis, 2022). Além disso, podemos também nos basear na literatura e projetar uma pressão adicional às seguradoras: a seleção adversa de beneficiários (Einav e Finkelstein, 2011). Ao ofertarem programas de fidelidade com escopo de serviços bastante limitado, concentrando-se em atendimentos ambulatoriais de baixa e média complexidade e praticando preços baixos, as clínicas populares têm potencial de fidelizar um tipo de usuário específico: mais jovem, com estado de saúde melhor, e com menor probabilidade de sinistralidade. Se esse for o caso, restam às seguradoras os pacientes com maior propensão de uso de serviços de saúde.

Em suma, a demora no atendimento combinada à escassez de recursos no sistema público e às dificuldades e custos elevados dos planos de saúde privados induzem a demanda da população por serviços de clínicas populares (Muremy et al., 2023). Os efeitos desse serviço sobre o sistema de saúde e sobre os resultados de saúde da população são questões ainda em aberto (Belli et al., 2004).

Considerando o contexto de escassez de evidências, o presente trabalho busca caracterizar a expansão das clínicas populares e de seus potenciais efeitos sobre o SUS. Para isso, temos como objetivo responder três questões que colaboram para o entendimento da expansão de clínicas de saúde populares no Brasil. Primeiro, analisamos tendências relativas ao uso de clínicas privadas como serviços de saúde para responder a prevalência e tendências no uso de serviços privados pela população brasileira. Segundo, tentamos responder como estão distribuídas e qual é a tendência de crescimento das clínicas de natureza jurídica privada. Nessa etapa, buscamos também identificar potenciais padrões de crescimento de grupos de clínicas populares nos últimos 5 anos. Por último, analisamos a estratégia de grupos econômicos de serviços de saúde popular a partir de um estudo de caso no município de São Paulo. Nessa terceira questão, apresentamos evidências em um contexto no qual as clínicas estão presentes e em expansão, e quais são as estruturas de organização dessas empresas –por exemplo, tamanho das clínicas, número de especialidades e serviços prestados.

2 Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998: Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

SERVIÇOS FINANCEIROS E DE FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES PARA ACESSO A CLÍNICAS PRIVADAS

Os cartões de benefícios, desconto e fidelidade em saúde são ferramentas que possibilitam o acesso a serviços médicos, medicamentos e produtos de saúde. Nesses modelos, os clientes pagam algum tipo de assinatura mensal, para utilizar os cartões de benefícios na rede ambulatorial credenciada.

Apesar de proporcionarem acesso, existem potenciais problemas e conflitos de interesse importantes a serem destacados. Os usuários, por exemplo, estão limitados a uma rede específica, restringindo opções e, possivelmente, a qualidade dos cuidados. Além disso, os cartões podem criar conflitos de interesse quando as empresas que os oferecem priorizam benefícios financeiros em detrimento do melhor interesse do paciente. Isso pode resultar em procedimentos desnecessários, promoção de procedimentos específicos e consumo excessivo. Além disso, a falta de regulamentação rigorosa comparável à dos planos de saúde pode deixar os consumidores desprotegidos contra práticas comerciais enganosas.

Os cartões de benefícios também podem ser deletérios para o sistema de saúde privado. Se os cartões atraem com maior frequência usuários saudáveis, que buscam opções mais baratas, podem deixar os planos de saúde tradicionais com uma base de segurados que utiliza mais os serviços de saúde. Isso aumenta os custos dos planos de saúde, que dependem de uma ampla base de segurados para manter os prêmios acessíveis. A seleção adversa pode levar ao aumento dos prêmios e à redução da cobertura, tornando os seguros de saúde menos acessíveis.

Para mitigar esses problemas, é essencial regulamentar adequadamente esses cartões, garantindo transparência e proteção ao consumidor. Educar os consumidores sobre as diferenças entre cartões e planos de saúde tradicionais pode ajudar na tomada de decisões informadas. A combinação de regulamentação, educação e transparência pode maximizar os benefícios desses programas, minimizando os riscos e garantindo um mercado de saúde equilibrado e sustentável.

7.2

Metodologia

7.2.1 Fontes de dados e variáveis

Para caracterizar o usuário do setor privado utilizamos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) para os anos de 2013 e 2019. A PNS é uma pesquisa de caráter amostral, com representatividade no nível do estado. A pesquisa realiza uma série de perguntas que caracterizam os indivíduos em suas dimensões socioeconômicas, demográficas e relacionadas à condição de saúde e uso dos serviços de saúde.

Utilizamos Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para analisar o número de clínicas e consultórios de atendimento médico registrados nas bases de dados. Também utilizamos o CNES para definir o tamanho de clínicas, as especialidades ofertadas, a oferta de exames complementares e a associação com planos de saúde, atendimento a particulares e associação com o SUS. Os dados do CNES são informações administrativas, que em princípio deveriam cobrir todos os estabelecimentos de saúde do Brasil. Os dados estão publicamente disponíveis pelo DATASUS em frequência mensal e para o presente estudo, selecionamos as bases de dados disponíveis nos meses de dezembro dos anos de 2010 a 2023. Apesar da riqueza de informações, trata-se de um dado auto reportado que pode conter algumas limitações, como imprecisões nos números totais, devido a informações faltantes ou desatualizadas.

Para analisar os fatores associados à expansão de clínicas e consultórios nos municípios, utilizamos dados das características dos municípios disponíveis na plataforma IEPS Data. Incluímos em nossa análise informações sobre o tamanho da população dos municípios, número de médicos e renda domiciliar per capita.

As bases de dados do CNES não permitem a identificação direta de clínicas populares. Com o objetivo de identificar o crescimento de alguns grupos econômicos selecionados, utilizamos o nome fantasia e razão social para classificar os estabelecimentos. Para isso, fizemos um levantamento de notícias na imprensa para mapear os principais grupos de clínicas populares no Brasil (ver **TABELA A1** no anexo) e para além disso selecionamos todas as clínicas que continham a palavra popular no registro do CNES. Ao todo identificamos os seguintes nomes associados aos grupos de clínicas: Acesso Saude, AmorSaude, Clínica da Cidade, Clínica Pastore, Clínica SIM,

Clínica Vitta, Docctor Med, Dr Atende, Dr Consulta, Fares, MedPrev e SegMed. Após a classificação analisamos o total de clínicas e as características das mesmas.

Para o estudo de caso no município de São Paulo, utilizamos como dados complementares as informações disponíveis pela Secretaria Municipal de Saúde e pela plataforma GeoSampa. Ambas as fontes permitem caracterizar os territórios (áreas de atuação das unidades básicas de saúde, distritos e subprefeituras) em termos de população, nível socioeconômico, filas de espera, disponibilidade de serviços de saúde etc. Com isso, conseguimos analisar a distribuição espacial das clínicas populares, a data de início de funcionamento, e a relação com a provisão de saúde pública.

7.2.2 Métodos

Empregamos diferentes metodologias para descrever e analisar os dados sobre clínicas populares. Para descrever o uso de clínicas privadas pela população, e para a caracterização das clínicas populares, fizemos uso de gráficos e tabelas que apresentam os valores médios e totais dessas variáveis. Ao longo do texto, tentamos deixar claro qual foi a estatística utilizada para descrever esses e outros elementos.

Por vezes, recorremos a análises de regressão multivariada para mapear os fatores associados ao uso de clínicas privadas a partir de dados da PNS, bem como para analisar os fatores associados à expansão de clínicas populares nos municípios. Isso nos permite observar os vários fatores simultaneamente, e ao observarmos a relação entre um fator específico e a variável dependente de interesse, conseguimos manter constante a influência do restante dos fatores.

Para analisar a relação entre a entrada de clínicas populares e a organização do SUS no município de São Paulo, também empregamos as análises de regressão. No entanto, nesse caso específico, conseguimos implementar uma abordagem de diferenças em diferenças, em que podemos controlar por fatores observáveis e não observáveis que são constantes ao longo do tempo ou que mudam ao longo do tempo igualmente em todo o município.

Os métodos acima possuem limitações variadas. Como são diversos os exercícios apresentados ao longo do texto, optamos por apresentar as respectivas limitações conforme apresentamos e interpretamos os resultados.

7.3

Resultados

7.3.1 Utilização de clínicas privadas

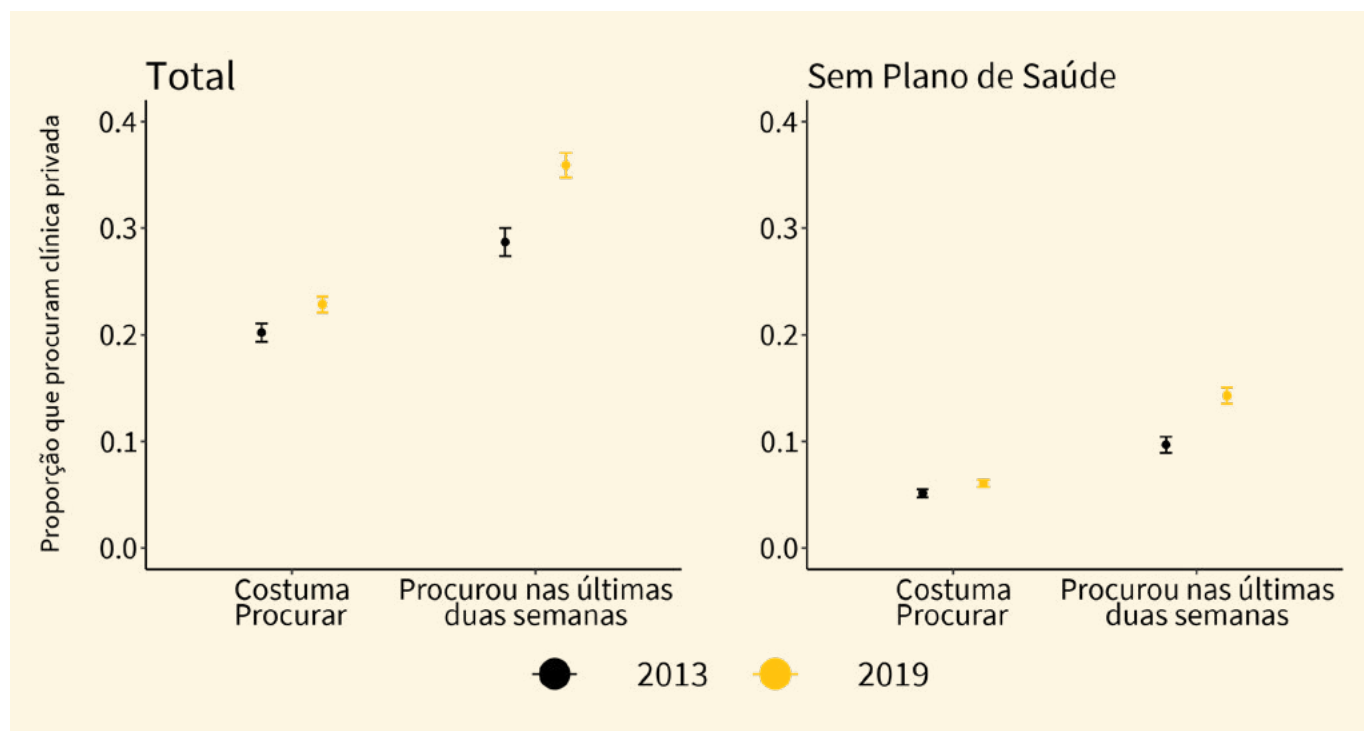
As famílias recorrem a consultas médicas e atendimento ambulatorial privados, independente da renda familiar. De acordo com os dados da Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), enquanto famílias com renda familiar de até três salários-mínimos gastam cerca de 10-12% das despesas totais com saúde em consultas médicas, atendimento ambulatorial e exames, esse percentual é de 7-8% para famílias que recebem mais de cinco salários-mínimos. A diferença relativa de gasto pode ser ainda maior, se considerarmos que os gastos privados com saúde podem ser deduzidos do Imposto de Renda, que é pago apenas por famílias de renda mais elevada.

Apesar da importância nos gastos de saúde, quando procuram por consultas médicas, as famílias com até três salários-mínimos fazem um gasto absoluto baixo. Enquanto para as famílias de renda superior a cinco salários-mínimos o gasto anual com consultas médicas e outros serviços ambulatoriais é de 480 reais ao ano, para as famílias com menos de três salários mínimos gastam em média 130 reais no ano. Os valores são um indicativo de que as famílias de menor renda, quando recorrem ao serviço de clínicas privadas, o fazem de maneira compatível com preços praticados por clínicas populares.

Ao analisarmos a tendência no uso de clínicas privadas como serviços de saúde, notamos que a frequência com que a população recorre aos serviços de clínicas privadas aumentou. A **FIGURA 6** apresenta os dados da PNS relativos à procura por serviços médicos em clínicas e consultórios privados para o total da população (**FIGURA 1A**) e para a parcela da população sem planos privados de saúde (**FIGURA 1B**). Entre 2013 e 2019, últimas duas edições da PNS, notamos um aumento na demanda por serviços médicos em clínicas e consultórios privados (nessa análise excluímos a procura por hospitais). O percentual de pessoas que procuram clínicas privadas em qualquer situação (costuma procurar, no eixo horizontal) aumentou de 20% para 23% entre 2013 e 2019, e a parcela que procura quando precisa de serviços médicos de fato (procurou nas últimas duas semanas) subiu de 29% para 36%. Parte desse aumento é explicada pelo aumento da procura pela população sem planos de saúde, que

na média possuem renda menor. Por exemplo, o aumento do número de pessoas sem plano que procurou serviços médicos privados nas últimas duas semanas foi de 10% em 2013 para 14% em 2019, um aumento de 4 p.p., ou 40%.

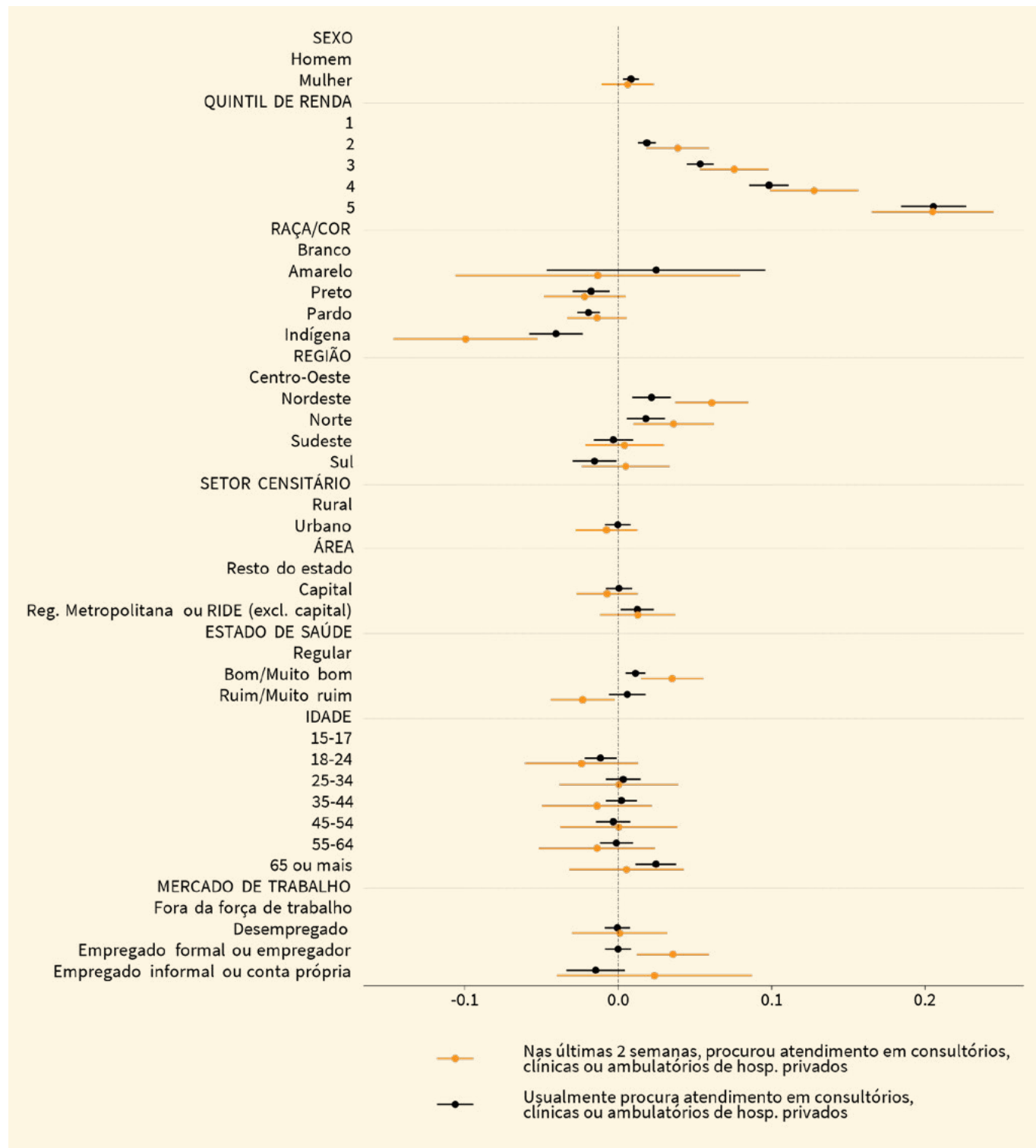
FIGURA 1 - DEMANDA POR CLÍNICAS PRIVADAS NO BRASIL (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE)



Nota: A Figura acima apresenta a demanda por clínicas privadas utilizando dados da PNS. No eixo horizontal a categoria “costuma procurar” se refere ao item que mapeia o serviço de saúde costumeiramente procurado pela população: “Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar;”, em que se apresentam diversas opções de serviços de saúde. Analogamente, a categoria “Procurou nas últimas duas semanas” se refere à questão de pessoas que precisaram usar o serviço de saúde nas últimas duas semanas da entrevista: “Onde procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?”. Em ambas as questões, o respondente escolhe entre diversas categorias, que classificamos em uma variável binária: clínica privada ou não.

Ao analisarmos as características dos usuários sem plano de saúde dos serviços de saúde privados notamos um perfil bem definido. Análises de regressão da **FIGURA 2** indicam que a renda é um forte preditor de procura por serviços de clínicas privadas. Variáveis demográficas e econômicas também são relevantes, procuram mais os serviços privados a população branca, empregada no setor formal, e com uma autoavaliação da saúde positiva. Além disso, o fenômeno é mais frequente nas regiões Norte e Nordeste. Não observamos diferenças relevantes no que se refere a sexo, idade ou região de moradia (urbano, rural, região metropolitana, capital ou interior).

FIGURA 2 - FATORES ASSOCIADOS À ESCOLHA POR CLÍNICAS PRIVADAS



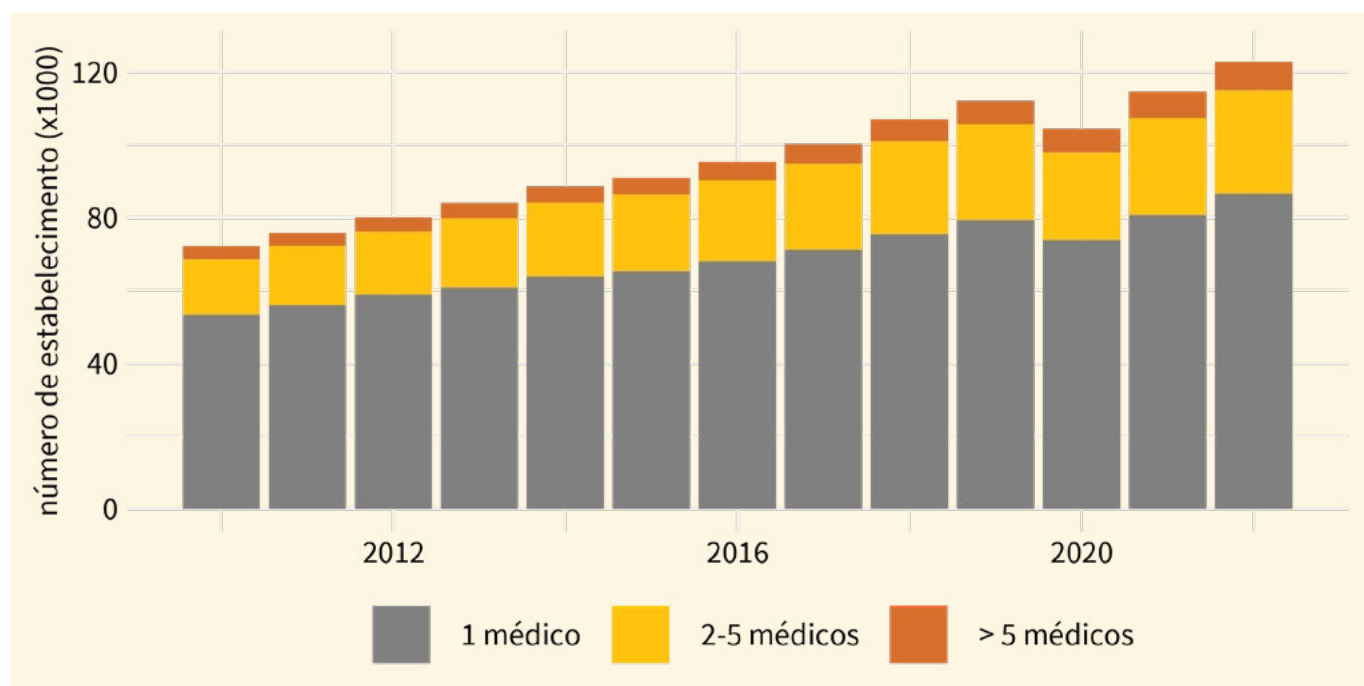
Nota: A figura acima apresenta os coeficientes associados às variáveis independentes de uma regressão que tem como variável dependente a informação (binária) de usar clínica privada como equipamento de saúde. As barras na figura fazem referência ao intervalo de confiança de 95%, e os pontos se referem a estimativa.

7.3.2 A oferta de consultórios e clínicas médicas particulares

A maior demanda por clínicas privadas é acompanhada por um aumento da oferta de clínicas, de acordo com as análises que realizamos com os dados do CNES. Nas análises apresentadas nos próximos parágrafos, exploramos os dados para caracterizar a oferta de clínicas e consultórios privados e analisar a tendência de oferta ao longo do tempo. Infelizmente, os dados existentes não permitem identificarmos o número exato de clínicas populares nessa análise. No entanto, realizamos uma caracterização das clínicas em dimensões tipicamente relacionadas às clínicas populares: clínicas com mais de um médico, com múltiplas especialidades e que aceitam pacientes por meio de pagamento direto do próprio bolso. Além disso, realizamos uma análise exploratória identificando termos associados aos modelos de clínicas populares nos nomes dos estabelecimentos de saúde. Esse exercício permitiu ter uma ideia da expansão recente, bem como confirmar a caracterização das clínicas populares.

Iniciamos a apresentação com o total de clínicas no Brasil. A **FIGURA 3** apresenta o número de clínicas médicas com ao menos um médico associado. No total, o Brasil tinha 122.889 clínicas no ano de 2022. Dessas clínicas, 70% eram consultórios com apenas um médico associado, 23% tinham de dois a cinco médicos, 7% tinham 6 ou mais médicos. Ao analisarmos as tendências, observamos um crescimento superior a 50% para todos os tipos de clínicas, independentemente do número de médicos associados às mesmas. No entanto, nota-se uma taxa de crescimento maior para clínicas com mais de um médico: as clínicas com apenas um médico cresceram 62%, as com 2-5 médicos 87% e as com 6 ou mais médicos cresceram aproximadamente 119% entre 2010 e 2022.

FIGURA 3 - NÚMERO DE CONSULTÓRIOS E CLÍNICAS POR NÚMERO DE MÉDICOS ASSOCIADOS



Nota: A figura acima apresenta o número de clínicas privadas categorizadas por número de médicos associados às mesmas. Os dados têm como fonte o CNES, como descrito na seção 2 (metodologia).

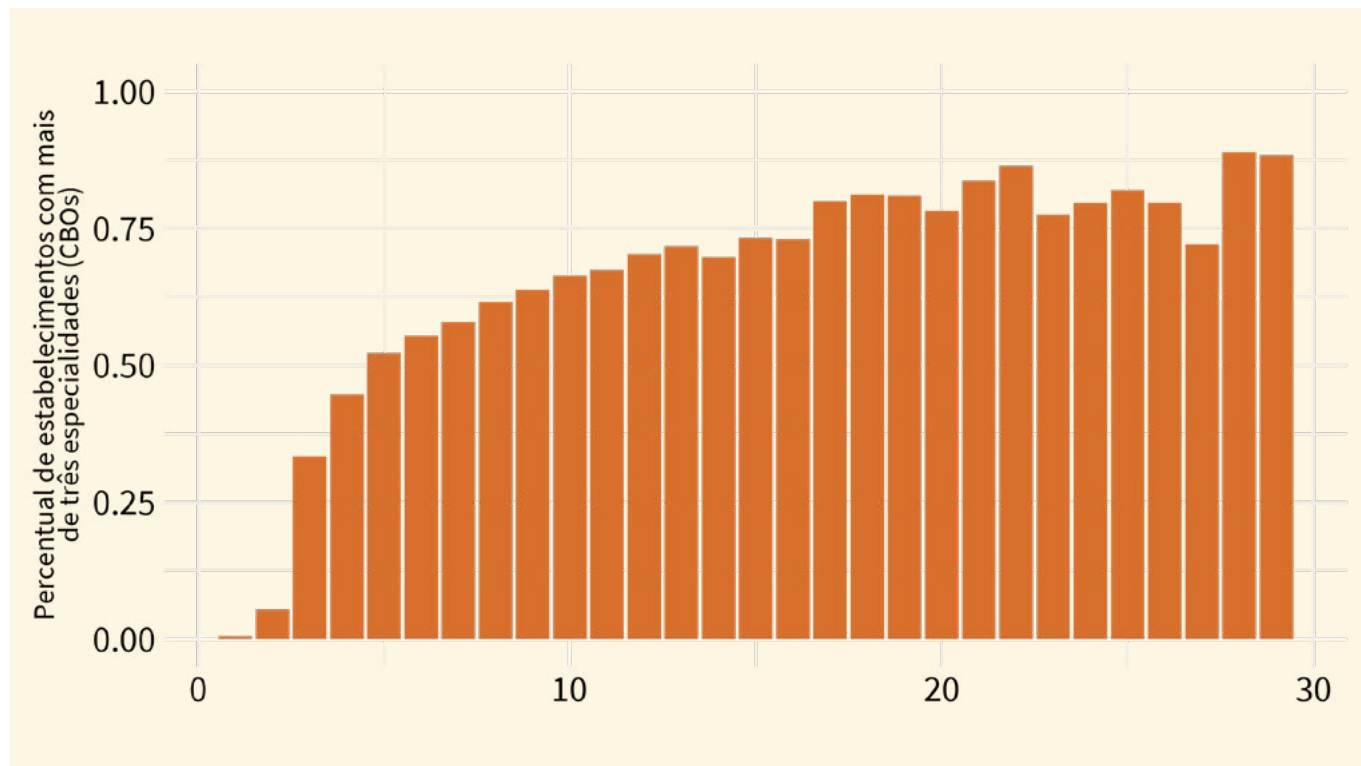
Como mencionamos na Seção 2, o CNES pode conter algumas limitações, causando imprecisões nos números totais de estabelecimentos. Ao analisarmos as tendências ao longo do tempo e não o número total, essas limitações podem ser mitigadas. Por exemplo, se existe uma tendência de melhora no preenchimento dos dados que é comum para todos os tipos estabelecimentos, a comparação de crescimento ao longo do tempo nos diz que de fato houve um crescimento mais intenso das clínicas com mais de um médico.

O padrão de crescimento mais forte para clínicas com 2 a 5 médicos e com 6 ou mais médicos ilustra uma organização diferente das clínicas médicas no Brasil. Apesar da predominância de consultórios individuais, os médicos passaram a se organizar coletivamente atendendo pacientes em uma mesma clínica com maior frequência. Para além do atendimento individual, a tendência em organização coletiva pode estar sendo influenciada pela relação com as seguradoras de saúde. A literatura indica que ao se juntarem em clínicas e não operarem em consultórios individualizados, os profissionais de saúde podem agir coletivamente e barganhar por melhores preços junto às seguradoras (Gaynor e Town, 2011; Dunn e Shapiro, 2014; Carlin et al., 2017).

Uma característica das clínicas com seis ou mais médicos é que elas tendem a ser mais diversificadas, oferecendo atendimento para um maior número de especialidades. A FIGURA 4 apresenta o percentual de clínicas por número de médicos associados e com diferentes códigos de ocupação (CBO), uma *proxy* para o número de especialidades médicas por porte da clínica (número de médicos). Notamos que clínicas menores oferecem um número menor de especialidades e, ao aumentarem o tamanho, a tendência é uma maior oferta de diferentes especialidades médicas. Por exemplo, aproximadamente 70% das clínicas com seis ou mais médicos oferecem três ou mais especialidades. Ao analisar esses números ao longo do tempo, não notamos nenhuma tendência especial, indicando que o número de clínicas com múltiplas especialidades cresceu de maneira similar ao crescimento geral das clínicas de maior porte.



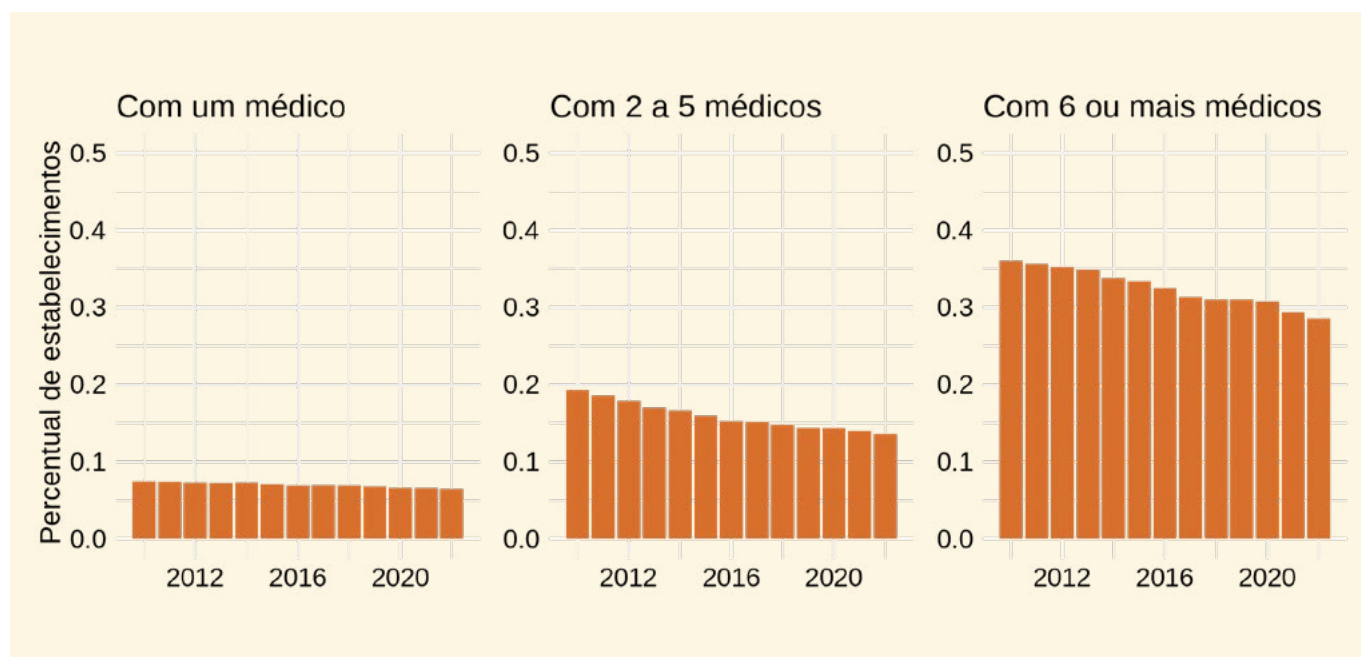
FIGURA 4 – PERCENTUAL DE CLÍNICAS COM MAIS DE TRÊS ESPECIALIDADES POR PORTE DO ESTABELECIMENTO



Nota: A figura acima apresenta a relação entre porte dos estabelecimentos (número de médicos) e percentual de estabelecimentos com mais de três especialidades (medidas pelo número de diferentes CBOs dos médicos registrados). Os dados têm como fonte o CNES, como descrito na seção 2 (metodologia).

Para além de ofertarem múltiplas especialidades, as clínicas com seis ou mais médicos tendem a ofertar múltiplos serviços, como por exemplo, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) –incluem laboratórios de análises clínicas, ultrassonografia, radiologia, ressonância magnética, exames cardiológicos, entre outros. Resultados apresentados na **FIGURA 5** indicam que enquanto apenas 6% das clínicas com um médico e 13% das clínicas com 2 a 5 médicos possuem SADT, aproximadamente 28% das clínicas com mais de seis médicos oferecem esses serviços. Ao observar as tendências para o oferecimento de exames complementares, notamos que um percentual menor de clínicas está ofertando SADT ao longo dos últimos anos. Por exemplo, em 2010 aproximadamente 35% das clínicas com mais de seis médicos ofertavam tal serviço, em 2022 esse percentual era de 28%.

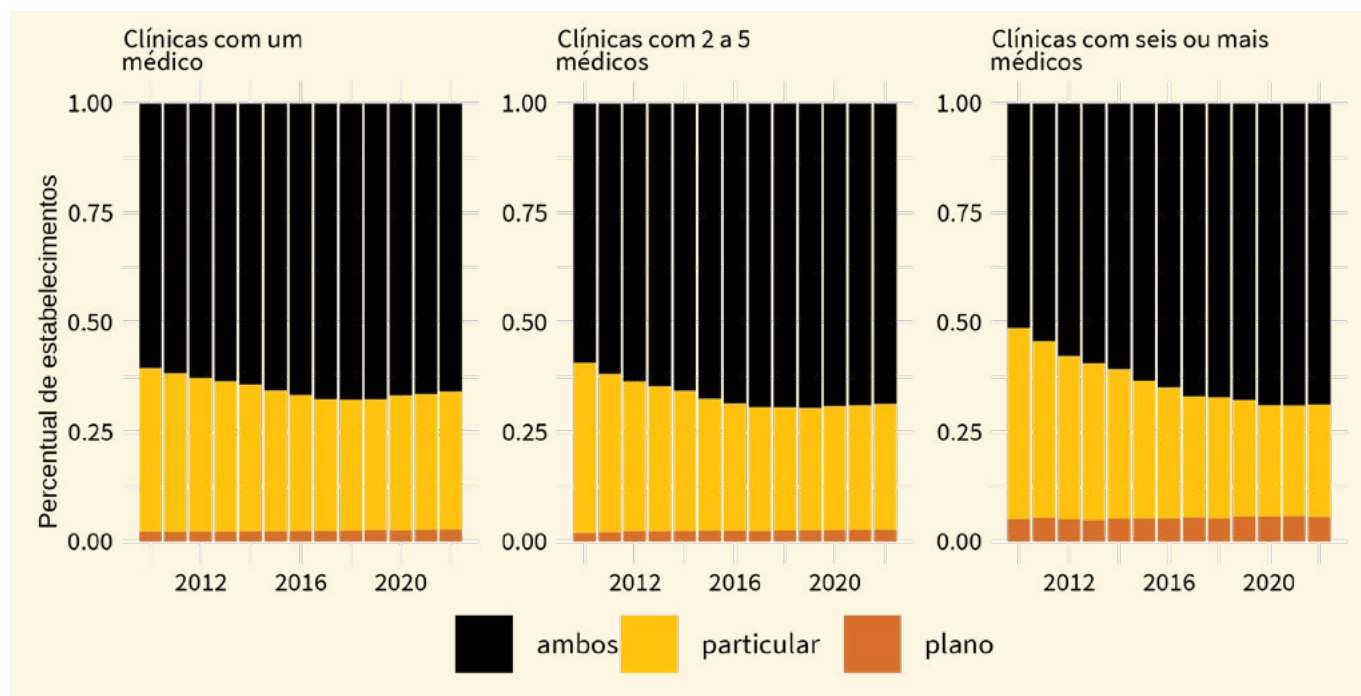
FIGURA 5 - CLÍNICAS COM SERVIÇOS DE EXAMES COMPLEMENTARES (SADT)



Nota: As figuras acima apresentam o percentual de estabelecimentos com registro SADT entre 2010 e 2022. A figura é dividida em três quadros, o primeiro apresenta o percentual de clínicas com SADT para clínicas com apenas um médico, o segundo para clínicas com 2 a 5 médicos e a terceira para clínicas com 6 médicos ou mais. Os dados têm como fonte de informação o CNES, como descrito na seção 2 (metodologia).

Investigamos também o tipo de atendimento efetuado pelas clínicas. Os dados permitem a divisão de atendimento por: atendimento apenas particular, atendimento de pessoas com planos de saúde ou ambos. A **FIGURA 6** apresenta dados relativos ao tipo de atendimento para as clínicas de diferentes tamanhos (número de médicos). Em geral, observamos uma mudança no tipo de atendimento, com clínicas deixando de atender apenas particulares e passando a atender com maior frequência pacientes particulares com plano de saúde privado. Para as clínicas de maior porte (com seis ou mais médicos) a tendência é ainda mais clara. Em 2010, aproximadamente 50% das clínicas com seis ou mais médicos atendiam ao mesmo tempo usuários de plano de saúde e particulares, em 2022 esse percentual aumentou para aproximadamente 70%. Essa tendência mais uma vez ilustra a possibilidade de que os médicos tenham se organizado de maneira diferente para se relacionarem com os seguradores de saúde, priorizando arranjos em grupo em vez de negociações individuais.

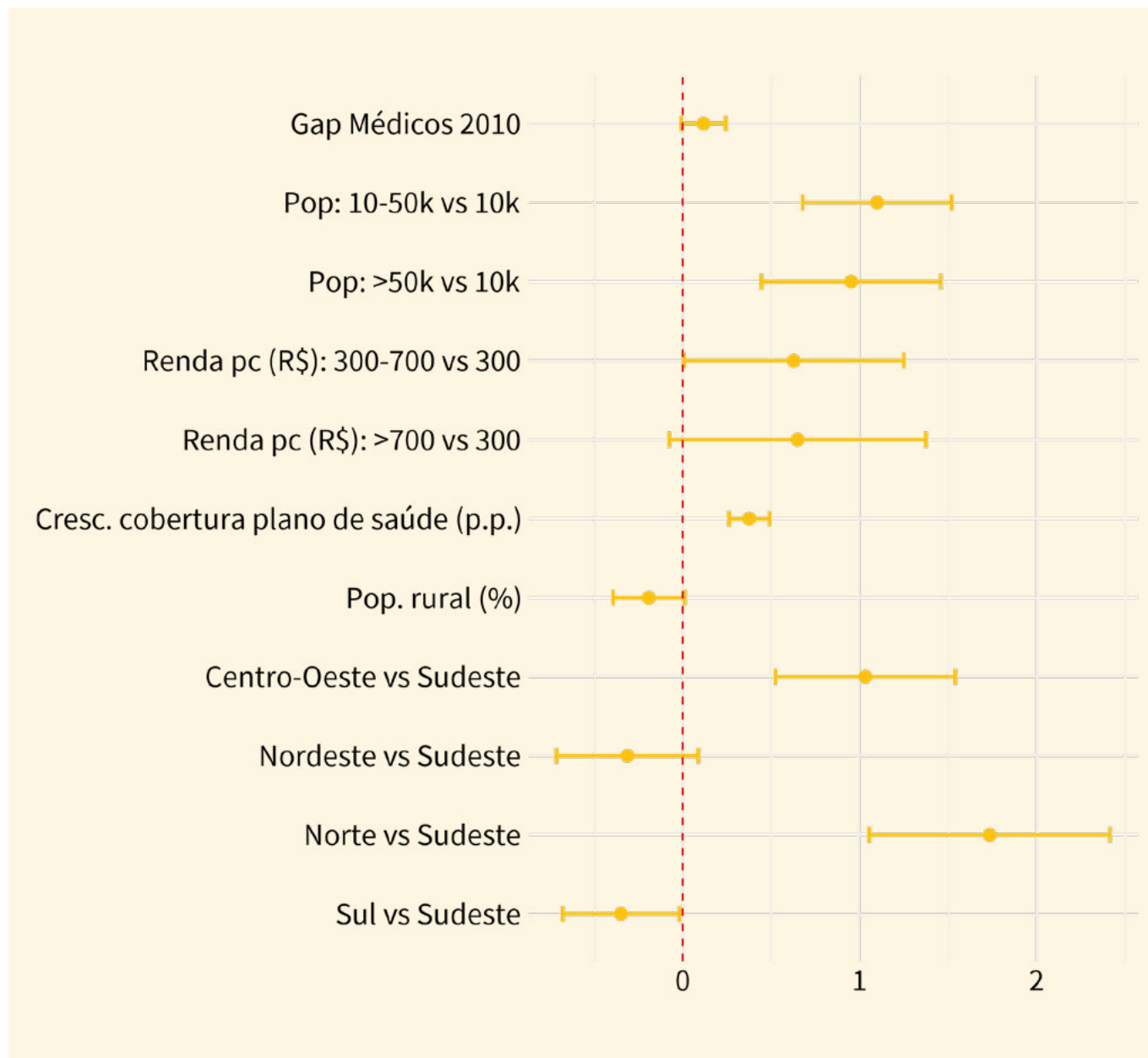
FIGURA 6 - CLÍNICAS COM MAIS DE SEIS MÉDICOS E TRÊS OU MAIS ESPECIALIDADES POR TIPO DE ATENDIMENTO (PARTICULAR, PLANOS DE SAÚDE, OU AMBOS)



Nota: As figuras acima apresentam o tipo de atendimento ambulatorial realizado por clínicas com um médico, de 2 a 5 médicos e com seis ou mais médicos. Na legenda, “ambos” se referem à categoria de clínicas que atendem pacientes de planos de saúde ou particulares, “particular” se refere aquelas que atendem apenas pacientes particulares, e “plano” se refere às que atendem apenas pacientes de planos de saúde. Os dados têm como fonte de informação o CNES, como descrito na seção 2 (metodologia).

Por último, analisamos os determinantes do crescimento de clínicas a partir de uma análise de regressão entre a mudança percentual no número de clínicas de 2010 a 2022 e características demográficas, econômicas e geográficas dos municípios. Os resultados apresentados na **FIGURA 5** indicam que o déficit de médicos no SUS em relação à OCDE está positivamente associado ao aumento de clínicas nos municípios, isto é, quanto maior o déficit maior a expansão de clínicas e consultórios. Outros fatores se destacam, as clínicas se expandiram sistematicamente para regiões mais populosas (municípios com mais de 10 mil habitantes), mais ricas (renda per capita superior a R\$ 300 por mês) e mais urbanas. O crescimento na adesão a planos de saúde privados nos municípios é outro fator positivamente associado ao aumento de clínicas e consultórios. Por último, as clínicas se expandiram mais frequentemente nas regiões Norte e Centro-Oeste, em relação à região Sudeste. E marginalmente menos nas regiões Nordeste e Sul, também em relação à região Sudeste. Apesar de conseguirmos mapear alguns fatores associados à expansão de clínicas, em conjunto eles explicam muito pouco do crescimento de clínicas nos municípios ($R^2 \sim 0.1$), indicando que existem outros fatores importantes para explicar a expansão de clínicas no Brasil que não conseguimos observar.

FIGURA 7 - CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS ASSOCIADAS AO AUMENTO DE CLÍNICAS PRIVADAS



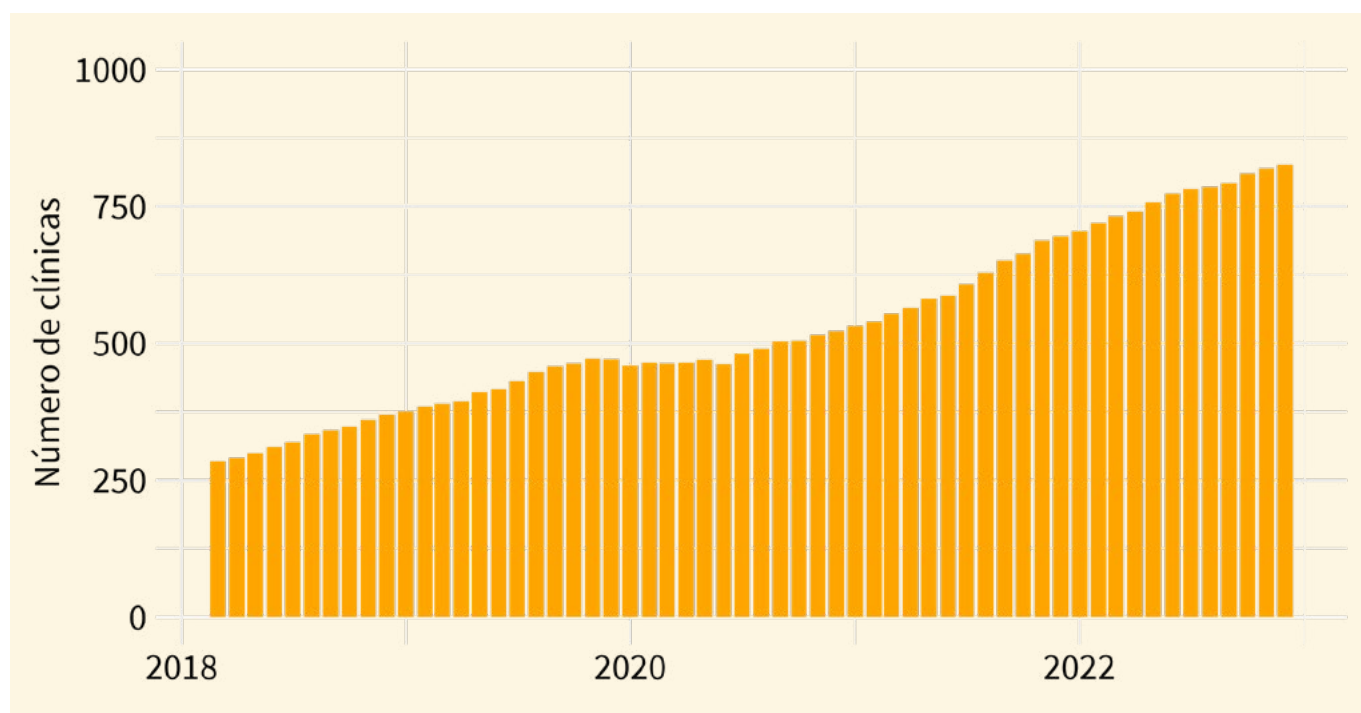
Nota: A figura acima apresenta os coeficientes associados às variáveis independentes de uma regressão que tem como variável dependente o crescimento percentual do número de clínicas privadas. As barras na figura fazem referência ao intervalo de confiança de 95%, e os pontos se referem a estimativa. As fontes de informação são o CNES, para o número de clínicas por município, e o IEPS Data para as características dos municípios.

7.3.3 A expansão de clínicas populares

Como mencionamos na seção anterior, não é possível identificar as clínicas populares diretamente por meio do CNES. Isso porque não existe um código específico de clínicas populares ou uma outra base de dados que indique os valores praticados pelos médicos ou o perfil da população atendida nos estabelecimentos individualmente. Nessa seção, tentamos apresentar uma evidência da presença de clínicas populares no Brasil a partir da identificação dos nomes das clínicas registradas no CNES, como descrevemos na Seção 2.

Iniciamos com a análise do número de clínicas ao longo do tempo. A **FIGURA 8** apresenta os resultados de número de clínicas por mês de 2018 a 2022 (o CNES só disponibiliza os nomes das clínicas a partir de 2018). Em março de 2018, primeiro ponto da série, o número de clínicas que conseguimos ligar aos grupos de clínicas populares era de 285 clínicas, em dezembro de 2022 esse número triplicou e identificamos aproximadamente 826 clínicas ligadas aos nomes de clínicas populares selecionadas.

FIGURA 8 - NÚMERO DE CLÍNICAS COM NOMES ASSOCIADOS AOS TERMOS DE GRUPOS EMPRESARIAIS DE CLÍNICAS POPULARES SELECIONADOS OU AO TERMO “POPULAR”



Nota: A figura apresenta o número de clínicas em que a razão social ou o nome fantasia da clínica está associado aos termos de clínicas populares descritos na seção 2 (metodologia). Os valores são apresentados por mês e compreendem o período de março de 2018 a dezembro de 2022. A fonte de informação é o CNES.

Ao analisarmos a distribuição por nomenclatura selecionada, notamos a prevalência de algumas classificações. Dos 826 encontrados em dezembro de 2022, 33% (277) foram selecionados por ter o termo “popular” no nome do estabelecimento e 27% (227) continham o termo AmorSaude. Os outros termos não aparecem mais de 10% das vezes. Isso vale até mesmo para os modelos presentes na discussão da imprensa, como o modelo do Dr Consulta. De alguma forma, notamos uma prevalência de grupos com atuação local, como o próprio Dr Consulta (SP), as Clínicas Pastore (RJ) e o grupo Clínicas Vitta (GO e DF).

Importante mencionar que apesar do destaque encontrado nas clínicas AmorSaude, podemos estar subestimando os grupos que afirmam ter presença nacional – como o próprio AmorSaude, Clínicas da Cidade, Doctor

Med. Em geral, as clínicas vinculadas a esses grupos se associam por meio de franquia. Por vezes, são clínicas já existentes e que podem não ter atualizado o seu “Nome Fantasia” na base de dados do CNES.

MODELOS DE GESTÃO CENTRALIZADA E MODELOS DE FRANQUIA

As redes de clínicas privadas de gestão centralizada e as redes de clínicas de franquias são modelos distintos de administração de serviços de saúde. As clínicas privadas de gestão centralizada são de propriedade de uma única entidade, com administração centralizada, resultando em alta padronização de processos e controle mais rigoroso sobre operações, compras, marketing e atendimento ao paciente. Esse modelo beneficia-se de economias de escala e procura manter uma consistência uniforme de qualidade, permitindo a rápida implementação de novas tecnologias e práticas, embora com menor flexibilidade para adaptações locais.

Nas redes de clínicas de franquias, cada unidade é de propriedade de um franqueado, que segue as diretrizes da franqueadora, mas tem autonomia operacional. A padronização é moderada, permitindo variações locais. A franqueadora oferece suporte inicial e contínuo, incluindo treinamento e marketing. As economias de escala podem ser limitadas e a qualidade pode variar conforme a capacidade e o compromisso de cada franqueado. As franquias oferecem maior flexibilidade para adaptações locais e inovação, embora a implementação de novas práticas possa ser mais lenta devido à necessidade de coordenação.

Em resumo, as clínicas de gestão centralizada garantem consistência e controle, enquanto as franquias proporcionam flexibilidade e adaptabilidade, com uma variação potencial na qualidade e operações entre as unidades.

Ao analisarmos as características dos grupos de clínicas populares selecionadas, notamos um padrão próximo ao que comumente caracteriza as clínicas populares. A **TABELA 1** apresenta as características gerais das clínicas. Na média, as clínicas populares tendem a ter registrado mais de seis médicos, ter múltiplas especialidades (média de 4 CBOs), atendem pacientes particulares (97%) e eventualmente possuem espaços para exames e diagnósticos (prevalência de SADT é de 18%). No entanto, os resultados da coluna 2 da **TABELA 1** apontam que os desvios-padrão para todas as características são elevados, sugerindo que as clínicas são muito heterogêneas.

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO DE CLÍNICAS COM NOMES ASSOCIADOS AOS TERMOS DE GRUPOS EMPRESARIAIS DE CLÍNICAS POPULARES SELECIONADOS OU AO TERMO “POPULAR”

	Média	Desvio-padrão
Número de médicos	7.7	16.5
Número de especialidades	4.2	4.8
% atendimento particular	97%	17%
% com SADT	18%	37%

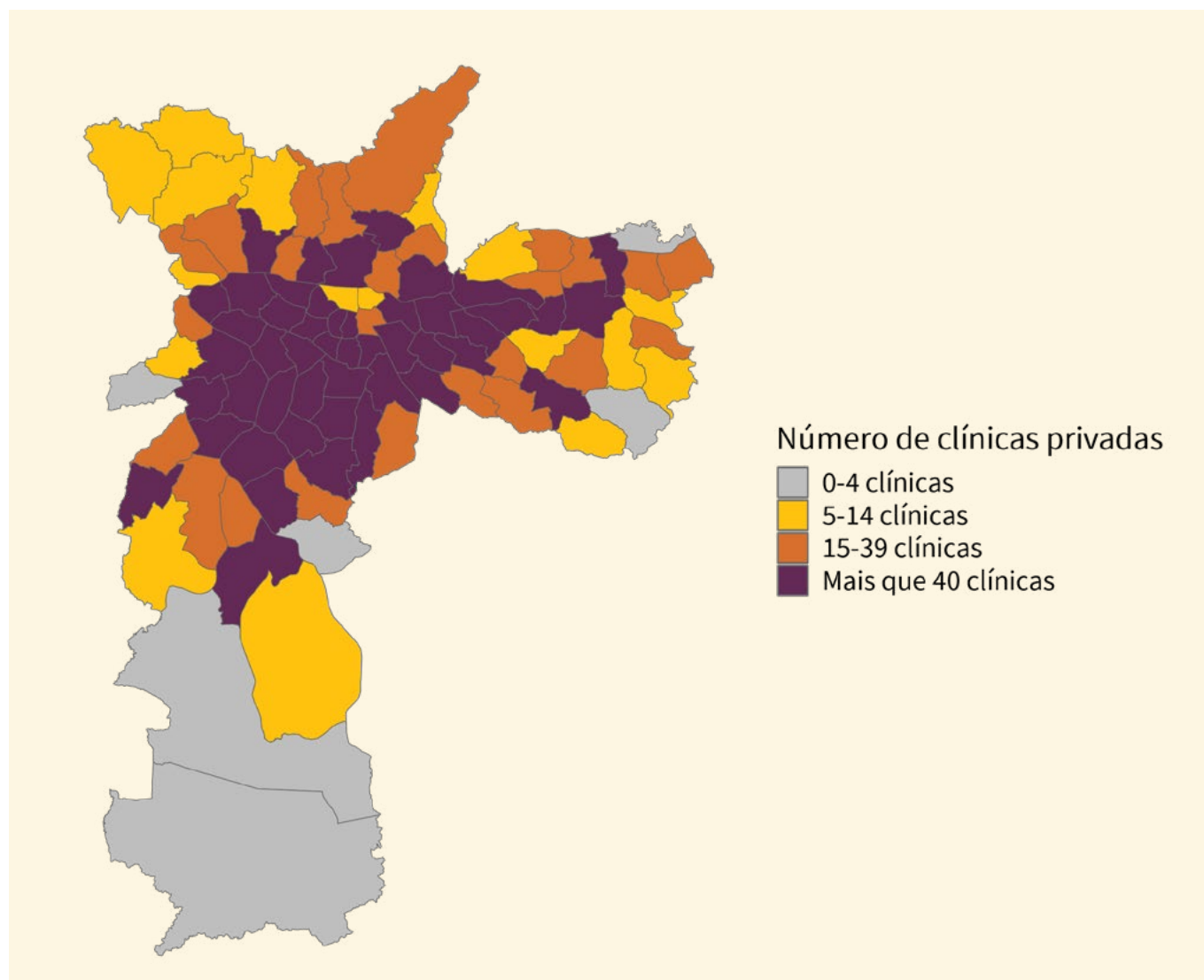
Nota: A tabela apresenta a média e o desvio-padrão para as clínicas em que a razão social ou o nome fantasia da clínica estão associados aos termos de clínicas populares descritos na Seção 2 (metodologia). O período de referência utilizado foi o de dezembro de 2022. As características selecionadas são as mesmas das figuras apresentadas na Seção 7.3.2.

7.4.1 Clínicas populares: análise do caso do município de São Paulo

Caracterização da presença de clínicas populares no município

Neste trabalho, utilizamos o caso do município de São Paulo para investigar características de grupos de clínicas populares que se expandiram nos últimos anos. O município de São Paulo é o maior do Brasil em termos populacionais, extenso territorialmente, heterogêneo e concentrado em termos de renda (Nery et al., 2019). Como mostramos na **FIGURA 9**, a distribuição de clínicas médicas privadas reflete a distribuição de riqueza econômica do município, concentrando-se nas regiões mais centrais da cidade de São Paulo, que também são as regiões mais ricas e que concentram grande fluxo de pessoas (Nery et al., 2019). Enquanto observamos a presença de clínicas em alguns distritos mais periféricos da cidade, um grande número deles tem como única alternativa os serviços públicos de saúde que cobrem todo o município (São Paulo, 2024).

FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO DE CLÍNICAS MÉDICAS PRIVADAS POR DISTRITO (BAIRRO) NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 2022



Nota: A figura apresenta o número de clínicas privadas por distrito (bairro) do município de São Paulo. Os dados têm como fonte informações georreferenciadas pelo Centro de Estudos da Metrópole e dados georreferenciados pelos autores por meio do CNES.

Apesar da existência de clínicas privadas em bairros da periferia, como analisamos na seção anterior, os últimos anos foram marcados pela entrada de novos grupos empresariais, que expandiram a disponibilidade de serviços para parcela da população sem plano de saúde e disposta a pagar por serviços de saúde a preços menores do que os praticados. São exemplos os casos selecionados em nossa pesquisa, que também atuam na cidade de São Paulo: Dr Consulta, Clínicas Fares, AmorSaude, Clínica da Cidade, Docctor Med e Acesso Saúde. Vale destacar que, com exceção dos dois primeiros grupos, os demais são grupos que atuam em várias cidades brasileiras.

A forma de gerenciamento e supervisão dos serviços também é diferente entre as empresas. Enquanto o Dr Consulta e as Clínicas Fares são grupos que atuam gerenciando suas clínicas de maneira centralizada, os demais grupos atuam (muitas vezes) no modelo de franquia, em que consultórios próprios se associam à marca, tendo como benefício a propaganda e os clientes associados aos planos de fidelidade. Com isso, enquanto os estabelecimentos vinculados aos grupos mais centralizados tendem a reproduzir características definidas por uma entidade organizacional central, os estabelecimentos ligados à franquia tendem a ter maior variabilidade em suas operações, embora respeitem alguns critérios mínimos para associação com a marca.

As diferenças se refletem na organização observada das empresas. A **TABELA 2** apresenta informações sobre o tamanho das clínicas e serviços disponíveis nos estabelecimentos. Modelos como o Dr Consulta e a Clínica Fares destacam-se pelo tamanho (número de médicos e profissionais associados) e pela diversificação de serviços: múltiplas especialidades médicas e possibilidades de exames (equipamentos disponíveis). Nos modelos de franquia, como a do AmorSaude, observamos um menor número de funcionários e médicos. Além disso, o número de especialidades oferecido em cada clínica é reduzido. Essas diferenças realçam os modelos de negócio, enquanto as franquias possuem modelos mais heterogêneos, as clínicas com administração central e unidades de filial tentam reproduzir uma lógica de negócio homogênea.

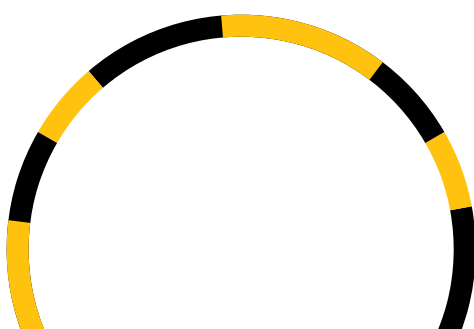


TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS EMPRESARIAIS DE CLÍNICAS POPULARES E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM GERAL

	Dr Consulta	Amor Saude	Fares	Clínica da Cidade	DocctorMed	Consultório C.	Especializada	Policlínica	Hospital Dia
Número de profissionais									
N Profissionais	97.0	13.7	31.5	13.7	3.2	1.7	6.7	21.5	139.5
N Médicos	79.1	9.2	27.5	11.7	2.0	1.0	2.8	12.3	55.4
Especialidades disponíveis									
% com pediatra	89.0	27.0	100.0	33.0	25.0	6.0	5.0	18.0	16.0
% com cardiologista	100.0	27.0	100.0	33.0	25.0	3.0	7.0	26.0	50.0
% com ginecologista	100.0	33.0	100.0	67.0	0.0	9.0	13.0	35.0	46.0
% com oftalmologista	95.0	33.0	100.0	67.0	0.0	3.0	10.0	17.0	48.0
% com urologista	95.0	27.0	100.0	33.0	0.0	2.0	4.0	20.0	48.0
% com psiquiatra	100.0	13.0	50.0	0.0	0.0	4.0	4.0	9.0	12.0
Equipamentos disponíveis									
% com tomógrafo	5.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	24.0
% com raiox	37.0	40.0	50.0	0.0	25.0	14.0	14.0	17.0	60.0
% com ressonância	11.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	14.0
% com mamógrafo	11.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	2.0	22.0
% com ultrassom	95.0	27.0	100.0	67.0	25.0	3.0	11.0	33.0	64.0
N	19.0	15.0	2.0	3.0	4.0	10624.0	3744.0	326.0	50.0

Nota: A tabela apresenta características médias das clínicas populares selecionadas e das clínicas de modo em geral no município de São Paulo. A fonte de informações utilizada na tabela é o CNES para o ano de 2022.

Se, por um lado, a estrutura física das clínicas difere entre os grupos empresariais, por outro lado os preços praticados são muito próximos entre os diversos grupos. A **TABELA 3** apresenta preços de procedimentos selecionados para as clínicas populares em questão. Para referência, listamos também os preços pagos pelas seguradoras no município de São Paulo aos prestadores (TISS) e os preços pagos pelo SUS aos prestadores conveniados. Os preços praticados pelas clínicas populares ao consumidor final estão em linha com os preços médios pagos pelas operadoras de saúde aos prestadores, e, em geral, abaixo dos preços mais caros pagos pelas operadoras (percentil 90). Em outras palavras, os preços cobrados pelas clínicas

populares não diferem do preço médio de mercado negociado entre operadoras e prestadores privados. Importante lembrar que para parte dos usuários de clínicas populares o preço listado pode ser ainda mais baixo do que o apresentado na **TABELA 3**, uma vez que existem os cartões de desconto e fidelidade, tipicamente usados pelas empresas de clinica popular. No site de um dos grupos de clínicas populares, por exemplo, o desconto em exames é de 30% se o usuário possuir o cartão da empresa. Por último, outro fator que chama a atenção é que mesmo sendo próximos a média paga pelas operadoras privadas, os preços são bastante superiores aos pagos pelo SUS aos estabelecimentos conveniados.

TABELA 3 - PREÇOS DE PROCEDIMENTOS SELECIONADOS NAS CLÍNICAS POPULARES, PAGOS PELAS SEGURADORAS DE SAÚDE, E REEMBOLSADOS PELO GOVERNO FEDERAL NO SUS

Procedimento	Grupo Econômico							
	Dr Consulta	Clínica Fares	Amor-Saude	Clínica Cidade	Doctor-Med	TISS Média	TISS P90	SUS-SIGTAP
Consulta clínico geral	R\$ 121	R\$ 120	R\$ 105	R\$ 99	R\$ 90	R\$ 122	R\$ 200	-
Consulta cardiologista	R\$ 166	R\$ 170	-	R\$ 140	R\$ 160	-	-	R\$ 10
Colesterol	R\$ 14	R\$ 19	-	-	-	R\$ 12,8	R\$ 20	R\$ 3,50
Ultrassom	R\$ 195	R\$ 180	-	R\$ 150	R\$ 150	R\$ 201	R\$ 429	R\$ 38
Tomografia	R\$ 450	R\$ 476	-	-	R\$ 365	R\$ 226	R\$ 490	R\$ 136,41
Ressonância	R\$ 815	R\$ 750	-	-	R\$ 512	R\$ 691	R\$ 1207	R\$ 269
Mamografia	R\$ 186	R\$ 242	-	R\$ 165	-	R\$ 123	R\$ 236	R\$ 22,50

Nota: A tabela apresenta os preços divulgados pelas clínicas populares selecionadas e os preços praticados pagos pelas operadoras aos prestadores privados, bem como os preços pagos pelo governo aos prestadores conveniados ao SUS. Todas as informações são relativas ao município de São Paulo. Para as clínicas privadas, os preços foram coletados dos seus portais ou por meio de consulta por mensagem de texto entre novembro de 2023 e janeiro de 2024. Os preços da TISS foram coletados para o mês de dezembro de 2022, por meio dos microdados divulgados pela a ANS. Coletamos duas estatísticas da TISS, o preço médio (TISS Média) e percentil 90 dos preços (TISS P90). Os preços do SIGTAP foram coletados do site do Ministério da Saúde.

Além dos preços praticados, os grupos empresariais de clínicas populares também tentam se aproximar de um segmento de classe econômica mais baixa por meio da localização de suas clínicas. A **TABELA 4** apresenta características selecionadas do local das clínicas. Os valores sugerem que as clínicas se localizam em áreas de nível socioeconômico mais baixo ou próximas às regiões de maior fluxo. Por exemplo, as clínicas associadas à franquia AmorSaude estão, em geral, em áreas com maior população e com renda familiar menor do que a média. Já as clínicas do Dr Consulta estão localizadas em áreas de nível socioeconômico maior, mas muito próximas a estações de metrô ou trem, que são regiões com maior fluxo de pessoas.

TABELA 4 - CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE NAS ÁREAS EM QUE ESTÃO LOCALIZADAS OS GRUPOS DE CLÍNICAS POPULARES

Característica	Grupo Econômico					
	Dr Consulta	Clínica Fares	Amor- Saude	Clínica Cidade	Docctor Med	Outras
Localização						
Distância metrô (km)	0,6	2,3	3,5	1,5	1,9	-
Distância trem (km)	2,0	3,4	2,6	2,2	2,5	-
Sociodemográfico						
População	95.977	114.301	166.607	109.543	87.850	104.152
Renda domiciliar (reais)	6.141	4.376	2.978	4.724	4.893	3.716
Fila (em dias)						
Clínica geral	39	35	39	47	40	57
Tomografia	20	25	37	20	27	17
Mamografia	39	41	30	41	34	13

Nota: A tabela apresenta as características das localidades em que estão localizadas as clínicas populares analisadas no município de São Paulo. A partir do georreferenciamento de clínicas calculou-se a distância (em linha reta) para as estações de trem e metrô, utilizando dados da secretaria municipal de transportes disponíveis no portal GeoSampa. Os dados de população e renda são referentes ao censo de 2010 e estão no nível do distrito (bairro), e também foram extraídos do portal GeoSampa. As filas de espera estão disponíveis apenas no nível da subprefeitura e foram extraídas do portal "Observa Sampa" e são referentes as filas do SUS geridas pela secretaria municipal de saúde de São Paulo.

Outras características dos territórios em que as clínicas populares se fazem presentes chamam a atenção, por exemplo o tempo de espera por serviços no SUS. Os resultados apresentados indicam que as clínicas se localizam em subprefeituras onde as filas por exames diagnósticos (tomografia e mamografia) são maiores. Em conjunto, notamos que as clínicas escolhem estrategicamente sua localização para lidar com a camada da população que necessita de serviços de saúde e enfrenta os desafios do SUS.

A relação entre entrada das clínicas populares e a provisão de serviços de saúde do SUS

A oferta de saúde privada pode ter impacto na organização do SUS, especialmente as clínicas populares, que buscam atrair usuários sem planos de saúde. Estabelecer a relação entre a operação de clínicas populares e organização do sistema de saúde público não é trivial, uma vez que existem muitos fatores que influenciam tanto a presença de clínicas populares quanto a produção de saúde do SUS. Neste artigo, realizamos uma primeira tentativa de associação entre essas duas variáveis, analisando a relação entre o início da operação de clínicas populares dos grupos empresariais selecionados e dois componentes de organização do SUS: a produção de saúde (consultas médicas totais), bem como a oferta de médicos.

A análise utiliza dados ao longo do tempo e em um espaço geográfico definido. Mais especificamente, para cada um dos 96 distritos do município (bairro), definimos a existência ou não de uma clínica popular ao longo dos anos de 2010 a 2022. Com essa estrutura, empregamos o método

conhecido como diferenças em diferenças, comparando distritos que têm uma clínica popular com aqueles que não têm, antes e depois da abertura da clínica. Dessa forma, tendências temporais que ocorreram por mudanças gerais no município e comuns a todos os distritos podem ser controladas (efeito fixo de ano), bem como diferenças estruturais (constantes ao longo do tempo) entre os distritos (efeito fixo de distrito).

Apresentamos primeiro a relação entre a entrada dos grupos de clínicas populares e o número de consultas médicas totais realizadas pelo SUS. A **TABELA 5** apresenta os resultados, indicando que o número de consultas médicas cai após a abertura de clínicas populares. A ordem de grandeza dessa queda não é desprezível. O efeito em consultas médicas é de -0.287, ou 11% se considerarmos como referência o valor médio de 2010 (2,56 consultas por habitante).

TABELA 5 - RELAÇÃO ENTRE ENTRADA DE CLÍNICA POPULAR E CONSULTAS MÉDICAS TOTAIS - DIFERENÇAS EM DIFERENÇAS

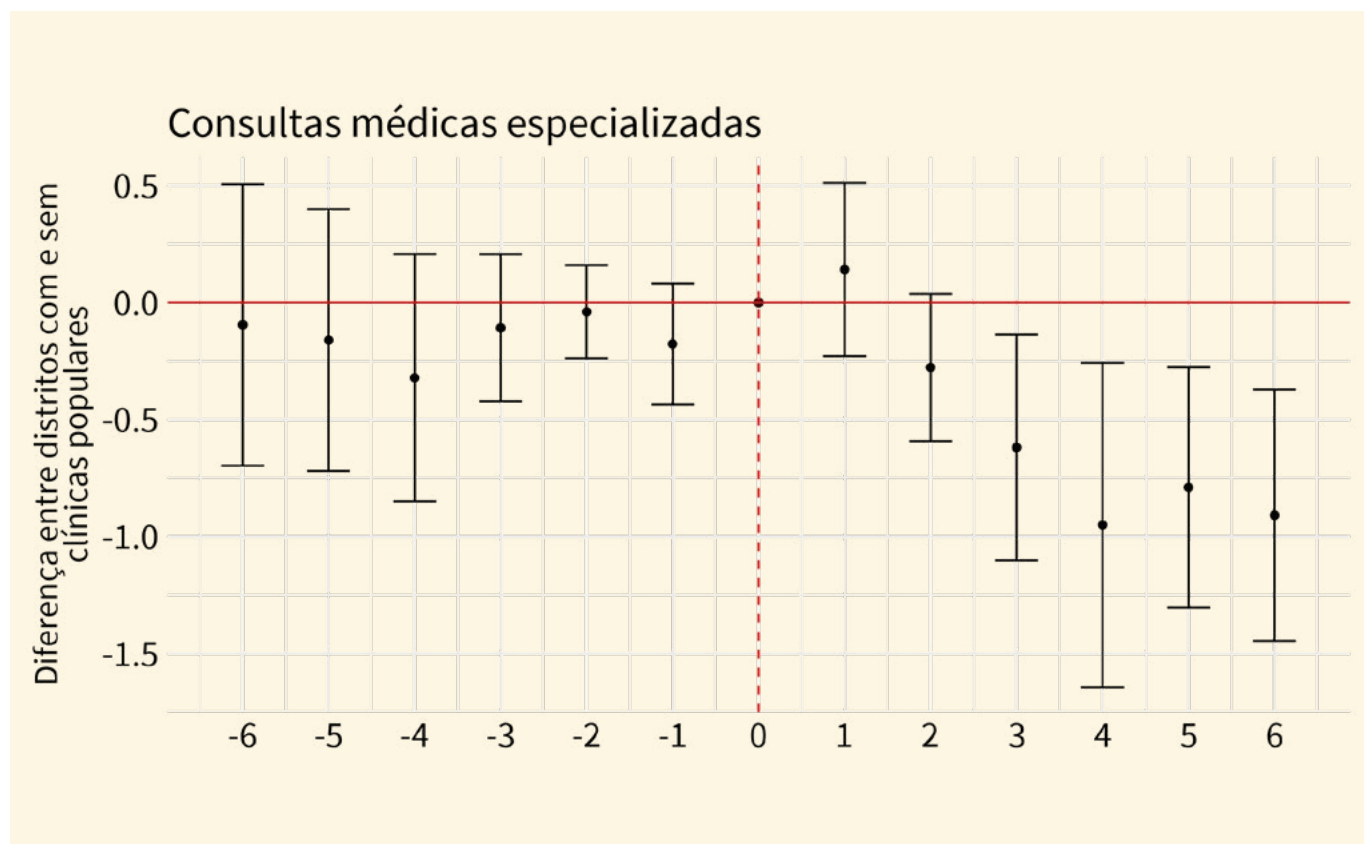
	Consultas Médicas Totais (por habitantes)
Pós entrada das clínicas populares	0.287* (0.164)
Média de consultas em 2010	2.56
Número de observações	1,248

Notas: A Tabela apresenta o coeficiente do efeito entre a entrada das clínicas populares e consultas médicas para os estabelecimentos públicos de São Paulo que reportaram dados por meio da SIA. Os valores entre parênteses são referentes aos erros padrão, clusterizados no nível do distrito. O valor médio de 2010 é a média de consultas por habitante e por distrito. *p<0.1

A **FIGURA 10** complementa os resultados da **TABELA 6**, com o objetivo de examinar se a queda no número de consultas estaria ocorrendo antes da abertura das clínicas, como um exercício de falsificação. Na **FIGURA 10**, apresentamos um exercício de diferenças em diferenças combinado com o estudo de eventos, e os resultados indicam que não há uma tendência prévia no número de consultas em determinado distrito quando comparamos os distritos com e sem abertura de clínicas populares. Além disso, a queda no número de consultas ocorre de maneira mais intensa a partir do segundo ano de abertura da clínica.



FIGURA 10 - RELAÇÃO ENTRE ENTRADA DE CLÍNICA POPULAR E CONSULTAS MÉDICAS TOTAIS - DIFERENÇAS EM DIFERENÇAS COM ESTUDO DE EVENTO



Notas: A Figura apresenta os coeficientes que relacionam a entrada das clínicas populares ao número total de consultas médicas no SUS para os estabelecimentos públicos do município de São Paulo que reportaram dados por meio da SIA. O ponto indica a estimativa do coeficiente, e as barras o intervalo de confiança de 95%. Os erros-padrão foram clusterizados no nível do distrito.

A entrada de clínicas populares pode mudar o uso do SUS pela população, mas também a organização dos recursos disponíveis ao SUS, como a oferta de médicos. Em princípio, em um mercado de trabalho com muita demanda e com número insuficiente de profissionais, as organizações precisam competir pelos profissionais. Este provavelmente é o caso do mercado de médicos. Assim, para terem profissionais disponíveis, as clínicas populares precisam atrair profissionais interessados no tipo de atendimento clínico ambulatorial, e esses profissionais podem estar vinculados ao SUS. Como os médicos atuam de maneira intermitente nos vários estabelecimentos de saúde, podemos ter uma redução de oferta de médicos para o SUS (o médico se desliga de um estabelecimento coberto pelo SUS para trabalhar no mercado privado) ou um aumento de prática dupla (o médico atua concomitantemente no setor privado e no público).

TABELA 6 - RELAÇÃO ENTRE ENTRADA DE CLÍNICA POPULAR, TAXAS DE MÉDICOS NO SUS E PROPORÇÃO DE MÉDICOS COM VÍNCULOS DUPLOS - DIFERENÇAS EM DIFERENÇAS

	Taxa de médicos SUS (por cem mil habitantes) (1)	Proporção de médicos com vínculos duplos (2)
Pós entrada das clínicas populares	0.647 (0.947)	0.028* (0.016)
Média da variável dependente em 2010	3.24	0.47
Número de observações	1,248	1,248

Notas: A Tabela apresenta o coeficiente do efeito entre a entrada das clínicas populares e taxa de médicos no SUS do município de São Paulo (Coluna 1) e proporção de médicos no SUS que atuam também no setor privado (2). Os valores entre parênteses são referentes aos erros padrão, clusterizados no nível do distrito. O valor médio de 2010 é a média dos distritos para a variável dependente em questão. *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Para analisar se a entrada das clínicas populares se associa à mudança de oferta de médicos para o SUS, aplicamos a metodologia de diferenças em diferenças de maneira similar ao que fizemos anteriormente. Utilizamos como variável dependente a taxa de médicos em estabelecimentos do SUS por distrito ou o percentual de médicos no SUS com vínculo duplo (privado e público). Os resultados apresentados na **TABELA 6** apresentam os resultados e indicam que não houve alteração na taxa de médicos do SUS pela população nos distritos onde entraram as clínicas populares. Porém, também encontramos resultados indicando aumento do percentual de médicos que possuem duplo vínculo (público e privado). Em outras palavras, os resultados encontrados são sugestivos em relação aos possíveis efeitos de concorrência com a rede pública, que ocorrem quando grupos privados passam a atuar no mercado local, sugerindo uma redução de oferta exclusiva de médicos para o sistema público. Para essa análise, também realizamos o exercício de robustez que combina os métodos de estudo de evento com o de diferenças em diferenças, as figuras são apresentadas no apêndice. Mais uma vez, não podemos observar uma tendência prévia nos resultados, o que corrobora para a validade interna de nosso exercício. Por último, é importante ressaltar que devido à limitação de dados, não conseguimos investigar o número de médicos trabalhando no setor privado por distrito.

Apesar dos resultados sugestivos, é fundamental destacarmos as possíveis limitações. Nossas análises tentam buscar o efeito causal no uso do SUS ofertado no município de São Paulo usando a metodologia de diferenças em diferenças, comparando as tendências ao longo do tempo (2010-2022) de distritos que tiveram uma abertura de clínica com distritos que não tiveram. Com isso, potenciais diferenças entre os distritos, que são constantes ao longo do tempo, assim como mudanças temporais comuns a todos os distritos dos municípios que ocorreram ao longo do tempo não afetam a análise. Porém, mudanças temporais específicas do distrito que coincidem com a abertura das clínicas podem afetar esses resultados. Para dar um exemplo, podemos citar mudanças no perfil imobiliário dos distritos que receberam clínicas populares ou de acesso a transporte público. Se o início da prestação de serviços das clínicas populares coincide com mudanças no perfil imobiliário da região (por exemplo, maior atividade comercial), então o nosso resultado pode ser enviesado.

7.4

Discussão

Nossos resultados indicam que a população brasileira recorre com frequência cada vez maior ao uso de serviços de clínicas de saúde privada, pagando diretamente aos prestadores. Esse aumento pode ser reflexo das dificuldades estruturais enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que não consegue atender plenamente às demandas de serviços, especialmente na atenção secundária, que inclui consultas com especialistas e exames diagnósticos.

Ao mesmo tempo que o uso de clínicas privadas cresceu nos últimos anos, observamos uma forte expansão no número de estabelecimentos desse tipo em todo o país. Em especial, notamos um forte crescimento de alguns tipos de clínicas que podem estar associadas ao perfil de clínicas populares: com um maior número de médicos, que em geral oferecem diversas especialidades médicas, exames diagnósticos e atendimento por meio de pagamento direto ao prestador. O que por sua vez é reforçado pelo exercício que realizamos ao identificar padrões nos nomes das clínicas, onde os resultados revelam um forte crescimento de nomes associados a grupos econômicos que tem como negócio principal a oferta de clínicas populares.

Com o objetivo de entender com maior profundidade a estratégia de grupos de clínicas populares analisamos o caso do município de São Paulo. Em conjunto, nossos resultados para essas análises apontam que a expansão dos serviços de clínicas privadas e, em especial, as clínicas populares (com pagamento do próprio bolso) coloca desafios para o sistema de saúde brasileiro em pelo menos três dimensões: coordenação e organização do sistema de saúde, financiamento, e conflitos de interesse inerentes à relação entre grupos empresariais e profissionais.

Quanto à organização do sistema de saúde, a entrada de clínicas populares pode gerar maior fragmentação na provisão de serviços prioritários e aumentar problemas de coordenação e acompanhamento longitudinal dos pacientes. O impacto sobre a organização do sistema pode ser ilustrado pelo impacto negativo das clínicas populares no número de consultas médicas no SUS, acompanhada por um aumento no número de médicos atuando simultaneamente no setor público e privado. Essa redução nas consultas médicas pode ser prejudicial para o acompanhamento dos

pacientes feita pela atenção primária, diminuindo a eficácia da abordagem longitudinal preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

Em relação ao financiamento, nossos resultados indicam que essas clínicas são estrategicamente localizadas em regiões de baixa renda ou com alto fluxo populacional, para estar próximas ao público sem plano de saúde. Os preços praticados por esses grupos são, em sua maioria, semelhantes ou inferiores aos preços médios pagos pelas operadoras de planos de saúde aos prestadores conveniados e bastante inferiores aos preços mais altos pagos pelas operadoras. Ao depender de pagamentos do próprio bolso, as pessoas precisam arcar com custos e provavelmente recorrem a serviços de crédito caros, dada a baixa renda da população de interesse das clínicas populares. Com isso comprometem seus gastos com outros itens essenciais, que podem ter consequências para outras dimensões da própria saúde.

Os potenciais conflitos de interesses do modelo de negócio desse setor é outro ponto relevante na discussão. Dada a inexistência de dados de serviços realizados pelos prestadores privados, optamos por não abordar a questão nesse capítulo. No entanto, é preciso ter ciência que esses grupos empresariais de clínicas populares combinam diversos serviços em um mesmo estabelecimento – serviços de consulta, diagnóstico médico, e financeiros (e.g., crédito). Por se tratar de entidades com fins lucrativos, possuem incentivos para promover um uso excessivo dos serviços de saúde (King et al., 2021; Bennett et al. 1994), ao mesmo tempo que podem prestar um serviço de qualidade inferior em dimensões relevantes à população (Knutsson e Tyrefors, 2022). Se isso ocorrer, os usuários de tais serviços estão incorrendo em riscos e custos desnecessários.

Ao considerar os diferentes elementos que regem a expansão de atendimento privado de saúde, com pagamento do próprio bolso, destacamos que é crucial que as autoridades regulatórias prestem atenção aos desafios da área e proponham soluções que envolvam regulação e monitoramento, incluindo:

■ **A necessidade de maior supervisão sobre os prestadores ambulatoriais de saúde privados.** Dado o uso crescente desses serviços pela população em geral – inclusive para os usuários do SUS – é importante que o governo esteja vigilante para questões de qualidade, respeito as questões de saúde pública, e um canal de prestação de contas para maior entendimento da atuação dos prestadores privados que atendem a população com pagamento do próprio bolso. A Agência Nacional de Saúde Suplementar regula apenas as operadoras de saúde, e em certa medida, acompanha o relacionamento com os prestadores que prestam serviços as operadoras. No caso dos atendimentos de prestadores privados com pagamento do próprio bolso, não há sistema de informação que possibilite o monitoramento e uma eventual regulação por parte do sistema de saúde.

■ **Venda casada de serviços e risco moral.** O modelo dos grupos empresariais que se baseia no investimento de serviços médicos e de diagnósticos pode gerar uma cadeia de incentivos perversos em que, potencialmente, exames são solicitados como parte da operação para alcançar melhores resultados financeiros e não os melhores resultados de saúde para o paciente. Apesar de nossos dados não permitirem a investigação de tal desalinhamento de incentivos, a literatura

de aponta para conflitos de interesse gerados pela relação de pagamentos do próprio bolso do paciente e a prestação de serviços médicos que tem como objetivo o lucro (ver, por exemplo, King et al., 2021). Nesse caso, corre-se o risco de: (a) expor o paciente a potenciais danos, uma vez que o mesmo pode ser submetido a tratamentos inadequados; (b) ineficiência ou desperdício de recursos, já que os recursos não precisavam ser utilizados; (c) consequências danosas para a saúde pública, uma vez que a falta de coordenação junto a serviços públicos de saúde – como é o caso da falta de integração com a vigilância – pode ser prejudicial ao bem-estar da população.

■ **O quadro atual de investimento massivo em modelos de grupos empresariais de clínicas populares requer um olhar atento por parte do poder público no escopo de serviços ofertados por esses grupos, em especial, os serviços financeiros.** Há um vazio regulatório sobre o que são de fato os serviços de fidelização de clientes, como os cartões de benefícios, cartões de desconto e similares. Tais serviços oferecidos pelos grupos empresariais são serviços financeiros ou serviços de seguro de saúde? Este ponto requer o olhar atento para as áreas de regulação financeira e para as áreas que protegem o consumidor de práticas abusivas, como a de vendas casadas. Além disso, se os serviços de fidelização se aproximam dos serviços de um seguro de saúde parcial, é preciso aperfeiçoar a legislação para que os serviços ofertados respeitem as obrigações referentes aos seguros de saúde.

■ **Por último, é preciso reconhecer que a expansão de serviços de saúde com pagamento do próprio bolso é um sinal de que o sistema único de saúde não tem sido suficiente para atender as demandas da população.** Grupos econômicos competem para chegar a uma população vulnerável, porque encontram possibilidade de lucro junto a uma demanda que não está sendo atendida de maneira satisfatória pela provisão pública e não por outra razão. A partir do momento que o SUS oferta serviços de maneira satisfatória, o escopo de atuação desses grupos econômicos fica reduzido. De modo mais imediato, uma vez que os usuários desses grupos de clínicas populares são muitas vezes usuários do SUS, existe a necessidade de se compreender como se dá o fluxo de atendimento entre os dois setores. Além das prestações de contas por parte do sistema privado, com compartilhamento obrigatório de dados e informação para o sistema de saúde, o investimento no SUS precisa ser estratégico, priorizando áreas mais vulneráveis de maneira integrada. Oferecendo assim a oportunidade para que a população que mais necessita desses serviços seja atendida de maneira mais eficaz e transparente.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Boletim panorama: saúde suplementar [recurso eletrônico]. v.1 n. 3, 3º trimestre de 2023. Rio de Janeiro: ANS, 2023.

Assis, R. (2022, April). Cartões de desconto: entre o SUS e a saúde suplementar. Estado De Minas. Retrieved March 5, 2024, from https://www.em.com.br/app/colunistas/renato-assis/2022/04/11/interna-renato-assis,1359264/cartoes-de-desconto-entre-o-sus-e-a-saude-suplementar.shtml#google_vignette

Barros, P. P., & Siciliani, L. (2011). Public and private sector interface. In Handbook of health economics (Vol. 2, pp. 927-1001). Elsevier.

Belli, P., Gotsadze, G., & Shahriari, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. Health Policy, 70(1), 109-123

Bennett, S., Dakpallah, G., Garner, P., Gilson, L., Nittayaramphong, S., Zurita, B., & Zwi, A. (1994). Carrot and stick: state mechanisms to influence private provider behaviour. Health policy and planning, 9(1), 1-13.

Carlin, Caroline S., Roger Feldman, and Bryan Dowd. "The impact of provider consolidation on physician prices." Health economics 26, no. 12 (2017): 1789-1806.

Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K. V. M., ... & Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The lancet, 394(10195), 345-356.

Dunn, A., & Shapiro, A. H. (2014). Do physicians possess market power?. The Journal of Law and Economics, 57(1), 159-193.

Einav, L., & Finkelstein, A. (2011). Selection in insurance markets: Theory and empirics in pictures. Journal of Economic perspectives, 25(1), 115-138.

Gaynor, M., & Town, R. J. (2011). Competition in health care markets. Handbook of health economics, 2, 499-637.

IDB, I. (2023, August). BID Invest e dr.consulta aumentarão o acesso a serviços de saúde acessíveis no Brasil . IDB Invest. Retrieved March 5, 2024, from <https://idbinvest.org/en/news-media/idb-invest-and-drconsulta-will-increase-access-affordable-health-services-brazil>

Godoy, C. V. (2019). As clínicas médicas populares privadas: uma alternativa para a crise da saúde? Os casos de Fortaleza (CE) e Belém (PA). Contribuciones a las ciencias sociales, (mayo).

Godoy, C.V, Rocha, G.M. A territorialidade da Atenção Básica à Saúde do SUS: a difusão das clínicas médicas populares na Região Metropolitana de Belém, Pará, Brasil. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2023/Jul).

Godoy, C. V., & da Silva, J. B. (2018). O FENÔMENO DE EXPANSÃO DAS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES: RESSIGNIFICAÇÃO DO BAIRRO CENTRO EM FORTALEZA-CEARÁ. Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, 14(28), 32.

Jurca, R. D. L. (2018). Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Jurca, R. D. L. (2021). Neoliberalismo E Individualização Nas Políticas De Saúde Na Periferia Sul De São Paulo. Caderno CRH, 33.

Keenan, N. G., Captur, G., McCann, G. P., Berry, C., Myerson, S. G., Fairbairn, T., ... & Greenwood, J. P. (2021). Regional variation in cardiovascular magnetic resonance service delivery across the UK. *Heart*, 107(24), 1974-1979.

King, J. J., Powell-Jackson, T., Makungu, C., Hargreaves, J., & Goodman, C. (2021). How much healthcare is wasted? A cross-sectional study of outpatient overprovision in private-for-profit and faith-based health facilities in Tanzania. *Health policy and planning*, 36(5), 695-706.

Muremyi, R., Haughton, D., Niragire, F., & Kabano, I. (2023). Determining Factors Influencing Out-of-Pocket Health Care Expenditures in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. In *Applied Research Conference in Africa* (pp. 441-450). Springer, Cham.

Nery, M. B., Souza, A. A. L. D., & Adorno, S. (2019). Os padrões urbano-demográficos da capital paulista. *Estudos Avançados*, 33, 5-36.

Relman, A. S., & Reinhardt, U. E. (1986). Debating for-profit health care and the ethics of physicians. *Health Affairs*, 5(2), 5-31.

Rocha, R. T. D. (2018). Criação de valor compartilhado em negócios sociais: estudo com clínicas populares de saúde preventiva (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Rodrigues, M. R., & Sousa, M. F. D. (2023). Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. *Saúde em Debate*, 47, 242-252.

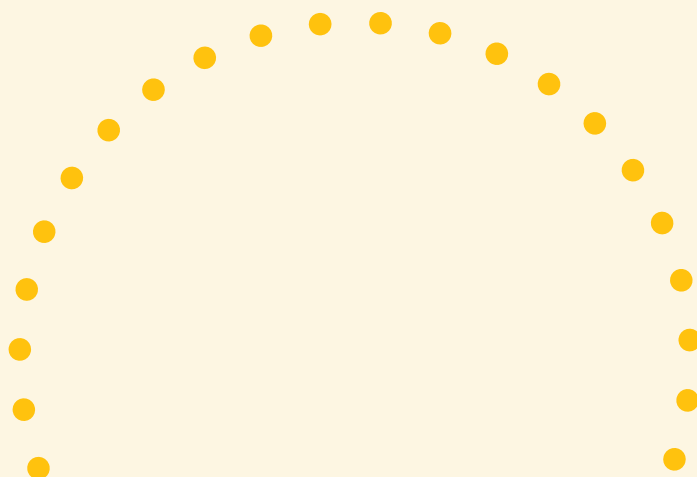
São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação -CEInfo. Boletim CEInfo Saúde em Dados | Ano XXI, nº 21, Julho/2022. São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde, 2022, 28p

São Paulo. (2024). Mapa com a delimitação das áreas de abrangência de UBS. Secretaria Municipal Da Saúde. Retrieved March 5, 2024, from https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/geoprocessamento_e_informacoes_socioambientais/index.php?p=309778

Solla J Chioro A Atenção ambulatorial *especializada.in*: Giovanella L Escorel S Lobato LVC Noronha JC Carvalho AI Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2nd edn. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro 2012: 547-576

Todos, C. de. (2024). Institucional e Sobre a Empresa. Cartao De Todos. Retrieved March 5, 2024, from <https://www.cartadetodos.com.br/cartao-de-todos/>

Wagstaff, A., Eozenou, P., & Smitz, M. (2020). Out-of-pocket expenditures on health: a global stocktake. *The World Bank Research Observer*, 35(2), 123-157.



Anexos

I – Lista de reportagens consultadas para localizar grupos econômicos associados a clínicas privadas

Docctor Med - <https://exame.com/pme/como-este-ex-office-boy-criou-clinicas-que-faturam-r-40-mi/>

Clínica da cidade - <https://exame.com/negocios/ele-era-o-unico-funcionario-de-seu-negocio-de-clinicas-populares-agora-sao-mais-de-500-pelo-pais/>

Clínica sim - <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/11/12/clinicas-populares-de-fortaleza-apontam-crescimento-na-procura-por-atendimentos-medicos.ghtml>

Dr consulta - <https://economia.uol.com.br/empreendedorismo/noticias/redacao/2016/07/04/redes-de-consultas-medicas-e-exames-baratos-crescem-empurradas-pela-crise.htm>

AmorSaude - <https://revistapegn.globo.com/franquias/noticia/2023/02/com-consultas-medicas-a-partir-de-r-26-amorsaude-ultrapassa-400-unidades-e-testa-franquia-para-cidades-pequenas.ghtml>

Acesso Saude - <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/especial-publicitario/acesso-saude/noticia/2020/05/28/acesso-saude-amplia-o-atendimento-medico-a-populacao.ghtml>

SegMed - <https://exame.com/negocios/eles-devem-faturar-r-60-milhoes-em-2023-em-clinicas-com-consultas-medicas-a-partir-de-r-20-como/>

Fares - <https://exame.com/revista-exame/clinicas-populares-avancam-cobrando-r-100-por-consulta/>

MedPrev - <https://fz.portaldacidade.com/noticias/saude/meprev-chega-a-7-milhoes-de-usuarios-na-pandemia-e-unidade-de-fz-e-destaque-1646>

Alba e pastore - <https://braziljournal.com/clinicas-populares-alba-e-pastore-se-fundem-e-criam-terceira-maior-rede/>

Dr atende - <https://saudevianet.com.br/blog/clinicas-populares-sucesso-em-saude/>

Vitta Saúde - <https://www.cremego.org.br/noticias/cremego-na-midia-clinicas-populares-realizam-consulta-medica-a-r-80/>

II – Lista de procedimentos consultados no SIGTAP para coleta de preços

03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

02.02.01.028-7 - DOSAGEM DE COLESTEROL LDL

02.05.02.004-6 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL

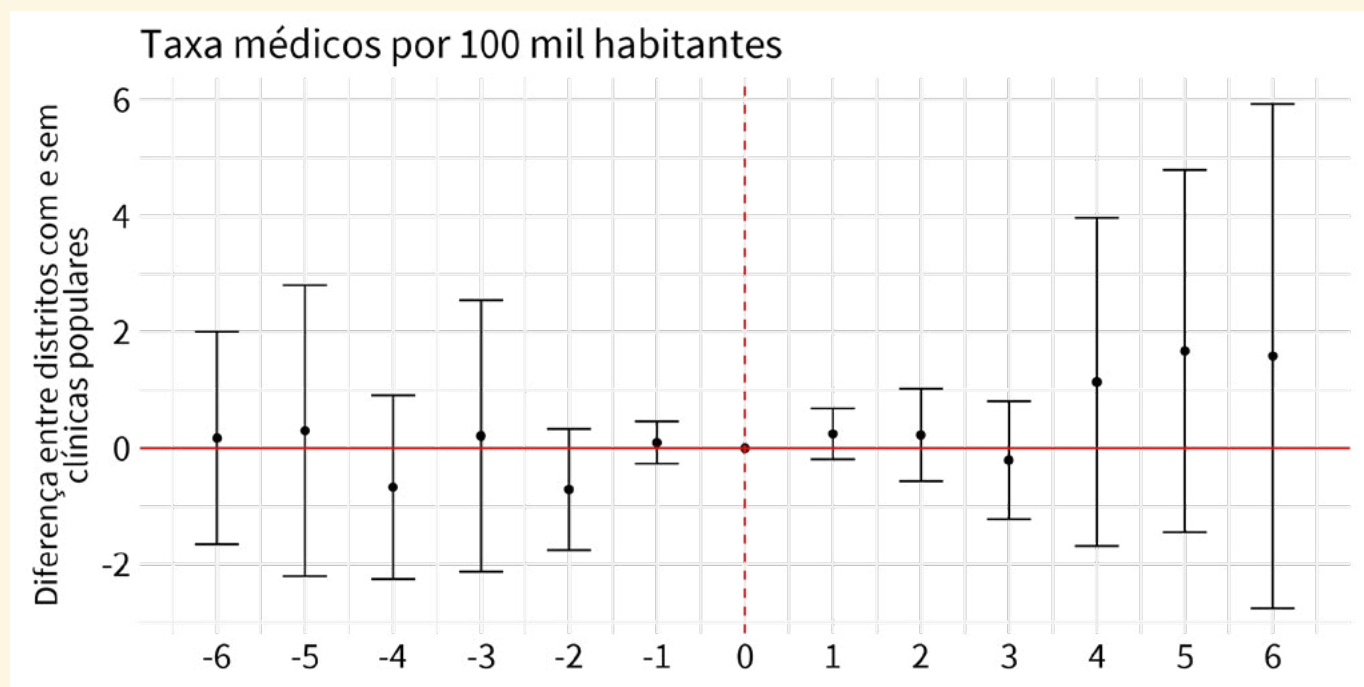
02.06.02.003-1 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

02.07.03.002-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR

02.04.03.018-8 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

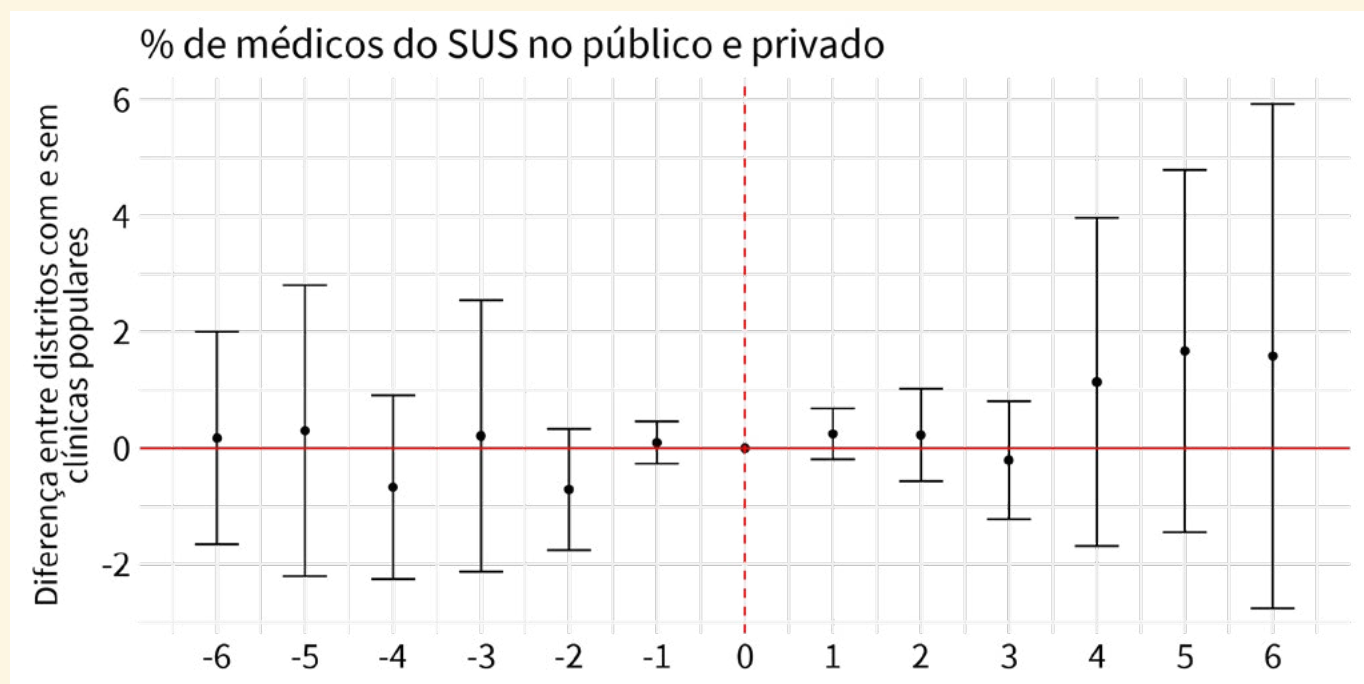
III – Entrada de clínicas populares e disponibilidade de médicos – estudo de evento com diferenças em diferenças

FIGURA A1 – ENTRADA DE CLÍNICAS POPULARES E TAXA DE MÉDICOS POR 100 MIL HABITANTES



Notas: A Figura apresenta o coeficiente do efeito entre a entrada das clínicas populares e o total de médicos no SUS por distrito. Os pontos indicam o valor médio do coeficiente estimado, e as barras o intervalo de confiança de 95%.

FIGURA A2 – ENTRADA DE CLÍNICAS POPULARES E PROPORÇÃO DE MÉDICOS DO SUS TRABALHANDO CONCOMITANTEMENTE NA INICIA-TIVA PRIVADA



Notas: A Figura apresenta o coeficiente do efeito entre a entrada das clínicas populares e o percentual de médicos no SUS por distrito que também trabalham na rede privada. Os pontos indicam o valor médio do coeficiente estimado, e as barras o intervalo de confiança de 95%.



Gestão privada de serviços públicos de saúde: Evidência do modelo de OSS no Brasil

AUTORES

Maira Coube (FGV EAESP)

Luiz Felipe Fontes (Insper)

Rudi Rocha (FGV EAESP e IEPS)

Sumário Executivo

Este estudo apresenta uma análise abrangente do modelo de Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Brasil, uma abordagem que terceiriza a gestão de serviços públicos de saúde para entidades sem fins lucrativos, incluindo incentivos de pagamento por desempenho.

Primeiramente, analisamos a adoção e expansão do modelo de OSS no Brasil. 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.

A segunda parte do capítulo concentra-se no setor hospitalar, onde a política foi inicialmente adotada e mais amplamente expandida, e avalia o impacto da transferência da gestão de hospitais públicos, utilizando uma metodologia econométrica de impacto causal para isolar o efeito da gestão por OSS. Os resultados indicam que, após a implementação do modelo OSS, os hospitais aumentam a produção em resposta a metas de pagamento, com uma parte substancial desse aumento decorrendo da utilização mais eficiente dos leitos. 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 equivalente, em média, 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%, respectivamente, nos cinco anos seguintes à transição de um hospital público para a gestão OSS.

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, incluindo a intensificação de recursos, a mudança na composição da força de trabalho e a escolha de regimes de trabalho que aumentam a flexibilidade de contratação. Observamos 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. Mais importante, essa eficiência operacional aumentada não compromete a qualidade do atendimento, 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 a migração de pacientes entre hospitais no sistema local de saúde.

Além disso, 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. 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 custo-efetividade sugere que a transição para a gestão OSS é mais vantajosa em comparação a uma expansão equivalente do modelo tradicional de administração direta, e isso é válido mesmo para as menos experientes.

Importante reforçar que a avaliação de impacto descrita acima se concentrou no setor hospitalar, e que as estimativas se referem a efeitos de tratamento médios. As conclusões não podem ser estendidas a outros serviços, e naturalmente a performance dos serviços hospitalares pode variar entre unidades hospitalares específicas. As conclusões, no entanto, apontam para padrões mais gerais e relevantes da gestão por OSS.

As análises deste capítulo nos direcionaram a uma lista de recomendações para as políticas de saúde, descritas abaixo:

1. Expansão do modelo OSS: a expansão do modelo OSS será tão mais custo-efetiva quanto melhor for a seleção de gestores, preferencialmente

em direção a entidades com experiência comprovada em administração de serviços de saúde.

2. Fortalecimento da governança e supervisão: Para garantir que os ganhos de eficiência não venham às custas da qualidade do atendimento, é essencial fortalecer os mecanismos de governança e supervisão. Isso inclui a definição clara de metas de qualidade e a implementação de sistemas robustos 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.

3. Aperfeiçoamento dos contratos: Revisar e aperfeiçoar os contratos de gestão, incluindo cláusulas que alinhem melhor os incentivos financeiros às metas de qualidade, aumentando a representatividade de indicadores de qualidade no sistema de pagamento e assegurando o uso contínuo das mesmas medidas por mais tempo e associadas a resultados de saúde, como readmissão hospitalar e infecção hospitalar. Atualmente 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.

4. Avaliação contínua: Continuar a realizar avaliações rigorosas do modelo OSS. Áreas para pesquisas futuras incluem analisar o perfil dos gestores das OSS, as práticas de gestão utilizadas e os efeitos do modelo OSS em outros serviços de saúde, como Unidades de Pronto Atendimento e atenção básica. Também é necessário expandir os estudos sobre custos e custo-efetividade utilizando dados de outras regiões do Brasil. Por fim, neste estudo não examinamos a maneira pela qual os serviços administrados por OSS são integrados aos sistemas de regulação locais ou regionais. Esta integração é fundamental para ganhos de performance, eficiência e escala em sistemas de saúde. Uma governança adequada do sistema de saúde deve induzir que os serviços de saúde sigam em direção a melhor integração e coordenação em nível regional.

8.1

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é um sistema universal e gratuito, projetado para garantir acesso integral à saúde e para toda a população. Apesar de avanços notáveis nas últimas décadas, o SUS continua enfrentando desafios significativos (Castro et al., 2019), agravados por restrições fiscais e pelo aumento contínuo da demanda devido ao envelhecimento populacional e aumento de custos médicos (Rocha et al., 2021). Nesse cenário, torna-se importante a busca por melhorias de eficiência no sistema.

Em resposta a esses desafios, o governo brasileiro adotou o modelo de Organizações Sociais de Saúde (OSS) por meio da Lei Federal nº 9637 de 1998. Esse modelo transfere a gestão de serviços de saúde pública a entidades privadas sem fins lucrativos, estabelecendo contratos que vinculam pagamentos ao cumprimento de metas de desempenho. Ao contrário de outros arranjos de terceirização no setor público de saúde (Paim et al., 2011), as OSS são remuneradas com base em metas de volume e qualidade, além de operarem em um ambiente regulatório semelhante ao do setor privado, o que lhes confere maior flexibilidade na alocação de recursos e gestão de pessoal (La Forgia e Couttolenc, 2009; Ireland et al., 2016).

A adoção do modelo OSS no Brasil também se insere em um esforço mais amplo de modernização do setor público, visando aumentar a flexibilidade na contratação e prestação de serviços, conciliando a busca por produtividade com a participação civil (Sano e Abrucio, 2008; Barbosa e Elias, 2010). Nas unidades sob gestão direta do Estado, a burocracia e a rigidez na contratação de mão de obra podem limitar ganhos de eficiência (La Forgia e Couttolenc, 2009; Malik et al., 2021). Além disso, o modelo OSS foi impulsionado pela necessidade de entes da federação cumprirem novas legislações fiscais,¹ induzindo a expansão dos serviços públicos, como exemplificado em São Paulo, onde as OSS facilitaram a operação de novos hospitais (Sano e Abrucio, 2008).

As OSS têm se expandido significativamente no Brasil, assumindo a gestão de uma proporção crescente de serviços de saúde, desde hospitais

1 A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) de 2000 introduziu medidas para controlar e limitar os gastos públicos, sendo um deles o limite para despesas com pessoal sobre a receita corrente líquida. No caso de estados e municípios, o teto era de 60%.

e unidades de pronto atendimento (UPAs) até unidades básicas de saúde e serviços de atenção especializada. Essa expansão é mais notável em regiões de renda per capita mais alta, onde a demanda por serviços de saúde é maior e há uma infraestrutura mais ampla de serviços e recursos humanos (Barcelos et al., 2022). No entanto, a evidência empírica sobre os resultados das OSS ainda é limitada e se concentra principalmente em estudos descritivos sobre o desempenho das OSS no estado de São Paulo (Ravioli et al., 2018; La Forgia e Harding, 2009; Greve e Coelho, 2017).

No contexto global, apesar de a privatização e as parcerias público-privadas terem sido cada vez mais utilizadas como alternativas para a provisão de serviços públicos (Megginson, 2017; Koppenjan e Enserink, 2009), as evidências sobre a eficácia desses modelos de terceirização de serviços públicos, especificamente na saúde, é incipiente, com alguns estudos robustos metodologicamente, mas predominantemente focados em países desenvolvidos. Por exemplo, Duggan et al. (2023) avaliaram a terceirização dos serviços hospitalares nos Estados Unidos. Os resultados indicam que os hospitais que passaram para a gestão privada aumentaram os lucros, mas reduziram sua força de trabalho e sua produção, limitando o acesso aos hospitais entre pacientes de baixa renda. De forma semelhante, Heimeshoff et al. (2014) investigaram os efeitos da privatização de hospitais sobre o emprego na Alemanha, encontrando uma redução significativa na força de trabalho dos hospitais privatizados. Outros estudos examinaram a terceirização de serviços de ambulância e cuidados para idosos na Suécia (Knutsson e Tyrefors, 2022; Bergman et al., 2016). Em geral, essas pesquisas sugerem que a terceirização tende a aumentar a eficiência, embora frequentemente às custas da redução de empregos, com efeitos variados na qualidade dos serviços. Nesse contexto, questionamos se é possível que a combinação de terceirização para organizações privadas sem fins lucrativos e pagamento por desempenho – pilares do modelo de gestão por OSS – aumente a eficiência sem sacrificar a qualidade ou a equidade.

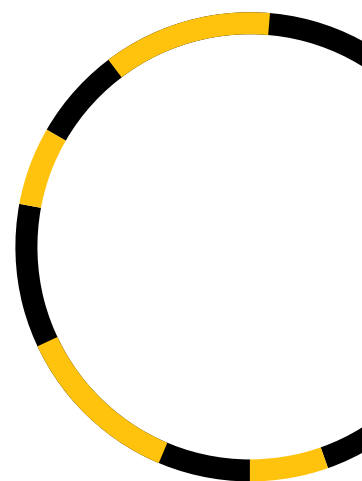
Responder a essa questão requer uma avaliação do impacto do modelo de gestão por OSS. Isso implica na capacidade de isolar o impacto específico da gestão por OSS das variações contextuais e das condições pré-existentes dos serviços de saúde. Para isso, utilizaremos um método econométrico (diferença-em-diferenças, DiD) que tem sido amplamente utilizado em estudos internacionais sobre privatização e propriedade (Olsson e Tag, 2017; Eliason et al., 2020; Arnold, 2022; Duggan et al., 2023; Olsson e Tag, 2024). Esse método permite comparar as mudanças em serviços que adotaram o modelo OSS com aqueles que permaneceram sob gestão pública, controlando por diversas covariáveis por meio do pareamento por escore de propensão. A eficácia dessa abordagem depende de uma base de dados robusta, com informações detalhadas dos períodos antes e pós-transição para o modelo OSS, algo que se tornou possível graças à disponibilidade de dados que identificam os estabelecimentos geridos por OSS no Brasil.² Além disso, uma análise mais precisa dos impactos dessa forma de gestão possibilita compreender as dinâmicas e os fatores que contribuem para o

2 Especificamente, utilizamos dados do Portal do Banco de Dados das Organizações Sociais de Saúde (BDOSS), compilados pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde e Crime (GEESC) da Universidade de Minas Gerais (UFMG) em colaboração com o Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde (IBROSS).

diferencial de desempenho das OSS, oferecendo recomendações valiosas para o desenho de políticas públicas.

Este capítulo tem dois objetivos principais: primeiro, fornecer uma análise descritiva abrangente sobre a adoção e expansão das OSS no Brasil até 2022, abordando os tipos de serviços geridos, a diversidade das entidades envolvidas e as características dos contratos de gestão. O segundo objetivo é preencher a lacuna existente na avaliação do impacto de modelos de terceirização de serviços públicos, especialmente em países em desenvolvimento, que frequentemente enfrentam desafios no desenho e execução de contratos (Odendaal et al., 2018). Este estudo se concentra no impacto do modelo OSS nos hospitais no Brasil, onde a política foi inicialmente adotada e amplamente expandida. Comparado a outros estudos sobre terceirização de cuidados hospitalares, este capítulo examina um conjunto mais amplo de resultados e inova ao avaliar a qualidade do atendimento e as estratégias de gerenciamento de recursos hospitalares.

O restante deste capítulo está estruturado da seguinte forma. A Seção 2 descreve uma caracterização geral da expansão do modelo OSS no Brasil e o perfil dos contratos OSS. A Seção 3 analisa o impacto do modelo OSS nos serviços hospitalares. A Seção 4 conclui.



8.2

Análise Descritiva: Caracterização e Contrato

8.2.1. Caracterização das OSS no Brasil

Até 2022, aproximadamente 1700 estabelecimentos de saúde no Brasil eram geridos por OSS, segundo dados da Base de Dados de Organizações Sociais de Saúde (BDOSS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).³ Esses estabelecimentos abrangem uma ampla gama de serviços de saúde, desde a atenção primária até a especializada, incluindo hospitais e unidades de pronto atendimento (UPAs). A **FIGURA 1** apresenta o total de estabelecimentos de saúde geridos por OSS, categorizados por tipo de serviço, e a **FIGURA 2** ilustra a proporção desses estabelecimentos em relação ao total de estabelecimentos públicos, independentemente do tipo de gestão. Dos 1700 estabelecimentos geridos por OSS em 2022, a maior parte era composta por unidades básicas de saúde ou postos de saúde (897 unidades, ou 52,8%), embora representassem apenas 1,8% do total de estabelecimentos públicos desse tipo de serviço. De maneira similar, CAPS e ambulatorios especializados somavam 220 unidades geridas por OSS (13,0%), representando apenas 2,3% do total de serviços públicos dessa categoria. Em contrapartida, observa-se uma presença significativa de OSS na gestão de hospitais e serviços de urgência e emergência (UPA/Pronto Socorros). Em 2022, havia 248 hospitais e 194 UPA/Pronto Socorros geridos por OSS, correspondendo a cerca de 9% dos hospitais públicos e 12% dos serviços de urgência e emergência.

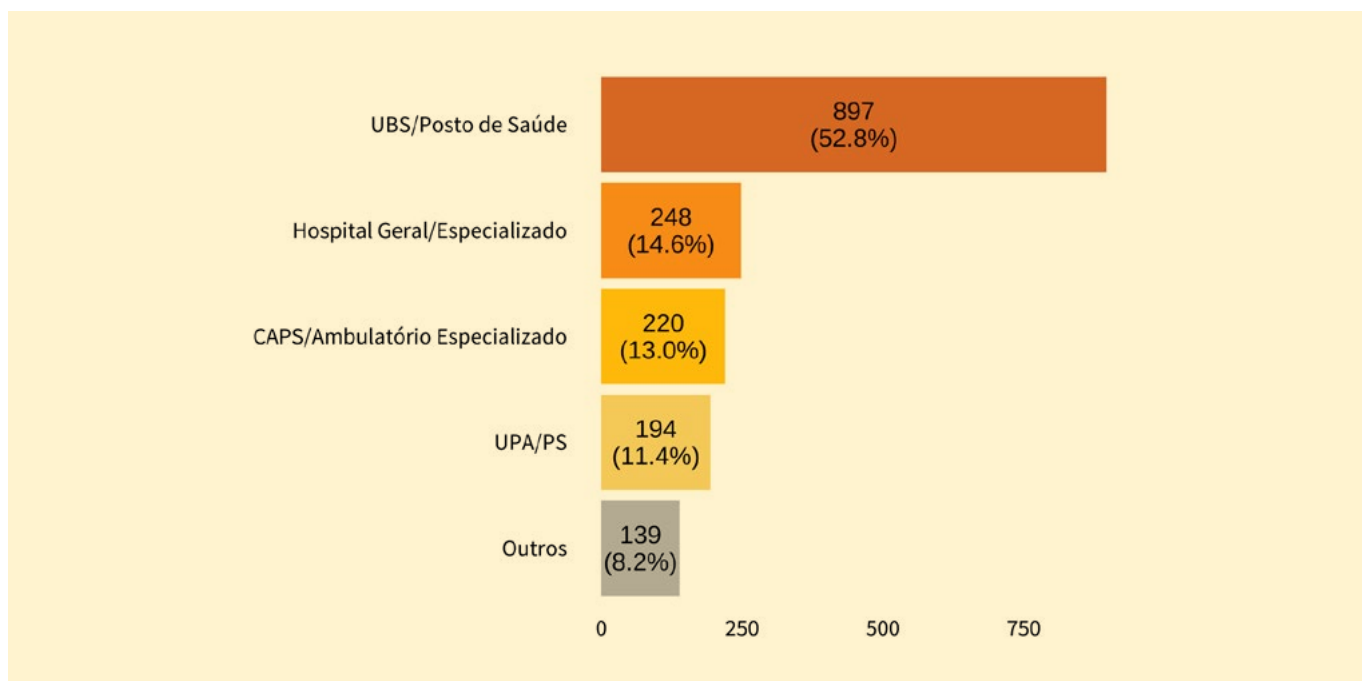
A categoria “Outros” inclui 139 estabelecimentos de saúde (8,9% do total gerido por OSS), abrangendo uma variedade de tipos de serviços, como Unidade Mista, Unidade de Apoio de Diagnose e Terapia, Telesaúde, Laboratório de Saúde Pública, Unidade Móvel, Hospital-Dia, Home Care, Hematoterápica, Policlínica, entre outras. A representatividade de cada serviço no total de serviços públicos é geralmente baixa, com exceção dos Hospitais-Dia, que contabilizavam 19 unidades geridas por OSS, representando aproximadamente 33% do total de estabelecimentos públicos desse tipo (Barcelos et al., 2022).

3 A base da BDOSS possuía 1.874 estabelecimentos de saúde geridos por OSS no Brasil em sua última atualização, 22/agosto/2023. Deste total, 154 unidades não apresentam o ano em que se tornou OSS na base do BDOSS e 22 não existiam na base do CNES em 2022. Mais informações sobre a criação da BDOSS estão apresentadas na Subseção 3.2

A contratação de OSS para a gestão desses serviços varia de acordo com a esfera administrativa. A **FIGURA 3** apresenta a proporção dos estabelecimentos geridos por OSS, por tipo de gestor público. Observamos que a maioria dos contratos de OSS é firmada com municípios, exceto no caso dos hospitais, onde predominam os contratos com gestores estaduais. Por exemplo, enquanto 100% dos contratos de OSS para UBS/Postos de Saúde são realizados sob gestão municipal, apenas 32,7% dos contratos para hospitais seguem essa lógica, sendo a maioria firmados com o Estado.

Em relação às entidades gestoras OSS, estas participam de editais de licitação para gerir os estabelecimentos de saúde, podendo ganhar contratos com municípios e estados em diferentes regiões do país e para diferentes tipos de serviços. Essas organizações incluem entidades filantrópicas religiosas, fundações ligadas à saúde ou à educação (escolas de medicina), e, em menor medida, OSS associadas a grupos empresariais (Contreiras e Matta, 2015; Morais et al., 2018). Muitas dessas organizações já prestavam serviços ao governo, mas outras formas de contratação. O contrato via OSS, embora envolva uma gestão operacional distinta e riscos contratuais específicos, pode ser mais vantajoso do que outras formas de contratação, que utilizam a tabela SUS com valores de reembolso geralmente defasados em relação ao custo real dos serviços (La Forgia e Couttolenc, 2009; Mansur et al., 2021).⁴

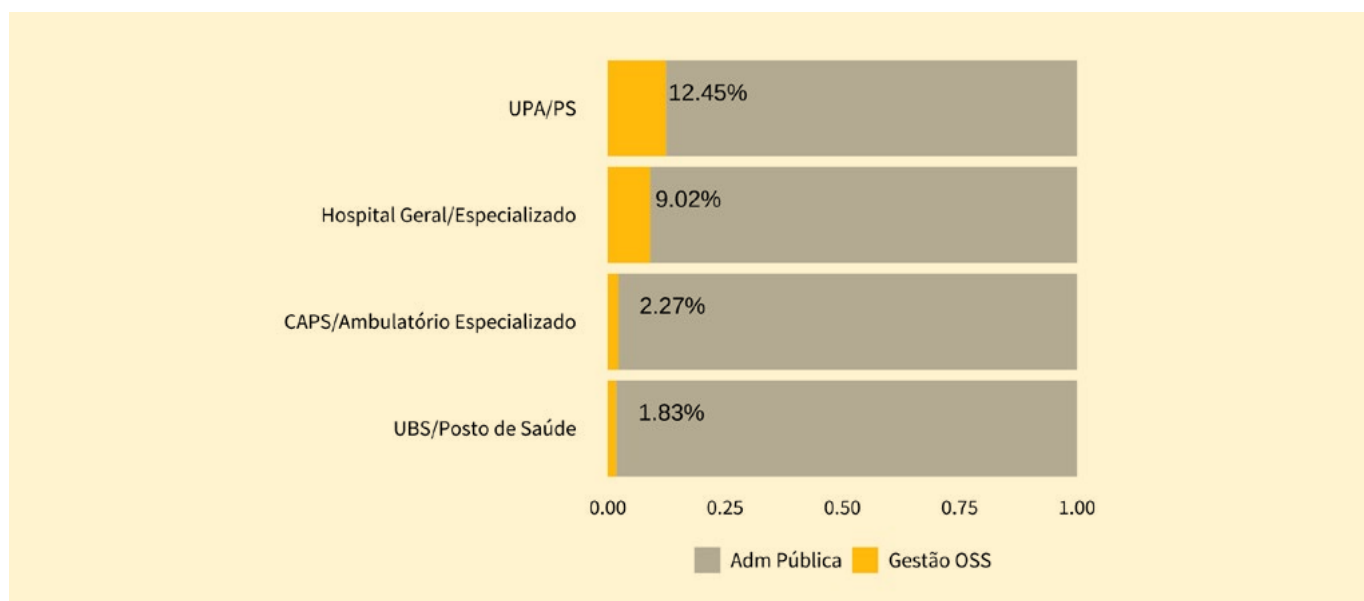
FIGURA 1 - ESTABELECIMENTOS GERIDOS POR OSS POR TIPO DE SERVIÇO (2022)



Fonte de dados: BDOSS e CNES (2022).

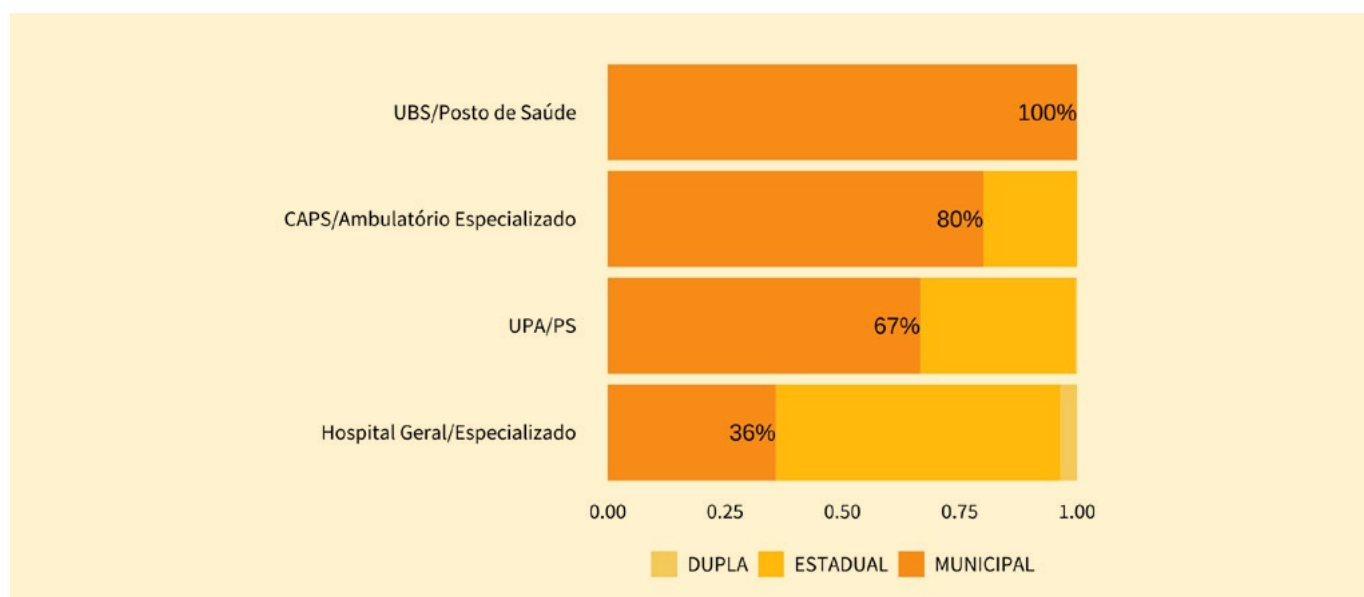
4 Muitas dessas entidades gestoras possuem o certificado de filantropia e, portanto, usufruem de benefícios fiscais, que prevê como contrapartida a prestação de 60% dos atendimentos para o setor público (Morais et al., 2018).

FIGURA 2 - ESTABELECIMENTOS GERIDOS POR OSS COMO PROPORÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS TOTAIS (2022)



Fonte de dados: BDOSS e CNES (2022).

FIGURA 3 - PROPORÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS GERIDOS POR OSS POR TIPO DE GESTOR PÚBLICO (2022)



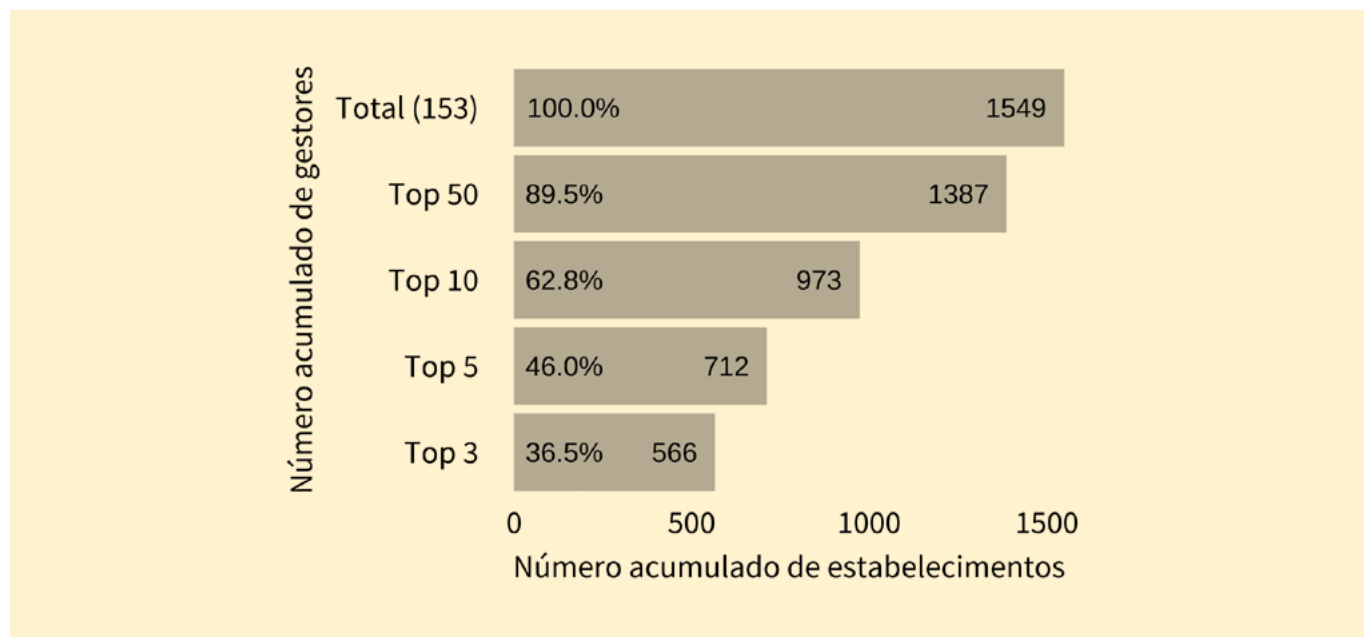
Fonte de dados: BDOSS e CNES (2022).

A **FIGURA 4** mostra a distribuição acumulada dos estabelecimentos geridos por OSS pelos gestores de OSS.⁵ Existem 153 entidades gestoras OSS com algum estabelecimento de saúde sob sua gestão identificado na BDOSS. Desse total, 103 OSS geriam 162 unidades, ou seja, praticamente um estabelecimento de saúde por gestor. Em contraste, apenas 10 OSS eram responsáveis por gerir 63% do total de estabelecimentos administrados

5 A informação de quem era o gestor OSS da unidade está identificada na base BDOSS para 1.549 unidades, ou 91% do total de estabelecimentos de saúde geridos por OSS no Brasil em 2022. Ela refere-se ao gestor mais recente de acordo com a última atualização da base que foi em 22/agosto/2023.

por OSS no Brasil em 2022. As três maiores OSS administravam 566 estabelecimentos, ou 37% do total, destacando-se a Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM), a maior gestora OSS do Brasil, que geria 370 estabelecimentos de saúde distribuídos por diversos serviços e regiões do país.

FIGURA 4 - DISTRIBUIÇÃO ACUMULADA DE ESTABELECIMENTOS POR GESTORES DE OSS (2022)



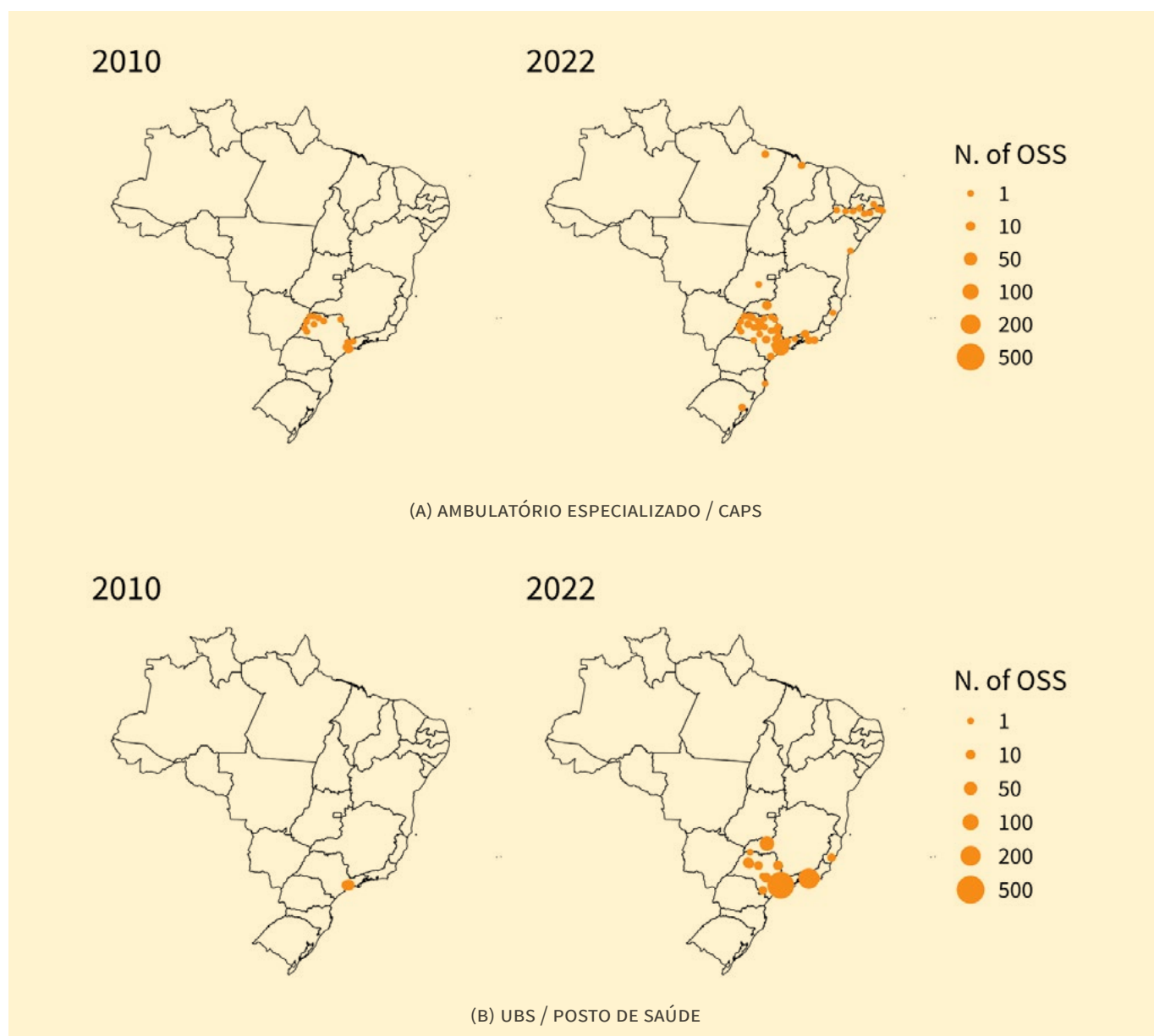
Nota: A informação de quem era o gestor OSS da unidade está identificada na base BDOSS para 1.549 unidades, ou 91% do total de estabelecimentos de saúde geridos por OSS no Brasil em 2022. Fonte de dados: BDOSS e CNES.

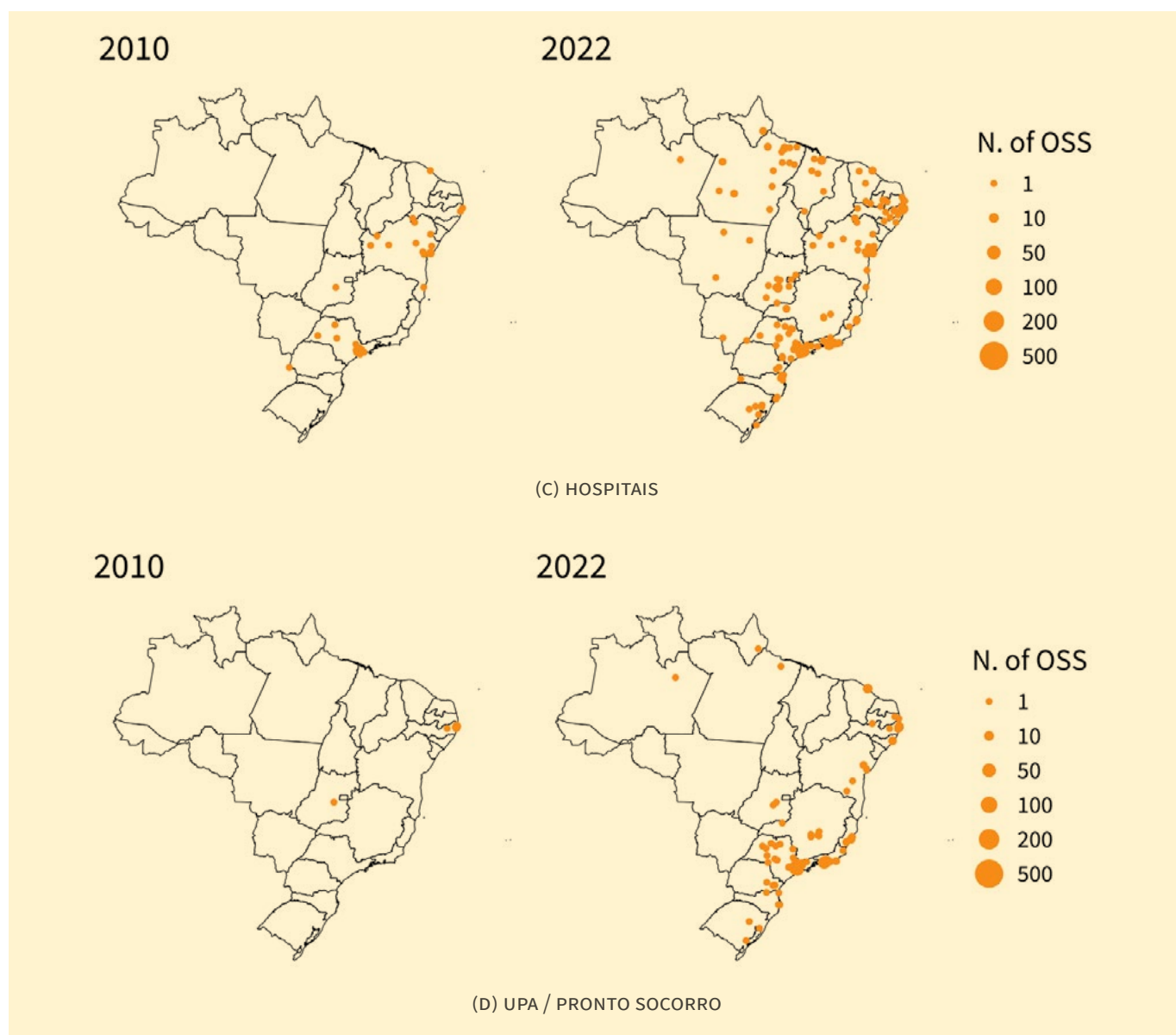
A expansão geográfica do modelo OSS, desde sua introdução, ocorreu em todos os tipos de serviço, especialmente em regiões de maior desenvolvimento socioeconômico. A **FIGURA 5** mostra a distribuição espacial e expansão dos estabelecimentos geridos por OSS por tipo de serviço em 2010 e 2022. Em geral, apesar da dispersão ao longo do tempo em todo o país, a maior concentração de serviços geridos por OSS está na região Sudeste. Em 2022, vinte estados brasileiros, além do Distrito Federal, possuíam algum estabelecimento gerido por OSS, sendo as maiores concentrações nos estados de São Paulo (60,0%), Rio de Janeiro (21,0%) e Minas Gerais (6,0%). Comparativamente, em 2010, apenas seis estados brasileiros tinham estabelecimentos geridos por OSS, com destaque para São Paulo (77,0%), Bahia (10,7%) e Pernambuco (9,2%). O estado da Bahia foi um dos pioneiros na implementação do modelo de OSS, mas, ao contrário de São Paulo, a expansão não foi tão expressiva. Da mesma forma, as regiões Norte e Centro-Oeste, com exceção do Pará e de Goiás, registraram poucos estabelecimentos sob gestão de OSS.

Analisando a expansão por tipo de serviço, observamos diferentes padrões de disseminação. Por exemplo, a expansão da atenção especializada (PAINEL A) e da atenção primária (PAINEL B) mostra maior adoção do modelo de OSS nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. No entanto, enquanto a gestão de UBS/Postos de Saúde por OSS se manteve concentrada nesses três estados (com algumas unidades no Espírito

Santo), os ambulatórios especializados/CAPS estavam presentes em 12 estados brasileiros, com destaque também para Pernambuco, além dos três estados do Sudeste mencionados. No caso dos hospitais (PAINEL C), a gestão por OSS, inicialmente concentrada nos estados de São Paulo e Bahia, se expandiu significativamente, com apenas sete estados não contando com pelo menos um hospital gerido por OSS em 2022. Novamente, São Paulo se destaca com 31,6% dos hospitais sob gestão de OSS, seguido do Rio de Janeiro (13,3%), Bahia (8,9%) e Pará (8,5%). A expansão de UPAs e Prontos Socorros (PAINEL D) teve início em Pernambuco, mas se disseminou significativamente, com estabelecimentos geridos por OSS em 16 estados brasileiros em 2022. De modo geral, os hospitais foram o tipo de serviço com maior dispersão do modelo de OSS no Brasil, sendo São Paulo o estado onde essa gestão tem se mostrado particularmente bem-sucedida (Sano e Abrucio, 2008).

FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ESTABELECIMENTOS GERIDOS POR OSS POR TIPO DE SERVIÇO (2010 E 2022)





Nota: Os mapas representam a distribuição do número de estabelecimentos geridos por OSS por tipo de serviço nos Estados do Brasil em 2010 e 2022. Fonte de dados: BDOSS e CNES (2022).

Finalmente, podemos classificar os estabelecimentos geridos por OSS em “sempre OSS” (aqueles geridos por OSS desde a sua fundação) ou em “switchers” (aqueles que migraram de um modelo de gestão pública para gestão por OSS). A **FIGURA 6** mostra a distribuição dos estabelecimentos geridos por OSS por ano de transição para esse modelo entre 2005 e 2022. Apesar da regulamentação para esse tipo de gestão existir desde 1998, em 2005 havia contratos desse tipo apenas para gestão de hospitais, todos celebrados desde a fundação das unidades. Outros tipos de serviço começaram a adotar o modelo OSS em 2008, com um pico de crescimento em 2015, especialmente entre as unidades *switchers*, indicando uma tendência de migração para esse modelo de gestão. No caso dos hospitais, em 2005 havia 24 unidades sob gestão OSS, número que aumentou dez vezes até 2022, totalizando 258 hospitais, sendo dois terços desses hospitais *switchers*.⁶

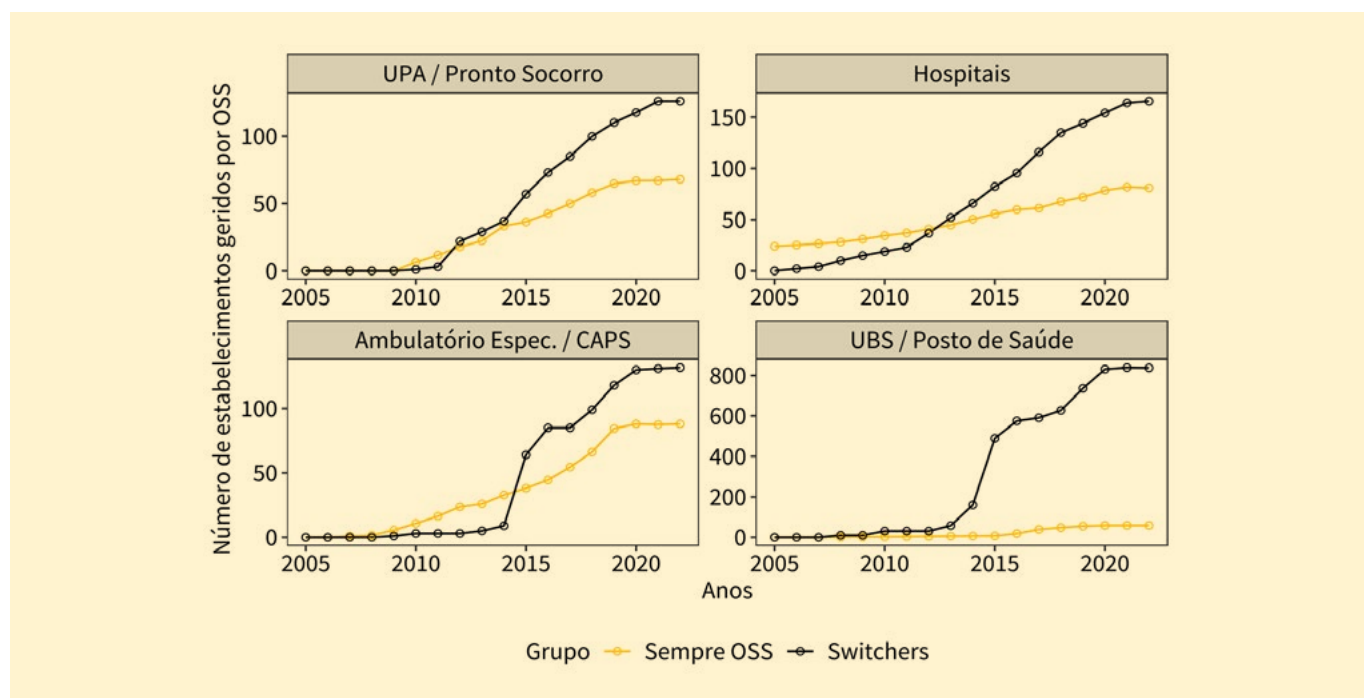
6 Quando analisamos o caso dos hospitais na Seção 3, os hospitais categorizados como switchers são centrais para nossa análise por apresentarem um período pré-transição, um aspecto crítico para implementação do nosso método de análise.

Este panorama destaca o crescente papel das OSS na gestão dos serviços de saúde pública no Brasil, tornando imperativa uma análise aprofundada do impacto do modelo OSS. Avaliar esse impacto é crucial não apenas para entender os benefícios e desafios atuais, mas também para embasar decisões sobre sua futura expansão e otimização.

8.2.2. O contrato de OSS

As OSSs são contratadas diretamente pelas secretarias de saúde locais, municipais e/ou estaduais, através de um contrato renovável de um, cinco ou vinte anos, que especifica um orçamento global de custeio para gerir os estabelecimentos de saúde, o volume de produção de diferentes serviços a serem realizados anualmente, bem como metas de qualidade usadas para pagamento. Os contratos de gestão podem variar em alguns parâmetros específicos dependendo do tipo de serviço ou do gestor público (se municipal ou estadual), mas em geral, seguem um padrão semelhante.

FIGURA 6 - ESTABELECIMENTOS GERIDOS POR OSS, POR ANO EM QUE SE TORNARAM OSS ENTRE 2005-2022



Fonte de dados: BDOSS e CNES (2022).

Os contratos OSS estabelecem tanto metas de volume quanto de qualidade do cuidado dentro de um orçamento global de custeio que opera da seguinte forma. Em geral, a alocação mensal de 90-95% do orçamento global é baseada na obtenção de metas de volume. Se o estabelecimento de saúde alcançar entre 85-100% ou exceder a meta de volume, o orçamento total é desembolsado. Se o mesmo alcançar entre 70-85%, o orçamento mensal pode ser reduzido em até 10%. No caso de o estabelecimento alcançar menos de 70% da meta de volume, o orçamento pode ser reduzido em até 30%. Ajustes nas metas de volume são feitos a cada seis meses durante a avaliação de metas quantitativas. Os 5-10% restantes do orçamento global da OSS são desembolsados trimestralmente e dependem do atingimento de indicadores de qualidade (no caso das UPAs, o atingimento de metas de

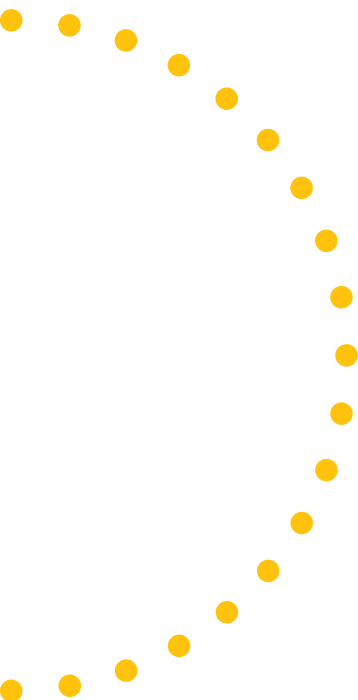
qualidade não tem impacto financeiro). Esses indicadores podem variar anualmente, e, conseqüentemente, novos indicadores são introduzidos para fins financeiros enquanto os antigos continuam a ser monitorados sem qualquer impacto financeiro. No caso de contratos para prestação de serviços de atenção primária ou de redes ambulatoriais/CAPS, o contrato de gestão também especifica uma equipe mínima. A **TABELA A1** do Apêndice resume algumas das principais características dos contratos por tipo de serviço.

Aos gestores das OSS é concedida maior flexibilidade para gerir insumos e recursos humanos do que os serviços geridos diretamente pelo estado e/ou município, enquanto são responsabilizados por meio dos contratos baseados em desempenho. Essa maior flexibilidade reflete-se principalmente na maior autonomia para gerir orçamentos e insumos para administrar as instalações, bem como regras menos rígidas sobre contratação de recursos humanos (por exemplo, não necessita realizar concursos públicos). No entanto, não podem cobrar taxas ou tratar pacientes privados, e quaisquer economias orçamentárias têm de ser reinvestidas em melhorias de serviço ou devolvidas para o ente público. Para ser qualificada como uma OSS, a organização privada sem fins lucrativos é obrigada a ter pelo menos 5 anos de experiência na administração de serviços de saúde. Por meio de um processo de licitação, o melhor operador é escolhido pela Secretaria de Saúde com base nos custos estimados para operação, experiência da entidade nas áreas de atividade solicitadas e plano através do qual os serviços serão organizados. Cabe às Secretarias de Saúde negociarem o contrato de gestão com as OSS, além de fiscalizar, controlar e verificar seus resultados (Barcelos et al., 2022).

Para entender mais a fundo como funciona o contrato de gestão, vamos analisar o caso dos contratos de gestão com hospitais. Com relação às metas de volume, elas são divididas em cinco modalidades de serviço de saúde: atendimento hospitalar (cirúrgico e não cirúrgico), hospital-dia, atendimento ambulatorial, atendimento de urgência e emergência e exames diagnósticos. O volume é medido por número de consultas, internações ou número de procedimentos diagnósticos. O orçamento global é alcançado atribuindo um peso percentual a cada modalidade de serviço, estabelecido de acordo com o tamanho e capacidade do hospital. As metas de qualidade geralmente referem-se a (1) qualidade do cuidado (ex. porcentagem de redução de infecção adquirida no hospital, funcionamento pleno das comissões de óbitos, de ética médica e de controle de infecção hospitalar), (2) satisfação do paciente (baseada em pesquisas), (3) qualidade da informação reportada (ex. completude dos registros médicos), e (4) produtividade (ex. taxa de cirurgia, tempo médio de permanência para serviços específicos). Os indicadores de qualidade variam entre os quatro domínios e pesos percentuais diferentes são atribuídos.

Em termos de aditivos contratuais, eles podem ocorrer durante um contrato ativo e proporcionar oportunidades para o gestor da OSS e a secretaria de saúde renegociarem tanto os volumes quanto as metas de qualidade, potencialmente resultando em reduções ou aumentos. Embora isso implique que as metas dentro do período do contrato OSS sejam em alguma medida endógenos, os gestores de OSS não sabem antecipadamente se terão sucesso em solicitar uma redução nas metas no meio do contrato. Na prática,

as oportunidades mais viáveis para ajustes surgem não dentro dos contratos, mas entre os contratos. Ao definir metas para um novo contrato OSS, o governo baseia-se na produção passada. Por exemplo, se organizações sem fins lucrativos com restrições de capacidade estão preocupadas com metas agressivas, elas têm um incentivo claro para limitar a produção a um mínimo conveniente. Uma vez que uma recompensa financeira completa requer atingir metas de produção atuais, este é um candidato natural para tal volume mínimo conveniente de internações hospitalares. Como será discutido na Seção 3, os hospitais sob o modelo OSS parecem exibir comportamento consistente com essa hipótese.



8.3

Estudo de Caso: Hospitais

O objetivo desta seção é avaliar o impacto do modelo de OSS especificamente no contexto hospitalar. Como mencionado na Seção 2, os hospitais foram os primeiros a adotar esse modelo e apresentaram a maior expansão e dispersão geográfica em comparação aos outros serviços de saúde. Além disso, os hospitais são particularmente visados em esforços para melhorar a produtividade no sistema de saúde por duas razões principais. Primeiramente, as despesas hospitalares constituem uma fatia significativa do total de gastos em saúde no Brasil, chegando a aproximadamente 36% entre 2012 e 2014 (Ministério da Saúde, 2018). Em segundo lugar, o desempenho dos hospitais no Brasil tem sido apontado como ineficiente, especialmente no setor público (de Almeida Botega et al., 2020).

Esta análise está organizada nas seguintes subseções: A Subseção 3.1 examina as respostas esperadas dos hospitais à introdução do modelo de OSS. A Subseção 3.2 descreve os dados utilizados e apresenta nossa estratégia empírica para a análise. A Subseção 3.3 detalha os impactos observados do modelo OSS nos principais indicadores hospitalares e a Subseção 3.4 expande a análise para compreender os canais por onde os impactos ocorreram, e analisa a heterogeneidade dos resultados de acordo com a experiência das OSS. Por fim, na Subseção 3.5 estimamos e comparamos o custo da gestão por OSS.

8.3.1. Discussão conceitual: Respostas esperadas dos hospitais ao modelo de OSS

Nesta subseção, exploramos como os hospitais OSS podem ter respondido aos novos incentivos introduzidos pelo modelo. Primeiramente, espera-se que os hospitais reajam às metas estabelecidas no contrato de OSS. Para maximizar sua receita, é crucial que os hospitais atinjam as metas de produção, que representam a maior parte do valor do contrato (90-95%). Além disso, superar essas metas resulta em maiores custos ou na necessidade de renegociação do reembolso. Contudo, permanece incerta a medida em que os indicadores de qualidade, selecionados no contrato, contribuem para uma melhoria geral na qualidade do hospital. Tais indicadores carecem de um foco específico, estão dispersos entre diversas métricas, constituem uma parte menor do contrato (5-10%) e são constantemente substituídos

ao longo do tempo, o que limita o engajamento. Portanto, o desenho dos incentivos no contrato de OSS 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.

Adicionalmente, a capacidade de contratação de qualidade é inerentemente limitada em serviços complexos, como os hospitalares. Medir qualidade requer expertise em ajuste de risco e supervisão governamental robusta. Nesse contexto, o fato do modelo de OSS optar por entidades sem fins lucrativos para gerir o serviço público pode atenuar efeitos indesejáveis sobre a qualidade do cuidado, se essas organizações tiverem objetivos mais alinhados com o setor público, além de uma preocupação com a reputação, conforme indicado pela teoria, em vez de uma busca por maximização de lucro a todo custo (Eggleston, 2024). No entanto, não é possível testar se esse aspecto, isoladamente, explica nossos resultados. Apesar disso, discutimos a possível influência do *status* de organização sem fins lucrativos nos resultados encontrados.

Com relação às metas de volume, além de promoverem o aumento da produção, a forma como os hospitais atingem essas metas pode variar consideravelmente. Uma possibilidade é que os hospitais simplesmente aumentem a capacidade hospitalar para alcançar os objetivos estabelecidos, sem necessariamente obter ganhos de produtividade. Esse cenário representaria uma falha no desenho do contrato, resultando em um aumento potencial dos custos para o sistema. No entanto, o mais provável é que os contratos incentivem um aumento de produtividade para o cumprimento das metas, exigindo uma efetiva melhoria na gestão hospitalar, tanto em termos de recursos humanos quanto de recursos físicos. Compreender esses mecanismos é fundamental.

As respostas dos hospitais ao contrato de OSS também devem variar de acordo com a competência dos gestores. Embora a escolha do operador para assumir os hospitais públicos seja feita por meio de um concurso aberto, visando identificar os melhores candidatos, os critérios de seleção são simples (ter pelo menos 5 anos de experiência na administração de serviços de saúde e o *status* de entidade sem fins lucrativos). Gestores com maior experiência em administração hospitalar e maior capilaridade podem alcançar uma redução de custos mais significativa e uma melhor contratação de recursos humanos, em comparação aos menos experientes. Portanto, espera-se observar desempenhos variados, dependendo do nível de experiência dos gestores contratados.

Por fim, o modelo de OSS também pode impactar o desempenho geral do sistema de saúde, devido à potencial realocação de volumes e de morbidade/mortalidade entre as unidades de saúde no mesmo município. Evidências da Inglaterra sugerem que a produtividade dos hospitais públicos pode aumentar quando uma entidade sem fins lucrativos eficiente entra no mercado de saúde local (Cooper et al., 2018). No entanto, os aumentos nas internações hospitalares em hospitais sob o modelo OSS podem ocorrer à custa de internações em outros hospitais, mantendo inalterada a produtividade global do sistema de saúde público. Além disso, a realocação de um paciente para um hospital diferente pode ser prejudicial se o novo

8.3.2. Dados e Métodos

hospital for mais distante ou de qualidade inferior ao hospital público de origem, mas também pode representar uma melhoria se o hospital de origem oferecia serviços de qualidade relativamente mais baixa. As hipóteses de efeito esperado do modelo de OSS discutidos nesta seção e passíveis de análise serão exploradas mais adiante.

Combinamos registros de hospitalizações, recursos hospitalares e óbitos de todos os hospitais públicos do país. Como o tratamento é implementado no nível hospitalar, essa será nossa unidade primária de análise. Além disso, conduzimos algumas análises no nível do sistema de saúde, as quais discutimos mais detalhadamente na Subseção 3.4. Nossos dados abrangem o período de 2005 a 2022. Para mitigar a influência da pandemia de COVID-19, também realizamos análises excluindo dados após 2019. A base de dados final será longitudinal ao nível de hospitais-ano.

Hospitais tratados e de controle. Para identificar hospitais geridos por OSS, utilizamos dados do Portal do Banco de Dados das Organizações Sociais de Saúde (BDOSS), compilados pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde e Crime (GEESC) da Universidade de Minas Gerais (UFMG) em colaboração com o Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde (IBROSS). Este conjunto de dados é proveniente de três fontes principais: (1) O banco de dados levantado por Barcelos et al. (2022), que envolve codificação manual de hospitais OSS usando sites de departamentos de saúde estaduais e municipais, portais de transparência e a Pesquisa de Informações Municipais de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (2) Dados do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre contratos governamentais com OSS; (3) Buscas manuais adicionais em plataformas eletrônicas de departamentos de saúde estaduais e municipais e solicitações de informações por meio da Lei de Acesso à Informação. A partir dos dados do BDOSS, podemos identificar 258 hospitais que passaram para a gestão OSS sob o modelo de pagamento por desempenho. Após excluir 85 hospitais OSS recém-inaugurados e 59 hospitais switchers com problemas de dados,⁷ a amostra final tratada compreende 114 hospitais. Detalhes adicionais e verificações de robustez usando um painel equilibrado são apresentados no Apêndice C.

Os dados do BDOSS nos fornecem informações sobre códigos individuais para cada estabelecimento de saúde, que usamos para vincular a dois outros conjuntos de dados administrativos disponíveis publicamente pelo Datasus/Ministério da Saúde. O primeiro é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Este cadastro inclui dados detalhados sobre todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados no Brasil, abrangendo sua localização, os tipos de serviços prestados e recursos humanos e físicos. A partir deste conjunto de dados, identificamos o grupo inicial de unidades de controle, composto por todos os hospitais brasileiros gerenciados pelo governo, direta ou indiretamente (2.844 hospitais).

7 Como por exemplo, lacunas significativas de dados pré-tratamento, contrato de gestão apenas com alguma área específica do hospital e casos em que o hospital foi desativado em seguida à assinatura do contrato de gestão ou teve gestão de organização não pública ou contrato de convênio no período pré-tratamento

Desempenho hospitalar. Utilizamos dados administrativos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/Datasus), que inclui informações sobre todas as internações hospitalares cobertas pelo SUS. Este conjunto de dados fornece informações sobre idade do paciente, gênero, município e código postal de residência, causa da hospitalização (CID-10), valor pago por internação nos hospitais pelo SUS,⁸ se a internação hospitalar foi planejada ou urgente, o tipo de atendimento prestado (clínico, cirúrgico, obstétrico e outros), desfecho final (alta ou óbito), data de internação e alta hospitalar, e o código do estabelecimento de saúde onde ocorreu a internação.

Utilizamos esses dados para investigar a quantidade e a composição da produção hospitalar. Em algumas análises, classificamos as internações hospitalares como sensíveis ao atendimento de emergência (CSAE), com base nos critérios de Vashi et al. (2019). As internações ECSC referem-se a condições que geralmente são inevitáveis e graves, exigindo cuidados de emergência (por exemplo, ataques cardíacos, acidentes e pneumonia viral ou não identificada). A seleção para internação devido a essas condições também é improvável de ser discricionária (Card et al., 2009; Doyle Jr et al., 2015).

Para investigar mais a fundo o desempenho hospitalar, utilizamos medidas de produtividade e qualidade do atendimento comumente usadas por reguladores e pesquisadores (e.g. Gaynor et al., 2012; Bloom et al., 2015; Doyle Jr et al., 2015; Gupta, 2021; Otero and Muñoz, 2024). Especificamente, examinamos a eficiência operacional por meio de taxas de rotatividade de leitos, taxas de ocupação de leitos e tempo médio de permanência. Essas métricas representam o número médio de altas por leito hospitalar, a proporção de tempo disponível de leitos hospitalares efetivamente utilizado, e o número médio de dias de internação dos pacientes que tiveram alta, respectivamente. Maiores taxas de rotatividade e ocupação de leitos, juntamente com uma redução no tempo de permanência, indicam maior produtividade (Bloom et al., 2015).

Para avaliar a qualidade do atendimento, medimos as taxas de óbitos hospitalares e de readmissões. A taxa de óbito hospitalar é a proporção de hospitalizações que resultam na morte do paciente em comparação com a alta do paciente. A taxa de readmissão é a proporção de pacientes que receberam alta e foram novamente hospitalizados dentro de 30 dias⁹ e reflete casos potencialmente evitáveis.¹⁰ A medida usa o prazo de 30 dias após

8 O SUS reembolsa os hospitais afiliados por procedimento com base na tabela de preços nacionais gerenciada pelo Ministério da Saúde. As taxas geralmente estão bem abaixo dos custos hospitalares reais por procedimento (La Forgia e Couttolenc, 2009; Mansur et al., 2021). A taxa de reembolso do SUS está altamente correlacionada com o risco do paciente (Titinger et al., 2015). Neste artigo, usamos uma medida de reembolso do SUS por internação, convertida em reais de janeiro de 2023 usando o índice de preços ao consumidor.

9 No cálculo de readmissões, são excluídas do total de saídas hospitalares, hospitalizações que resultaram em morte, transferências para outros hospitais ou hospitalizações com diagnóstico principal de reabilitação, condições psiquiátricas e câncer. Nestes casos, as saídas hospitalares não são elegíveis a uma potencial readmissão ou correspondem a condições de saúde específicas, tratadas em centros específicos e com perfil de readmissão muito diferente da média dos pacientes. Seguimos medida similar à de readmissão hospitalar em 30 dias que faz parte de um programa de pagamento por desempenho nos EUA para melhoria da qualidade do cuidado hospitalar (Gupta, 2021).

10 Embora algumas readmissões sejam inevitáveis devido ao agravamento da doença, há um consenso na literatura clínica de que uma grande parcela das readmissões poderia ser prevenida com melhor qualidade do cuidado (Axon and Williams, 2011).

a alta do paciente porque reflete resultados que podem ser influenciados pelo cuidado hospitalar. Uma preocupação potencial é que mudanças na qualidade do hospital possam refletir uma seleção endógena de pacientes. O contexto de saúde pública brasileiro é particularmente adequado para essa análise porque o desenho institucional limita a seleção de pacientes. Os hospitais não podem rejeitar pacientes ou encaminhá-los para outros hospitais a seu critério. Consistente com isso, a Subseção 3.3.1 mostra que as OSS não alteraram a composição dos pacientes. Além disso, seguimos a literatura existente e focamos nas taxas de mortalidade e readmissão para condições que não deveriam ser afetadas pela seleção, conforme discutido acima.

Insumos hospitalares. Para investigar os efeitos da OSS nos recursos humanos e de capital, reunimos dados ao nível do hospital do CNES sobre o número de leitos, equipamentos médicos e pessoal por área de atuação. O pessoal é definido como o número de funcionários equivalentes a tempo integral. Geralmente, medimos o equipamento médico e o pessoal por leito hospitalar, pois eles comumente variam conforme o tamanho do hospital e são medidas padrão na literatura.

Utilizamos o CNES para investigar o arranjo de emprego dos trabalhadores hospitalares a partir deste conjunto de dados. Observamos três categorias. A primeira é “Celetista”, um regime flexível comumente utilizado pelo setor privado para a contratação de trabalhadores. Este arranjo oferece benefícios como indenização por rescisão e seguridade social. O segundo é “Estatutário”, um regime tipicamente utilizado por estabelecimentos públicos para contratação formal de funcionários. Este regime é menos flexível do que a CLT, especialmente em termos de contratação e demissão. Ele enfatiza a estabilidade no emprego para servidores públicos, tornando a rescisão desafiadora e frequentemente envolve um processo de exame público demorado para seleção de funcionários. Além disso, os salários são altamente rígidos: seus níveis e progressão geralmente são pré-estabelecidos e não podem ser vinculados a medidas de produtividade. A terceira é a categoria residual “Outros”, que engloba pessoal independente e além de estagiários e residentes. A contratação independente ocorre quando os hospitais contratam com empresas próprias dos médicos. Este tipo de contratação em princípio tende a oferecer maior flexibilidade para os hospitais, pois os médicos não são formalmente reconhecidos como funcionários e, portanto, não possuem os mesmos direitos e benefícios trabalhistas. Este arranjo confere tanto aos médicos quanto aos hospitais maior autonomia na determinação dos termos de seus contratos.

Estratégia empírica. O nosso objetivo é quantificar os efeitos causais do modelo OSS nos hospitais públicos afetados. Estamos interessados nos hospitais que fizeram a transição de gestão pública para OSS e não naqueles que já foram fundados sob a gestão OSS. Nosso foco é isolar o efeito da mudança de gestão, evitando confundi-lo com o efeito da criação de um novo hospital. Assim, utilizamos a transição escalonada de administração pública para a privada sem fins lucrativos entre os hospitais ao longo do tempo, em uma configuração de diferença-em-diferenças (DiD), seguindo a literatura recente sobre privatização e mudança de propriedade na saúde

8.3.3. Resultados
Principais

(Olsson e Tag, 2017; Eliason et al., 2020; Arnold, 2022; Duggan et al., 2023; Olsson e Tag, 2024). Em particular, adotamos as ferramentas de identificação, estimação e inferência propostas por Callaway e Sant’Anna (2021) em implementações escalonadas. Esse método permite controlar de maneira flexível diferenças de tratados e controles no período pré-tratamento. Como estamos preocupados com o fato de a implementação do modelo de OSS não ter sido aleatorizada, para distinguir corretamente causa e efeito, precisamos utilizar modelos estatísticos que levem em conta essas diferenças. Detalhes sobre a nossa estratégia empírica estão apresentados no Apêndice B.

Apresentamos nossos principais resultados em forma gráfica, plotando em uma única figura os efeitos do tratamento (média dos cinco períodos pós-tratamento), os efeitos placebo (média dos cinco períodos pré-tratamento) e seus intervalos de confiança de 95%. No texto, relatamos os erros padrão entre parênteses. A medida de base (*baseline*) refere-se ao valor médio da variável no período pré-tratamento. A análise de robustez dos resultados apresentados abaixo está disponível no Apêndice C.

8.3.3.1. Produção Hospitalar

A **FIGURA 7** e a **TABELA 1** apresentam os efeitos do modelo OSS nas internações hospitalares. Observamos que a transição de um hospital público de administração direta para a gestão OSS leva a um aumento acentuado nas internações hospitalares. O efeito médio é de 1312 (d.p., 288) por ano nos dois anos seguintes à transição, com um aumento para 1577 (e.p., 357) por ano após cinco anos. Isso equivale a um efeito correspondente a 39% em relação à média no período pré-tratamento. Esse padrão persiste em diferentes tipos de cuidados hospitalares, incluindo cirúrgicos, clínicos, obstétricos e outras categorias. Todos experimentam um aumento acentuado após a gestão OSS, proporcional às suas contribuições para as internações totais.

A **TABELA 1** mostra adicionalmente que o impacto positivo nas internações persiste em diferentes tipos de cuidados internados, incluindo categorias cirúrgicas, clínicas, obstétricas e outras. Todas experimentam um aumento acentuado após a gestão por OSS, proporcional às suas contribuições para as internações gerais. Além disso, avaliamos uma classe específica de condições de saúde sensíveis a cuidados de emergência, não adiáveis, e associadas a alta morbidade e mortalidade. Nossa análise revela um aumento nas internações devido a essas condições após a implantação das OSS, totalizando 397 (d.p., 101). O impacto nas hospitalizações não devido às ECSC é de 1180 (d.p., 289), o equivalente a 39% da média no período pré-tratamento. Mais uma vez, esses resultados são consistentes com o que esperaríamos com base na distribuição inicial das internações hospitalares. Esses resultados, particularmente os aumentos proporcionais observados para condições mais e menos adiáveis, sugerem que os hospitais não estão alterando o tipo de atendimento que fornecem para atender às metas a um custo menor. Isso está alinhado com a estrutura dos contratos de OSS, que

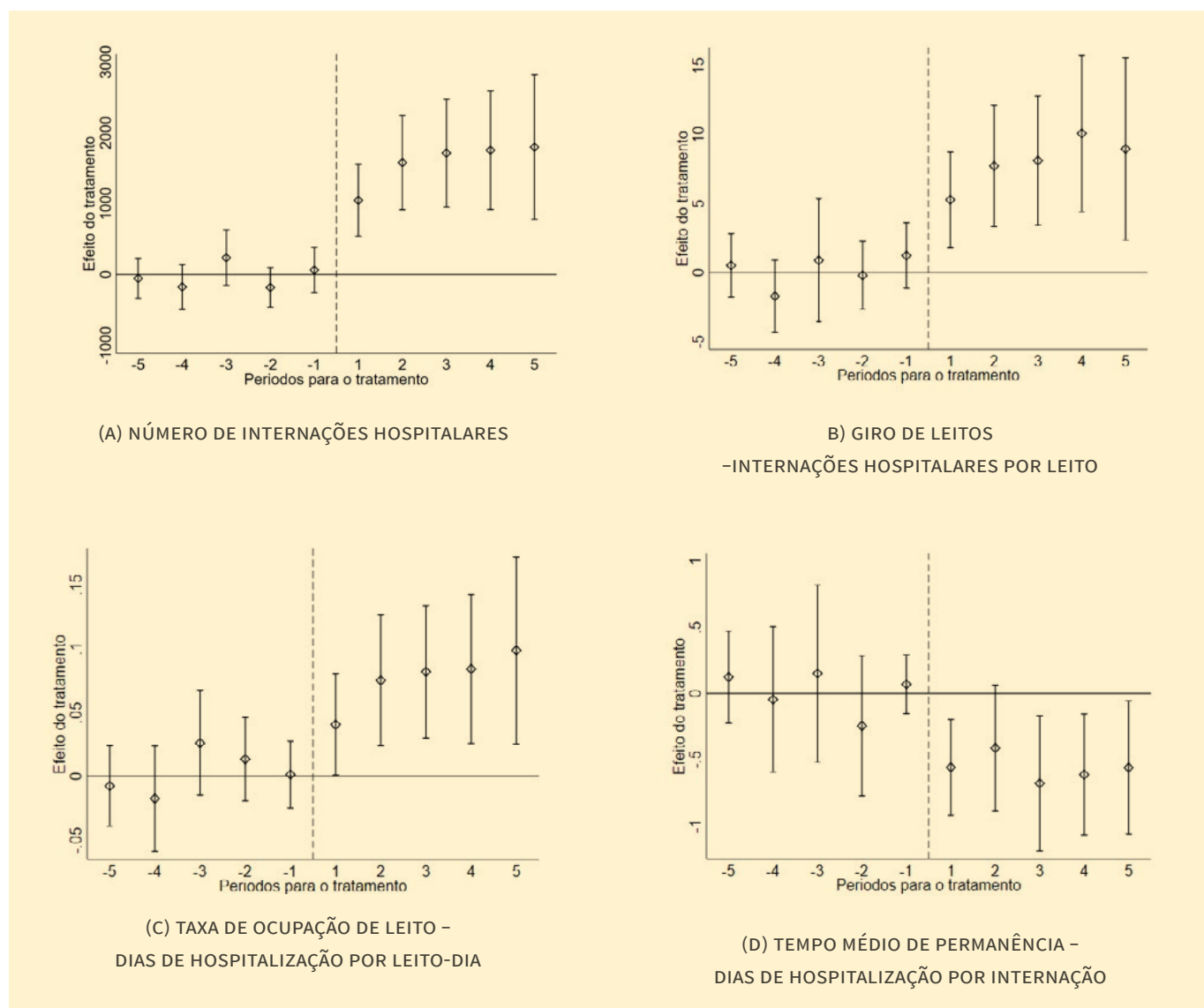
estabelecem metas para diferentes categorias de atendimento, restringindo assim ações estratégicas em direção a alguns resultados e não outros.

Para investigar mais a fundo se houve mudança no perfil de pacientes, a **TABELA A2** no Apêndice estima o impacto das OSS na composição dos pacientes em relação a características específicas. Os resultados indicam que a gestão de um hospital por OSS não está associada a mudanças na idade média dos pacientes, na distribuição dos pacientes em várias faixas etárias, na proporção de pacientes do sexo feminino ou na renda média dos pacientes. Também avaliamos o impacto das OSS no reembolso médio do SUS por paciente, servindo como um proxy para a gravidade dos casos (Tittinger et al., 2015). Não encontramos efeitos significativos nem economicamente relevantes nessa dimensão (26, d.p. 78, dada uma linha de base média de R\$1315).

Esses resultados diferem de Duggan et al. (2023), que encontraram que a terceirização nos EUA limitou o acesso a hospitais tratados, particularmente entre pacientes de baixa renda, beneficiários do Medicaid. Uma distinção importante em nosso contexto é que as OSS só podem fornecer atendimento dentro do SUS, como qualquer hospital público do país. Portanto, a margem de admitir pacientes com maior capacidade de pagamento não existe em nosso contexto. Além disso, os hospitais do SUS não podem rejeitar pacientes ou contra-referi-los unilateralmente para outros hospitais. A ausência de efeitos de seleção é consistente com o ambiente institucional. Os resultados até agora indicam um aumento substancial na produção hospitalar, mas sem mudança no perfil de risco dessa produção.



FIGURA 7 - EFEITO DO MODELO OSS NA PRODUÇÃO E MEDIDAS DE PRODUTIVIDADE



Nota: Esta figura apresenta intervalos de confiança de 95% calculadas com um 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. Entre parênteses, os erros padrão são calculados com um bootstrap agrupado a nível de hospital. O Baseline indica o valor médio da amostra para os hospitais tratados nos anos anteriores à gestão por OSS.

TABELA 1 - EFEITO DO MODELO OSS NA PRODUÇÃO HOSPITALAR E MEDIDAS DE PRODUTIVIDADE

	Efeito 2-anos	Efeito 5-anos	Efeito placebo	Média no baseline
	(1)	(2)	(3)	(4)
Total de admissões hospitalares	1312.274 (288.763)	1577.668 (357.877)	-23.616 (78.712)	3943.242
Tipos de cuidado				
Cirúrgico	403.015 (124.191)	480.399 (147.480)	19.812 (31.115)	1182.867
Clínico	299.228 (95.602)	532.096 (123.382)	-37.876 (28.504)	1216.113
Obstétrico	344.927 (122.282)	316.217 (142.503)	-17.496 (31.599)	890.904
Outros	265.104 (95.084)	248.957 (115.083)	11.944 (14.855)	653.358
Hosp. Por condições de emergência				
Sim	262.873 (75.801)	397.047 (101.398)	4.298 (19.303)	894.956
Não	1049.401 (232.274)	1180.621 (289.110)	-27.914 (64.014)	3048.287
Internação por leito	6.506 (1.888)	8.036 (2.238)	0.148 (0.692)	34.699
Taxa de ocupação hospitalar	0.058 (0.021)	0.076 (0.025)	0.003 (0.007)	0.489
Tempo médio de permanência	-0.486 (0.198)	-0.566 (0.201)	0.010 (0.078)	6.288

Nota: Esta tabela reporta os efeitos médios do modelo OSS na produção hospitalar e nas medidas de produtividade. Os erros padrão entre parênteses são calculados usando um bootstrap agrupado a nível de hospital. Os controles incluem o número de leitos hospitalares, equipamentos e funcionários, volume de pacientes, a distribuição demográfica e de condições de saúde dos pacientes, taxas de mortalidade intra-hospitalar e o estado onde o hospital está localizado. As colunas 1 e 2 relatam o efeito médio após dois anos e após cinco anos, respectivamente. A coluna 3 relata o efeito placebo. A coluna 4 mostra a média de cada variável na linha de base, ou seja, o período de cinco anos antes do tratamento. A variável média de reembolso por internação é convertida em reais de janeiro de 2023 usando o índice de preços ao consumidor.

8.3.3.2. Eficiência Operacional

O aumento no volume de pacientes pode decorrer de um aumento mais amplo na capacidade operacional ou na melhora da eficiência operacional. Para entender melhor a essa questão, consideramos os efeitos no volume total por leito (giro de leitos), a proporção da capacidade hospitalar, medida em leitos-dia, efetivamente utilizada (ocupação dos leitos) e o número médio de dias hospitalares passados pelos pacientes (tempo médio de permanência). Todos também estão apresentados na **TABELA 1**. Observamos que um aumento na produtividade hospitalar. Em particular, o giro de leitos e a sua ocupação revelam um aumento médio de 8 (23%, d.p. 2,2) e 0,07 (14%, d.p. 0,02), respectivamente, nos cinco anos seguintes à transição de um hospital público para a gestão OSS. Ao mesmo tempo, o tempo médio de permanência do paciente diminui -0,566 (9%, d.p. 0,2).

Em essência, em princípio, quando um hospital precisa atingir metas de volume junto com restrições orçamentárias, existe um incentivo para minimizar custos, otimizando gastos por meio de aumento de eficiência e capacidade operacional. Embora isso seja observado, surge uma preocupação válida em relação ao possível comprometimento da qualidade do cuidado. Investigamos esse aspecto na seção seguinte.

8.3.3.3. Qualidade do cuidado hospitalar

Agora analisamos medidas de qualidade do atendimento, as taxas de mortalidade hospitalar e as taxas de readmissão hospitalar. A **FIGURA 8** e a **TABELA 2** apresentam os resultados. De modo geral, os efeitos são estáveis em torno de zero ao longo do período pós-tratamento para todos os resultados. Baseando-se em efeitos médios, temos estimativas pequenas e insignificantes para mortes em geral (-0,004, e.p. 0,005) e devido a ECSC (0,001, e.p. 0,007), e para taxas de readmissão hospitalar devido a todas as causas (-0,001, e.p. 0,004) e ECSC (-0,004, e.p. 0,006).

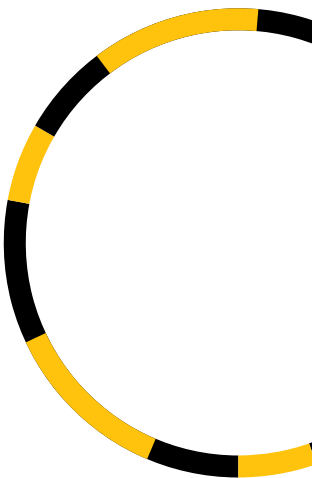
Na seção anterior não observamos mudanças na composição das internações hospitalares, portanto, esses resultados não devem ser confundidos por efeitos de seleção. As evidências indicam que a transição para o modelo OSS está associada a aumento de produtividade hospitalar sem comprometimento de indicadores de desfecho que servem como proxy para qualidade, isto é, mortes hospitalares e taxas de readmissão. Claro, mortalidade e readmissão hospitalar não refletem perfeitamente a qualidade do hospital;¹¹ portanto, ainda é possível que o modelo OSS afete a qualidade do cuidado de outras maneiras menos extremas. A **TABELA A3** no Apêndice investiga mais a fundo os indicadores de mortalidade que têm sido amplamente utilizados na literatura para medir a qualidade hospitalar: taxa de mortalidade entre condições de alta mortalidade específicas (ataque cardíaco e derrame), cirúrgica e na sala de emergência. Não encontramos evidências de efeitos estatisticamente significativos.

11 Apesar de readmissão hospitalar não ser uma medida perfeita de qualidade do cuidado hospitalar, diversos estudos demonstraram que a redução de readmissão está relacionada com intervenções para diminuir a taxa de infecções hospitalares adquiridas, incorporação de diretrizes de melhores práticas nos cuidados clínicos (Hannan et al., 2003), melhor aconselhamento de alta (Naylor et al., 1999) e melhor da coordenação dos cuidados com a atenção primária (Kripalani et al., 2007).

Em conjunto, vemos evidências indicando que a transição para o modelo OSS está associado a um aumento do desempenho hospitalar: aumento de produção e produtividade sem comprometer indicadores de qualidade aproximados. Estes resultados estão alinhados com hipóteses e evidências que sugerem que entidades sem fins lucrativos podem operar sob uma função objetiva divergente da maximização do lucro puro, focando ao invés disso no cumprimento de objetivos alinhados com metas sociais e na manutenção do capital reputacional (Eggleston, 2024).¹²

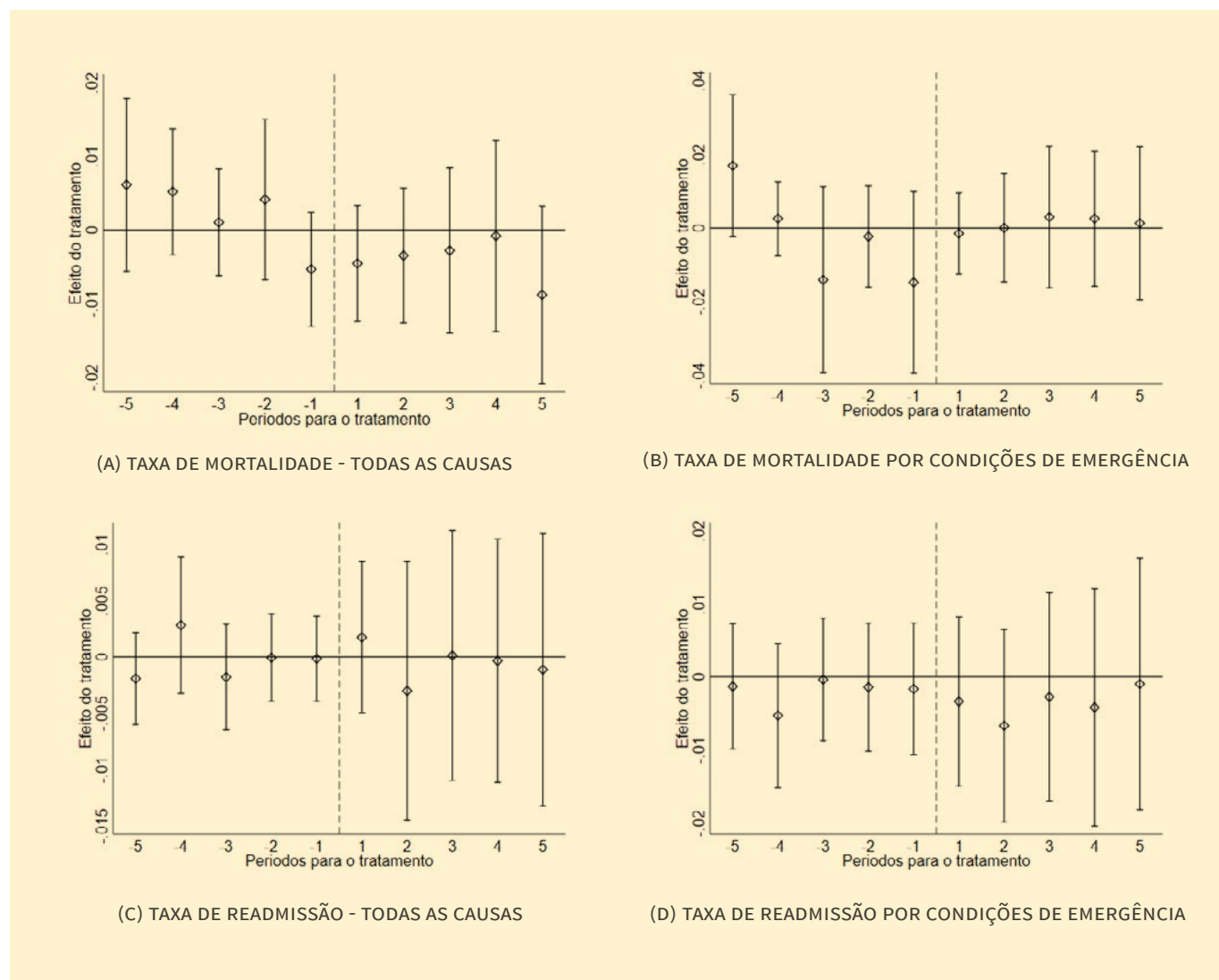
8.3.3.4. Efeitos no Sistema de Saúde

Os resultados apresentados até aqui mostram que os hospitais aumentam as internações de pacientes após a transição para a gestão OSS. Do ponto de vista de um formulador de políticas, esse resultado é mais significativo se a OSS também levar a um aumento geral na utilização no nível do sistema local de saúde. Caso contrário, isso pode ser visto como simples realocação de pacientes. Para abordar essa preocupação, refinamos nossa abordagem de pesquisa e a implementamos no nível do sistema de saúde, que definimos usando Regiões de Saúde (RS). Essas regiões são áreas geográficas contíguas compostas por municípios vizinhos com redes culturais, socioeconômicas, de comunicação e de transporte compartilhadas. Elas visam racionalizar a organização e a entrega de serviços de saúde no Brasil. Existem 437 RS no país, com cerca de 9 hospitais cada. Essas regiões capturam efetivamente a escolha do hospital pelo paciente, com 84% dos pacientes optando por um hospital dentro de sua RS. Para colocar em perspectiva, a taxa entre as Regiões de Referência Hospitalar nos EUA é de 80% (Duggan et al., 2023).



12 Por exemplo, um mecanismo explicado nesta literatura pelo qual as organizações sem fins lucrativos contribuem para uma qualidade superior em comparação com as organizações com fins lucrativos é investindo em pessoal, isto é, o número de enfermeiros exigidos por pacientes. Nesse sentido, gestores sem fins lucrativos podem estar aderindo ao espírito do contrato e não apenas à letra do contrato.

FIGURA 8 - EFEITO DO MODELO OSS NA TAXA DE MORTALIDADE E READMISSÃO HOSPITALAR



Nota: Esta figura apresenta intervalos de confiança de 95% calculadas com um bootstrap agrupado em nível hospitalar e estimadores de diferenças-em-diferenças (DiD) de tratamento e placebo para os efeitos do modelo OSS nas taxas de mortalidade hospitalar por todas as causas (PAINEL A), nas taxas de mortalidade hospitalar devido a condições de emergência (PAINEL B), nas taxas de readmissão em 30 dias por todas as causas (PAINEL C) e por condições de emergência (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. Entre parênteses, os erros padrão são calculados com um bootstrap agrupado a nível de hospital. O *Baseline* indica o valor médio da amostra para os hospitais tratados nos anos anteriores à gestão por OSS.

TABELA 2 - EFEITO DO MODELO OSS NA TAXA DE MORTALIDADE E READMISSÃO HOSPITALAR

	Efeito 2-anos	Efeito 5-anos	Efeito placebo	Média no baseline
	(1)	(2)	(3)	(4)
Taxa de mortalidade todas as causas	-0.004 (0.004)	-0.004 (0.005)	0.002 (0.002)	0.063
Taxa de mortalidade por cond. emergência	-0.001 (0.006)	0.001 (0.007)	-0.002 (0.004)	0.119
Taxa de readmissão todas as causas	-0.001 (0.004)	-0.001 (0.004)	-0.000 (0.001)	0.036
Taxa de readmissão por cond. emergência	-0.005 (0.006)	-0.004 (0.006)	-0.002 (0.001)	0.042

Nota: Esta tabela reporta os efeitos médios do modelo OSS nas taxas de mortalidade hospitalar e de readmissão hospitalar em 30 dias. Os erros padrão entre parênteses são calculados usando um bootstrap agrupado a nível de hospital. Os controles incluem o número de leitos hospitalares, equipamentos e funcionários, volume de pacientes, a distribuição demográfica e de condições de saúde dos pacientes, taxas de mortalidade intra-hospitalar e o estado onde o hospital está localizado. As colunas 1 e 2 relatam o efeito médio após dois anos e após cinco anos, respectivamente. A coluna 3 relata o efeito placebo. A coluna 4 mostra a média de cada variável na linha de base, ou seja, o período de cinco anos antes do tratamento.

A FIGURA D1 e a TABELA D1 do Apêndice mostram efeitos positivos das OSS nas hospitalizações no nível do sistema de saúde, sugerindo que a política leva a um aumento no acesso aos cuidados de internação na RS. O efeito médio indica que as internações aumentam em 36,4 (d.p. 11,1) por 10.000 pessoas ou 7,4% em relação à linha de base. Isso corresponde a 1471 hospitalizações para a RS média, que é praticamente o mesmo efeito que encontramos nos hospitais tratados. Portanto, os resultados indicam que as ações do hospital OSS sozinho provavelmente explicam a maior parte do aumento agregado nas hospitalizações, diminuindo as preocupações com a substituição de prestador, realocação de pacientes ou outras externalidades. Também encontramos resultados semelhantes para os insumos hospitalares. A Seção D do Apêndice elabora mais sobre a análise no nível do sistema de saúde e os respectivos resultados.

8.3.4. Mecanismos e Heterogeneidade

Nesta seção, exploramos interpretações que podem nos ajudar a compreender o que está por trás dos efeitos positivos observados na eficiência operacional hospitalar sem comprometer a qualidade do atendimento.

8.3.4.1. Metas do Contrato

Um aspecto crítico a considerar é o papel dos incentivos baseados em resultados inerentes ao modelo OSS. Para investigar se os hospitais respondem a essas metas aumentando a produção hospitalar, coletamos dados do “Hospital Brigadeiro”, um hospital gerido por OSS localizado na cidade de São Paulo e que nos serve de estudo de caso (Salmen, 2024).¹³ A FIGURA A1 do Apêndice mostra a evolução temporal das internações hospitalares

13 Codificamos manualmente as metas de internação especificados nos contratos OSS e, subsequentemente, os comparamos com os volumes de internação reais obtidos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/Datasus).

por tipo (cirúrgicas e clínicas) e as metas de produção associados para o Hospital Brigadeiro. O gráfico revela um aumento na produção do hospital após sua transição para OSS e um alinhamento substancial entre as internações hospitalares e as metas de produção. A alta correlação entre os dois sugere uma resposta estratégica às estruturas de incentivo, com os hospitais aumentando a produção para atender ou superar essas metas. Este comportamento sugere a capacidade das metas de produção em influenciar o desempenho hospitalar, conforme demonstrado pelo alinhamento progressivo do volume de produção com essas metas ao longo do tempo. Essas metas são agressivas e de alta importância, provavelmente sendo um fator-chave por trás dos grandes efeitos que observamos nas internações hospitalares.

8.3.4.2. Capacidade Hospitalar

Surge então imediatamente a questão: como os hospitais conseguem aumentar as internações de pacientes em resposta às metas de produção? Uma possibilidade é que eles aumentem a capacidade hospitalar. Para isso, avaliamos os efeitos do modelo OSS sobre os recursos físicos dos hospitais, apresentados na **TABELA 3**. Nossas estimativas revelam um aumento estatisticamente significativo no número de leitos, com um efeito médio do tratamento mostrando um incremento de 16 leitos (d.p. de 5,66) ou 13,9% em relação à linha de base. Isso indica que as estratégias de gestão das OSS incluem aumentar a capacidade hospitalar para atender às novas metas de volume contratadas. No entanto, essa expansão pode ser colocada em perspectiva em comparação com o aumento substancial de 40% nas internações hospitalares, sugerindo um papel relevante para o aumento da produtividade dos leitos na condução do crescimento geral da produção hospitalar. Para analisar isso, podemos considerar uma simulação simples. Com base na taxa de rotatividade média de leitos da linha de base de 35, os 16 leitos adicionais resultariam em aproximadamente 550 internações extras por ano, representando 34,8% do aumento total. O crescimento esperado da produção a partir de uma taxa de rotatividade de leitos aumentada (até 43) é muito maior: 920 internações adicionais por ano se mantivermos o tamanho do hospital de linha de base de 115 leitos. Aplicar o ganho de produtividade aos leitos extras aumentaria ainda mais as internações em 128. Portanto, uma parte substancial do aumento na produção decorre de uma utilização mais eficiente da capacidade, e não apenas do aumento da capacidade.

Além disso, examinamos as mudanças nos equipamentos médicos. A **TABELA 3** mostra um aumento médio de 69,7 unidades de equipamento nos cinco anos após a transição para o modelo OSS (43%, d.p. 26,87). Importante, observamos um aumento substancial em equipamentos hospitalares quando ajustados por número de leitos (26%, e.p. 0,131).¹⁴

14 Na mesma tabela, aprofundamos os efeitos sobre os equipamentos, distinguindo entre suporte à vida, diagnóstico e outras categorias (principalmente relacionadas à infraestrutura). Encontramos resultados significativos apenas para equipamentos de suporte à vida, normalmente utilizados em ambientes de alta complexidade, um aumento médio de 63,31 unidades (e.p. 26,14). Essa magnitude está alinhada com o volume de linha de base de equipamentos hospitalares designados para esse fim (133 ou 47% da linha de base).

Um problema recorrente entre os hospitais públicos do SUS é a falta de equipamentos, em parte devido ao processo complexo e demorado de aquisição de capital em empresas públicas. A transição da administração hospitalar direta para OSS contorna essas restrições, o que provavelmente explica a rápida expansão dos equipamentos. A maior disponibilidade de insumos por leito pode refletir decisões de investimento dos novos administradores.

TABELA 3 - EFEITO DO MODELO OSS EM RECURSOS FÍSICOS

	Efeito 2-anos	Efeito 5-anos	Efeito placebo	Média no baseline
	(1)	(2)	(3)	(4)
Leitos	10.446 (4.102)	16.172 (5.668)	0.824 (1.422)	115.057
Equipamentos médicos	46.779 (12.966)	69.743 (26.874)	-0.717 (4.766)	158.597
Manutenção da vida	43.409 (11.834)	63.312 (26.143)	0.655 (3.421)	133.410
Diagnóstico	2.015 (0.569)	2.580 (0.647)	0.191 (0.140)	11.511
Outros	1.733 (1.104)	2.104 (1.632)	-0.448 (0.390)	9.448
Equipamentos médicos por leito	0.229 (0.091)	0.351 (0.131)	0.026 (0.030)	1.320

Nota: Esta tabela reporta os efeitos médios do modelo OSS nos recursos físicos dos hospitais. A categoria "Outros" inclui equipamentos de odonto, audiologia, hemodiálise e outros. Os erros padrão entre parênteses são calculados usando um bootstrap agrupado a nível de hospital. Os controles incluem o número de leitos hospitalares, equipamentos e funcionários, volume de pacientes, a distribuição demográfica e de condições de saúde dos pacientes, taxas de mortalidade intra-hospitalar e o estado onde o hospital está localizado. As colunas 1 e 2 relatam o efeito médio após dois anos e após cinco anos, respectivamente. A coluna 3 relata o efeito placebo. A coluna 4 mostra a média de cada variável na linha de base, ou seja, o período de cinco anos antes do tratamento.

8.3.4.3 Composição da Mão de Obra

Uma possibilidade é que, ao assumir a gestão, a entidade sem fins lucrativos empregue ferramentas discricionárias para gestão de recursos humanos. Estas incluem modificar contratos de trabalho e otimizar a composição da força de trabalho. Isso é plausível dentro da estrutura do contrato OSS, que concede à essa entidade mais autonomia para selecionar funcionários em vez de ser obrigada a cumprir contratos do setor público relativamente mais rígidos. Em tese, diante de metas de produção e qualidade, o novo gestor pode escolher um regime que incentive a produtividade e combiná-lo com uma força de trabalhado mais qualificada para alcançar os resultados desejados. Investigaremos adiante essas hipóteses.

A **TABELA 4** apresenta os efeitos das OSS sobre recursos humanos. Após a transição de um hospital público para a gestão por OSS, a força de trabalho média no hospital aumenta em 78,2 funcionários (d.p. 38,4). Em relação à média pré-tratamento de 328,8 funcionários, isso representa um aumento de 23%. No entanto, esse crescimento da força de trabalho não resulta em um aumento precisamente estimado na proporção de trabalhadores por leito, de 0,150 (d.p. 0,176) ou 5% em relação à linha de base. Portanto, a gestão por OSS parece aumentar a força de trabalho para corresponder à nova capacidade ampliada.

Em seguida, examinamos os efeitos sobre o número de profissionais de saúde por perfil da ocupação. O impacto sobre o número de médicos é positivo, mas não significativo em níveis de significância convencionais: 9,17 (13%, d.p. 6,2). Além disso, não há aumento de médicos por leito. No entanto, observamos um aumento significativo de 28,3 (d.p. 14,4) técnicos de enfermagem, equivalente a um aumento de 39% em relação à linha de base. Da mesma forma, o número de enfermeiros aumenta em 13 (d.p. 5,1) ou 37%. Em contraste, o impacto sobre os auxiliares de enfermagem é negativo e insignificante (-3,9, e.p. 9,2), apesar de constituírem 19% da força de trabalho e 37% da equipe de enfermagem na linha de base. A participação dos auxiliares de enfermagem entre o total da equipe de enfermagem diminui em cerca de 10%. O mesmo padrão persiste quando ajustamos a equipe de enfermagem por leito. O número de auxiliares de enfermagem por leito diminui em 0,085, ou 16%, enquanto o número de enfermeiros e técnicos de enfermagem aumenta em cerca de 0,05, sendo 18% para os primeiros e 8% para os últimos. Portanto, consistente com resultados anteriores, em média a equipe de enfermagem por leito não aumenta significativamente. No entanto, observamos uma mudança na composição desta equipe, favorecendo um nível mais alto de proficiência técnica e capacidade clínica.¹⁵

Finalmente, não encontramos impacto significativo no número de outros profissionais de saúde (0,238, e.p. 4,3), mas um efeito positivo e forte para o grupo residual, referido aqui como “Outros”. Este grupo diversificado abrange funções relacionadas ao *back office* ou *overhead* (por exemplo, contabilidade) e funções gerenciais (por exemplo, administradores). O número de profissionais nesta categoria aumenta em 31,8 (d.p. 15,8), representando um aumento de quase 44% em relação à linha de base. Isso sugere um impacto sobre funções administrativas e de apoio dentro do sistema de saúde sob gestão por OSS.

Estudos anteriores sobre terceirização e privatização hospitalar encontraram efeitos negativos sobre força de trabalho (Heimeshoff et al., 2014; Duggan et al., 2023), contrários os resultados do modelo OSS. A divergência pode ser explicada pela exigência de que os hospitais administrados de forma privada atendam a metas de produção relativamente altas em nosso contexto. Como notado anteriormente, os gestores das OSS aumentaram a capacidade hospitalar após a terceirização, embora grande parte do crescimento da produção tenha sido devida a ganhos de produtividade. Assim, é esperado que os gestores aumentem a força de trabalho para alinhar-se à maior capacidade, o que de fato encontramos. A força de trabalho aumenta, mas não quando ajustada por número de leitos.

15 No Brasil, os técnicos de enfermagem são obrigados a completar um programa educacional mais extenso em comparação com os auxiliares de enfermagem, tipicamente envolvendo um curso técnico de dois anos após o ensino médio, o que os equipa com uma gama mais ampla de habilidades e conhecimentos médicos.

TABELA 4 - EFEITO DO MODELO OSS EM RECURSOS HUMANOS (NÚMERO DE PROFISSIONAIS PADRONIZADOS POR TEMPO INTEGRAL)

	Efeito 2-anos	Efeito 5-anos	Efeito placebo	Média no baseline
	(1)	(2)	(3)	(4)
Total de profissionais	52.272 (22.828)	78.269 (32.447)	4.310 (6.087)	328.865
Médicos	9.093 (5.149)	9.177 (6.226)	1.585 (1.596)	70.396
Enfermeiros	13.027 (3.586)	13.024 (5.109)	0.373 (0.774)	35.065
Técnico de enfermagem	19.237 (10.635)	28.293 (14.414)	2.412 (1.751)	71.386
Auxiliares de enfermagem	-6.796 (6.356)	-3.940 (8.256)	-2.101 (2.320)	62.211
Outros profissionais da saúde	1.025 (2.142)	-0.100 (3.053)	0.621 (0.503)	17.529
Outros profissionais	16.686 (10.560)	31.815 (15.816)	1.420 (2.896)	72.279
Total de profissionais por leito	0.119 (0.156)	0.150 (0.176)	0.040 (0.039)	2.873
Médicos por leito	0.024 (0.036)	0.014 (0.044)	0.003 (0.009)	0.604
Enfermeiros por leito	0.063 (0.023)	0.055 (0.024)	0.003 (0.005)	0.293
Técnico de enfermagem por leito	0.048 (0.060)	0.053 (0.067)	0.000 (0.013)	0.635
Auxiliares de enfermagem por leito	-0.098 (0.044)	-0.085 (0.047)	-0.005 (0.012)	0.522
Outros profissionais da saúde por leito	0.007 (0.010)	-0.002 (0.014)	0.004 (0.003)	0.140
Outros profissionais por leito	0.073 (0.073)	0.112 (0.083)	0.031 (0.021)	0.677

Nota: Esta tabela reporta os efeitos médios do modelo OSS no quadro de profissionais padronizado considerando como referência o período integral de 40 horas semanais (*full-time equivalent* – FTE). Os erros padrão entre parênteses são calculados usando um bootstrap agrupado a nível de hospital. Os controles incluem o número de leitos hospitalares, equipamentos e funcionários, volume de pacientes, a distribuição demográfica e de condições de saúde dos pacientes, taxas de mortalidade intra-hospitalar e o estado onde o hospital está localizado. As colunas 1 e 2 relatam o efeito médio após dois anos e após cinco anos, respectivamente. A coluna 3 relata o efeito placebo. A coluna 4 mostra a média de cada variável na linha de base, ou seja, o período de cinco anos antes do tratamento.

Também exploramos mudanças nos regimes de emprego (veja a Seção 3.2 para a definição adequada desses arranjos). A Figura A2 do Apêndice indica que a transição para a gestão OSS resulta em uma redução substancial na porção de funcionários do hospital sob os regimes “Estatutário”, acompanhada por um aumento igualmente significativo na fração daqueles contratados sob o regime CLT. O impacto na proporção de trabalhadores autônomos ou terceirizados é negativo, pequeno e não estatisticamente significativo. A nova capacidade dos hospitais de empregar sob o regime de CLT após a transição para OSS pode ter acelerado o processo de contratação, levando ao rápido aumento na força de trabalho e a mudança na composição dos funcionários. Simultaneamente, o modelo de contratação por CLT mantém um vínculo formal com o funcionário, levando os hospitais a depender menos de contratos alternativos, menos formais, e, no caso do contrato CLT, possibilita uma gestão mais efetiva de recursos humanos, com o potencial de aumentar a produtividade do trabalho. Adicionalmente, médicos podem demonstrar maior produtividade sob um contrato onde o desempenho tem um papel mais significativo na determinação de remunerações.

Em resumo, os resultados indicam que a transição para a gestão por OSS promoveu um aumento significativo na força de trabalho hospitalar, tanto em termos de quantidade quanto na mudança em seu perfil. Observamos uma realocação estratégica dos profissionais, com uma ênfase maior em habilidades técnicas e funções administrativas, o que pode ter contribuído para o aumento da produtividade e capacidade dos hospitais sem comprometer a qualidade do atendimento. A gestão por OSS também facilitou mudanças nos regimes de emprego, possibilitando uma contratação mais flexível e eficiente, o que pode ser um fator chave para a melhoria do desempenho hospitalar. Esses resultados são consistentes com a hipótese de que a autonomia gerencial e os incentivos alinhados com as metas de produção podem levar a uma gestão mais flexível e adaptada às necessidades dos hospitais.

8.3.4.4. Análise de heterogeneidade: Experiência das OSS

Considerando que um componente central da política de OSS é a mudança na gestão dos hospitais públicos, esperamos que os resultados variem dependendo do capital humano e gerencial das entidades que administram esses hospitais. Nossa análise se concentra na experiência, definida como o tempo em que as OSS têm de operação no mercado — uma dimensão importante de aprendizado e de produtividade de uma empresa (Syverson, 2011). Estimamos efeitos heterogêneos comparando hospitais gerenciados por entidades mais novas com aqueles gerenciados por entidades mais antigas, usando como divisão a mediana dos anos de existência das OSS. Na análise a seguir, excluímos hospitais com volumes de produção extremos no início da amostra, o que cria uma comparação mais equilibrada entre hospitais gerenciados por OSS mais e menos experientes.¹⁶ Todos os nossos resultados permanecem estáveis com a inclusão desses casos extremos.

16 Especificamente, excluímos hospitais nos 10% inferiores e superiores da distribuição. Os maiores hospitais da nossa amostra são predominantemente gerenciados por OSS mais experientes.

A **FIGURA 9** e **TABELA 5** mostram que os efeitos das OSS no volume de pacientes e na rotatividade de leitos são impulsionados por empresas mais experientes. Especificamente, hospitais públicos gerenciados por OSS mais experientes tiveram um aumento médio de 2016 internações (d.p. 531), ou 54% do valor inicial, nos cinco anos seguintes à transição, em comparação com um aumento modesto de 694 internações (21%, d.p. 379) em hospitais gerenciados por empresas menos experientes. As diferenças em produtividade técnica entre as empresas são ainda mais pronunciadas. A rotatividade de leitos em hospitais gerenciados por OSS experientes aumentou em média 14,8 (41%, d.p. 3,6), em comparação com apenas 1,1 (3%, d.p. 2,9) em hospitais sob gestão de empresas menos experientes. O tempo médio de permanência diminuiu substancialmente mais em hospitais gerenciados por empresas OSS mais experientes. Importante destacar que não encontramos evidências de comprometimento da qualidade entre os grupos, conforme medido pelas taxas de mortalidade hospitalar e readmissão, com efeitos médios praticamente nulos e estatisticamente insignificantes nos dois casos.

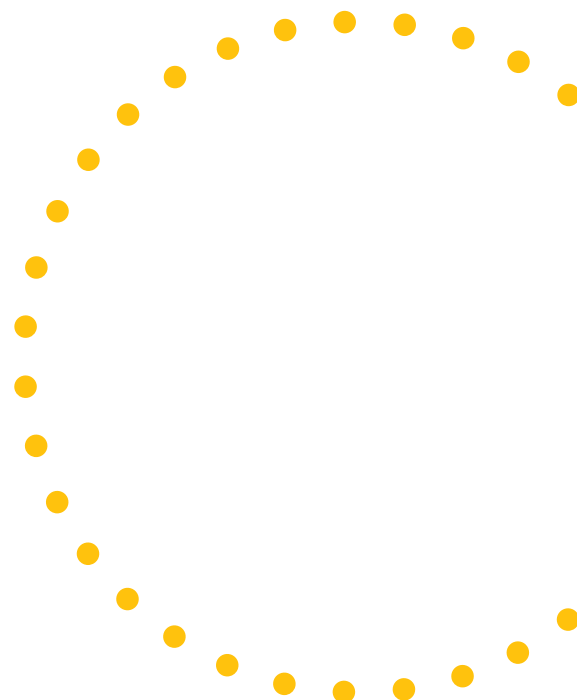
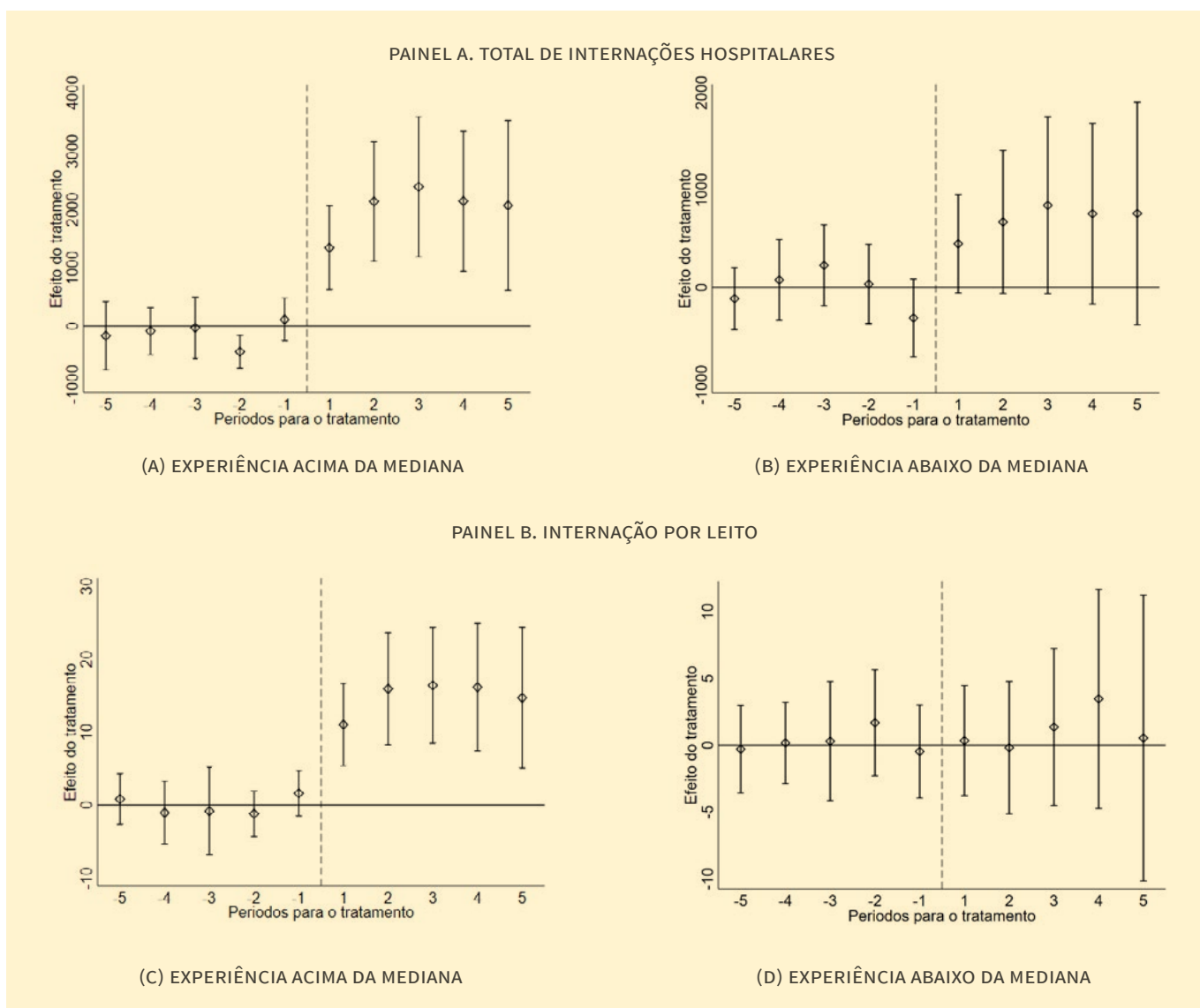


FIGURA 9 - EFEITO DO MODELO OSS EM PRODUTIVIDADE, SEGUNDO A EXPERIÊNCIA DO GESTOR



Nota: Esta figura traça bandas de confiança de 95% calculadas com um bootstrap agrupado a nível de hospital e estimadores DiD de tratamento e placebo para os efeitos do modelo OSS sobre o total de internações hospitalares (PAINEL A) e internação por leito (PAINEL B), segundo a experiência do gestor. Os resultados referem-se a uma amostra que exclui hospitais com produção inicial extrema. Experiência acima da mediana refere-se ao grupo de hospitais sob gestão de entidades mais velhas ou com mais anos de existência, e experiência abaixo da mediana refere-se a hospitais sob gestão de entidades mais novas ou com menos anos de existência. 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. Entre parênteses, os erros padrão são calculados com um bootstrap agrupado a nível de hospital. O Baseline indica o valor médio da amostra para os hospitais tratados nos anos anteriores à gestão por OSS.

TABELA 5 - EFEITO DO MODELO OSS EM PRODUTIVIDADE E QUALIDADE, SEGUNDO A EXPERIÊNCIA DAS OSS

	Experiência acima da mediana	Experiência abaixo da mediana
	(1)	(2)
Total de internações hospitalares	2016.370 (531.734) [3730.343]	694.862 (379.711) [3383.849]
Internação por leito	14.834 (3.594) [36.189]	1.106 (2.977) [34.965]
Tempo médio de permanência	-0.772 (0.318) [5.810]	-0.374 (0.327) [6.211]
Taxa de mortalidade todas as causas	-0.006 (0.008) [0.075]	0.003 (0.006) [0.042]
Taxa de mortalidade por cond. emergência	0.005 (0.013) [0.134]	0.008 (0.008) [0.102]
Taxa de readmissão todas as causas	0.000 (0.006) [0.030]	0.000 (0.006) [0.040]
Taxa de readmissão por cond. emergência	-0.003 (0.006) [0.037]	-0.006 (0.010) [0.047]

Nota: Esta tabela relata os efeitos médios do modelo OSS após cinco anos sobre medidas de produtividade e qualidade, segundo a experiência das OSS. Os erros padrão entre parênteses são calculados usando um bootstrap agrupado a nível de hospital. Experiência acima da mediana refere-se ao grupo de hospitais sob gestão de entidades mais velhas ou com mais anos de existência, e experiência abaixo da mediana refere-se a hospitais sob gestão de entidades mais novas ou com menos anos de existência. A média de cada variável no período inicial, pré-tratamento, é apresentada entre colchetes. Os resultados consideram uma amostra de hospitais que são mais semelhantes na linha de base.

Motivados por esses resultados, analisamos mais detalhadamente a heterogeneidade nos possíveis mecanismos. A **TABELA A4** apresenta os resultados sobre os insumos hospitalares agregados. Ambos os tipos de empresas aumentaram a capacidade hospitalar de forma semelhante, medida pelo número de leitos. Se houver alguma diferença, o impacto entre as OSS menos experientes foi maior: 15,2 (14,7%) versus 12,2 (10,7%). Isso destaca a importância das práticas de gestão orientadas para a eficiência, mais provavelmente adotadas por empresas mais experientes, influenciando o crescimento geral da produção hospitalar. O aumento da produção entre as OSS menos experientes parece ser quase inteiramente impulsionado pelo aumento da capacidade. Mantendo constante a rotatividade inicial

de leitos, os leitos adicionais deveriam gerar 530 novas internações, 77% do impacto geral na produção.

Com relação a outros insumos, observamos que as OSS mais experientes investem significativamente mais em equipamentos médicos em comparação com as empresas menos experientes (0,46 versus 0,24 peças por leito, com uma média inicial de 1,3 para ambos). Não observamos diferenças substanciais na oferta geral de funcionários por leito. No entanto, a substituição de auxiliares de enfermagem por enfermeiros e técnicos de enfermagem é inteiramente impulsionada pelas OSS mais experientes. Parte dessa diferença pode ser atribuída a diferenças iniciais entre os grupos, com hospitais gerenciados por empresas menos experientes já tendo uma composição de pessoal de enfermagem mais equilibrada em termos de qualificações na linha de base. Além disso, embora ambos os grupos tenham alterado substancialmente os regimes de trabalho dos médicos, reduzindo a proporção de funcionários contratados sob o regime estatutário e substituindo-os por funcionários contratados sob CLT, o qual permite mais flexibilidade na gestão dos recursos humanos, no caso dos gestores menos experientes, essa troca foi menos intensa.

A heterogeneidade observada reforça a importância das mudanças gerenciais na determinação do sucesso do modelo de OSS. Empresas que esperamos ter maior experiência demonstram uma vantagem distinta na melhoria da eficiência operacional, evidente por meio de melhorias significativas nas taxas de rotatividade de leitos e redução nos tempos de permanência. Esses resultados dependem fortemente da capacidade das empresas gestoras em implementar práticas orientadas para a eficiência de maneira eficaz. Uma prática-chave inclui o foco em contratos de trabalho flexíveis. O desempenho relativamente modesto de hospitais gerenciados por OSS menos experientes, que tendem a confiar mais na expansão da capacidade física do que na melhoria da produtividade, reforça ainda mais a importância da habilidade gerencial para realizar plenamente os benefícios da transição. Essa heterogeneidade tem implicações importantes para a formulação de políticas, sugerindo que a seleção cuidadosa de provedores de OSS, com forte ênfase na experiência e nas capacidades gerenciais demonstradas, é essencial para alcançar os resultados desejados na terceirização de hospitais públicos.

8.3.5. Gastos Hospitalares

Uma questão fundamental para os formuladores de políticas é se a transição da gestão pública direta para a gestão por OSS resultou em economia de custos para o governo. No entanto, não há dados detalhados de despesas que cubram todos os hospitais antes e depois da transição para o modelo OSS. Dada essa restrição, coletamos informações de despesas para uma amostra de 18 hospitais públicos no Estado de São Paulo, tanto sob administração direta do estado quanto sob gestão por OSS, entre 2013 e 2022. Esses hospitais são comparáveis em tamanho aos do estudo principal (ver **TABELA A5** no Apêndice). Os dados de despesas incluem o montante total desembolsado pelo Estado de São Paulo para os serviços hospitalares, abrangendo custos operacionais (por exemplo, recursos humanos, materiais e medicamentos) e despesas de capital (investimentos em

equipamentos e mobiliário), excluindo potenciais gastos com ampliação de leitos.¹⁷ Importante destacar que a transferência total para os hospitais OSS reflete com precisão o valor dos contratos de gestão. Portanto, para explorar essa questão, focamos em uma abordagem alternativa e simplificada, comparando as despesas de hospitais selecionados sob gestão OSS e pública direta, com foco na expansão do modelo tradicional ao pensar no seguinte contrafactual: quanto o governo gastaria para aumentar as internações na mesma proporção que as OSS alcançaram?

Recapitulando, encontramos que o número de internações hospitalares aumentou em uma média de 1.500 por ano após a gestão por OSS. Nosso objetivo é estimar quanto o governo teria gasto para atingir 1.500 internações adicionais sob o modelo tradicional, em que os hospitais públicos são geridos pelo estado. A rotatividade média de leitos no modelo tradicional é de 35 (ver **TABELA 1**, coluna 4). Mantendo este parâmetro fixo, o governo teria que investir em 43 leitos extras para produzir as hospitalizações adicionais. No entanto, verificamos que a gestão OSS aumentou o número de leitos em apenas 16 (ver **TABELA 3**, coluna 2). Para estimar os recursos necessários para financiar essa diferença, utilizamos um valor estimado de R\$ 1,04 milhão para a construção de um novo leito e o custo médio por admissão baseado no gasto total pelo Estado de São Paulo entre 2013 e 2022 como referência de custo (a **FIGURA A3** e a **TABELA A5** do Apêndice apresentam esses valores).¹⁸

Em nossa amostra, o governo gastou uma média de R\$ 119,31 milhões por hospital sob gestão OSS entre 2013 e 2022, em comparação com R\$ 101,24 milhões por hospital sob administração direta do estado.¹⁹ Considerando que os contratos OSS estão vinculados a metas de produção, isso corresponde a um gasto médio por admissão de R\$ 15,89 mil para hospitais OSS, em comparação com R\$ 18,14 mil para hospitais administrados diretamente pelo estado, quase 12% inferior para hospitais sob gestão OSS.²⁰

Utilizando os valores estimados descritos acima, calculamos que um hospital com 115 leitos, produzindo uma média de 4000 internações por ano (dados do baseline do estudo), necessitaria de aproximadamente R\$ 44,5 milhões para construir 43 leitos e R\$ 99,8 milhões por ano para sua operação, totalizando um gasto total em 5 anos a valor presente de R\$ 372,6 milhões ao longo de cinco anos no modelo de administração direta.²¹ De forma semelhante, para construir e operar os 16 leitos necessários no modelo OSS, seriam investidos R\$ 16,6 milhões na ampliação de leitos e

17 Os dados de despesas dos hospitais OSS foram extraídos do Portal da Transparência do Estado de São Paulo, no Portal do Gestor Financeiro (<https://portalfinanceirodogestor.saude.sp.gov.br>), e para os hospitais administrados diretamente pelo estado, da Secretaria de Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo (<https://www.fazenda.sp.gov.br/SigeloLei131/Paginas/FlexConsDespesa.aspx>).

18 O custo estimado de um leito refere-se ao custo de construção do Hospital Estadual de Sorocaba, entregue pelo governo do Estado de São Paulo em 2018, com um investimento de R\$ 270 milhões. O hospital possui 260 leitos, oferecendo atendimento de média e alta complexidade. Fonte: [<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/em-sorocaba-alcmin-entrega-hospital-de-alta-complexidade-com-260-leitos/>].

19 Todos os valores de despesas foram ajustados para reais de 2022.

20 Usando uma amostra maior de 51 hospitais públicos supervisionados pela Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, observa-se uma diferença ainda maior no gasto por admissão entre hospitais OSS e os geridos pelo estado (R\$ 12,63 vs. R\$ 17,18, respectivamente, ou 26,5% inferior).

21 Uma taxa de desconto de 13% e uma taxa de inflação anual de 4% foram usadas para calcular o valor presente líquido das despesas.

R\$ 87,4 milhões na operação anual, totalizando um gasto total de R\$ 306,6 milhões ao longo de cinco anos, cerca de 18% a menos que o modelo de administração direta. O cálculo comparativo é apresentado na **TABELA A6** do Apêndice.

Reconhecendo que o gasto por internação pode variar conforme o contexto, calculamos o valor máximo que poderia ser atingido para os hospitais sob gestão OSS a partir do qual se tornam relativamente menos custo-efetivos em comparação ao modelo tradicional (ou seja, o ponto de equilíbrio ou *break even*). Isso corresponderia a um gasto por internação de R\$ 19,48 mil para os hospitais OSS, ou 23% acima do valor médio em nossa amostra (R\$ 15,89 mil). Assumindo uma associação negativa entre o gasto por internação e os níveis de eficiência — uma suposição razoável para nossa pequena amostra — esse nível de gasto de equilíbrio corresponde a hospitais OSS com uma taxa de rotatividade de leitos de cerca de 30 vezes por ano, o que é inferior à média pré-tratamento de 35 vezes. Isso sugere um diferencial substancial de eficiência que sustenta a viabilidade de tais níveis de gasto.

Baseando-se em nossa análise de heterogeneidade na Subseção 3.4.4., exploramos o gasto total necessário para expandir 1500 internações, levando em consideração a eficiência operacional diferenciada associada à experiência das OSS. Estimamos que as internações aumentaram, em média, 2016 e 694 por ano em hospitais geridos por OSS mais e menos experientes, respectivamente. Correspondentemente, o número de leitos aumentou em 12 e 15, respectivamente. Assumindo uma relação linear, isso implicaria um aumento de 9 e 32 leitos, respectivamente, para alcançar as 1.500 internações adicionais previstas neste estudo. Utilizando os mesmos custos de construção e operação para os hospitais OSS, isso resultaria em um gasto a valor presente de R\$ 300,1 milhões e R\$ 321,6 milhões ao longo de cinco anos para OSS mais e menos experientes, respectivamente — aproximadamente 19% e 14% menos que o modelo de administração direta (ver colunas 3 e 4 da **TABELA A6** do Apêndice).

Essas estimativas sugerem que a expansão da capacidade hospitalar sob a gestão de OSS é economicamente vantajosa em comparação ao modelo tradicional. Além disso, mesmo as OSS menos experientes são mais custo-efetivas em comparação ao modelo tradicional. Por outro lado, as OSS mais experientes necessitam de menos de um terço do investimento inicial para alcançar a mesma expansão de capacidade em comparação com suas contrapartes menos experientes. No entanto, ainda há incerteza sobre se resultados semelhantes poderiam ser replicados em outras regiões. Por um lado, os hospitais estaduais de São Paulo são mais intensivos em recursos e eficientes em comparação à média pré-tratamento das unidades estudadas, sugerindo que as estimativas podem representar o limite inferior em termos de custo-efetividade. Por outro lado, o sucesso da implementação de OSS em São Paulo pode superestimar a capacidade de monitoramento disponível em outras regiões, posicionando nossas estimativas como o limite superior das possíveis economias. Mais pesquisas são necessárias para determinar se economias semelhantes poderiam ser alcançadas em outras partes do Brasil.

8.4

Conclusão

Este capítulo analisou a adoção e o impacto do modelo de Organizações Sociais de Saúde no Brasil, que transfere a gestão de serviços de saúde pública para entidades privadas sem fins lucrativos por meio de contratos que vinculam pagamentos ao cumprimento de metas de desempenho. A análise revela uma expansão significativa da adoção do modelo OSS em diversos tipos de serviços de saúde ao longo das últimas duas décadas, predominantemente na região Sudeste. Além disso, um pequeno número de OSS gerenciava a maioria dos estabelecimentos, indicando uma concentração significativa na administração desses serviços.

Apesar de seu crescimento, até hoje, a evidência empírica sobre o impacto da gestão por OSS era limitada a poucos estudos, especialmente no que tange à capacidade de isolar o efeito causal da gestão de OSS. Com foco sobre o setor hospitalar, onde a política foi inicialmente adotada e mais amplamente expandida, a segunda parte deste capítulo avaliou o impacto da transferência da gestão de hospitais públicos para OSS, utilizando uma metodologia robusta de avaliação.

É possível que a combinação de terceirização para entidades privadas sem fins lucrativos e pagamento por desempenho aumente a eficiência sem sacrificar a qualidade ou a equidade? Os resultados apresentados ao longo deste estudo indicam que o modelo de gestão por OSS pode ser uma solução viável e eficaz para melhorar a gestão e a eficiência dos hospitais públicos no Brasil, sem comprometer o acesso e a qualidade dos serviços. As recomendações propostas visam fortalecer esse modelo, garantindo sua sustentabilidade e ampliando seus benefícios para todo o sistema de saúde.

Referências

- Arnold, D. (2022). The impact of privatization of state-owned enterprises on workers. *American Economic Journal: Applied Economics*, 14(4), 343–380.
- Axon, R. N., & Williams, M. V. (2011). Hospital readmission as an accountability measure. *JAMA*, 305(5), 504–505.
- B
arcelos, C. O. G., Andrade, M. V., de Almeida Botega, L., & Malik, A. M. (2022). Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*.
- Barbosa, N. B., & Elias, P. E. M. (2010). As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2483–2495.
- Bergman, M. A., Johansson, P., Lundberg, S., & Spagnolo, G. (2016). Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden. *Journal of health economics*, 49:109–119.
- Bloom, N., Propper, C., Seiler, S., & Van Reenen, J. (2015). The impact of competition on management quality: Evidence from public hospitals. *Review of Economic Studies*, 82(2), 457–489.
- Callaway, B., & Sant’Anna, P. H. (2021). Difference-in-differences with multiple time periods. *Journal of Econometrics*, 225(2), 200–230.
- Card, D., Dobkin, C., & Maestas, N. (2009). Does medicare save lives? *The quarterly journal of economics*, 124(2), 597–636.
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K. V. M., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., et al. (2019). Brazil’s unified health system: The first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10195), 345–356.
- Contreiras, H., & Matta, G. C. (2015). Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: Caracterização e análise da regulação. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(2), 285–297.
- Cooper, Z., Gibbons, S., & Skellern, M. (2018). Does competition from private surgical centres improve public hospitals’ performance? Evidence from the English National Health Service. *Journal of Public Economics*, 166, 63–80.
- de Almeida Botega, L., Andrade, M. V., & Guedes, G. R. (2020). Brazilian hospitals’ performance: An assessment of the Unified Health System (SUS). *Health Care Management Science*, 23(3), 443–452.
- Doyle Jr, J. J., Graves, J. A., Gruber, J., & Kleiner, S. A. (2015). Measuring returns to hospital care: Evidence from ambulance referral patterns. *Journal of Political Economy*, 123(1), 170–214.
- Duggan, M., Gupta, A., Jackson, E., & Templeton, Z. S. (2023). The impact of privatization: Evidence from the hospital sector. NBER Working Paper No. w30824. *National Bureau of Economic Research*.
- Eggleston, K. (2024). Nonprofits and the scope of government: Theory and an application to the health sector.

NBER Working Paper No. 32020. *National Bureau of Economic Research*. Available at <http://www.nber.org/papers/w32020>.

Eliason, P. J., Heebsh, B., McDevitt, R. C., & Roberts, J. W. (2020). How acquisitions affect firm behavior and performance: Evidence from the dialysis industry. *The Quarterly Journal of Economics*, 135(1), 221–267.

Gaynor, M., Laudicella, M., & Propper, C. (2012). Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the english nhs. *Journal of Health Economics*, 31(3), 528–543.

Gaynor, M., Mehta, N., & Richards-Shubik, S. (2023). Optimal contracting with altruistic agents: Medicare payments for dialysis drugs. *American Economic Review*, 113(6), 1530–1571.

Greve, J., & Coelho, V. S. (2017). Evaluating the Impact of Contracting Out Basic Health Care Services in the State of São Paulo, Brazil. *Health Policy and Planning*, 32(7), 923–33.

Gupta, A. (2021). Impacts of performance pay for hospitals: The readmissions reduction program. *American Economic Review*, 111(4), 1241–83.

Hannan, E. L., Racz, M. J., Walford, G., Ryan, T. J., Isom, O. W., Bennett, E., & Jones, R. H. (2003). Predictors of re-admission for complications of coronary artery bypass graft surgery. *JAMA*, 290(6), 773–780.

Heimeshoff, M., Schreyögg, J., & Tiemann, O. (2014). Employment effects of hospital privatization in Germany. *The European Journal of Health Economics*, 15, 747–757.

Ireland, M., Cavalini, L., Girardi, S., Araujo, E. C., & Lindelow, M. (2016). Expanding the primary health care workforce through contracting with nongovernmental entities: The cases of Bahia and Rio de Janeiro. *Human Resources for Health*, 14(1), 1–11.

Knutsson, D. & Tyrefors, B. (2022). The quality and efficiency of public and private firms: evidence from ambulance services. *The Quarterly Journal of Economics*, 137(4), 2213–2262.

Koppenjan, J. F. & Enserink, B. (2009). Public–private partnerships in urban infrastructures: Reconciling private sector participation and sustainability. *Public Administration Review*, 69(2), 284–296.

Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 297(8), 831–841.

La Forgia, G. M., & Couttolenc, B. F. (2009). *Desempenho hospitalar no Brasil: A busca da excelência*. São Paulo: Singular.

Malik, A. M., Schiesari, L., & Carrera, M. (2021). Além da reforma administrativa: A gestão de pessoas na prestação de serviços públicos de saúde no início de 2021. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 26(84).

Mansur, N. S., Marcos, P. T., Mattei, D. F., & Lopes Filho, G. J. (2021). Financiamento público versus faturamento privado em um hospital público sob gestão de uma Organização Social de Saúde. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 48, e20202840.

Meggison, W. L. (2017). Privatization trends and major deals in 2015 and 2016. Available at SSRN 2944287.

Miller, G., & Babiarz, K. S. (2014). Pay-for-performance incentives in low- and middle-income country health programs. In Culyer, A. J. (Ed.), *Encyclopedia of Health Economics* (pp. 457–466). Elsevier.

Ministério da Saúde, F. O. C. (2018). Contas do sus na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010–2014.

Mohanan, M., Donato, K., Miller, G., Truskinovsky, Y., & Vera-Hernández, M. (2021). Different strokes for different folks? Experimental evidence on the effectiveness of input and output incentive contracts for health care providers with varying skills. *American Economic Journal: Applied Economics*, 13(4), 34–69.

Morais, H. M. M. d., Albuquerque, M. d. S. V. d., Oliveira, R. S. d., Cazuzu, A. K. I., & Silva, N. A. F. d. (2018). Organizações sociais da saúde: Uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00194916.

Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., & Schwartz, J. S. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *JAMA*, 281(7), 613–620.

Odendaal, W. A., Ward, K., Uneke, J., Uro-Chukwu, H., Chitama, D., Balakrishna, Y., & Kredo, T. (2018). Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low-and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

Olsson, M. & Tag, J. (2017). Private equity, layoffs, and job polarization. *Journal of Labor Economics*, 35(3), 697–754.

Olsson, M. & Tag, J. (2024). What is the cost of privatization for workers? The *Journal of Finance*, Forthcoming.

Otero, C. & Muñoz, P. (2024). Managers and public hospital performance. *Working Paper*.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797.

Ravioli, A. F., Soárez, P. C. D., & Scheffer, M. C. (2018). Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00114217.

Rocha, R., Furtado, I., & Spinola, P. (2021). Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. *Health Economics*, 30(5), 1082–1094.

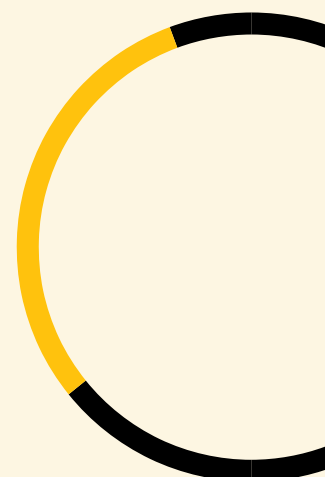
Salmen, M. C. (2024). *Essays on healthcare access and efficiency* (Tese de doutorado). Fundação Getulio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo (FGV EAESP). <https://hdl.handle.net/10438/35020>

Sano, H., & Abrucio, F. L. (2008). Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: O caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, 48(3), 64–80.

Syverson, Chad. 2011. What Determines Productivity? *Journal of Economic Literature*, 49(2): 326–365.

Titingier, D. P., Lisboa, L. A. F., Matrangolo, B. L. R., Dallan, L. R. P., Dallan, L. A. O., Trindade, E. M., Eckl, I., Kalil Filho, R., Mejía, O. A. V., & Jatene, F. B. (2015). Cardiac surgery costs according to the preoperative risk in the Brazilian public health system. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 105, 130–138.

Vashi, A. A., Urech, T., Carr, B., Greene, L., Warsavage, T., Hsia, R., & Asch, S. M. (2019). Identification of emergency care-sensitive conditions and characteristics of emergency department utilization. *JAMA Network Open*, 2(8), e198642.



Apêndice

A. Figuras e Tabelas Adicionais

TABELA A1 - CARACTERÍSTICAS DOS CONTRATOS DE GESTÃO POR TIPO DE SERVIÇO CONTRATADO

Metas do Contrato							
Tipo Serviço	Vigência do contrato	Produção		Qualidade		Equipe Mínima	
		Parâmetros mínimos	Descontos	Parâmetros mínimos	Descontos	Parâmetros mínimos	Descontos
Hospitais	5 anos (estadual); 3 anos (municipal)	85-95% do volume de produção	10-30% do valor global do contrato (semestral)	100% dos indicadores	até 10% do valor global do contrato (trimestral)	NA	NA
Ambulatório Médico de Especialidades	5 anos (estadual)	85-90% do volume de produção	10-30% do valor global do contrato (semestral)	100% dos indicadores	até 10% do valor global do contrato (trimestral)	NA	NA
Unidade de Pronto Atendimento	1 ano (RJ); 20 anos (DF) (estadual)	100% do volume de produção	Glosa de até 10%	100% dos indicadores	Sem impacto financeiro, sujeita à penalidades por não cumprimento	Especifica equipe profissional saúde e apoio	Sem impacto financeiro, sujeita à penalidades por não cumprimento
Rede Assistencial (atenção primária; CAPS e outros tipos)	4-5 anos (municipal)	85% do volume de produção	10% sobre % linha serviço sobre 95% do valor global do contrato	100% dos indicadores	Desconto proporcional à meta e incide sobre 5% do valor do contrato	Especifica equipe profissional saúde e apoio	Correspondente ao profissional não contratado

Nota: As informações desta tabela foram extraídas de uma amostra de alguns contratos de gestão extraídos diretamente dos portais de transparência municipais e estaduais

TABELA A2 - EFEITOS DO MODELO OSS NO PERFIL DOS PACIENTES

	Efeito 2-anos	Efeito 5-anos	Efeito placebo	Média no baseline
	(1)	(2)	(3)	(4)
Idade média	0.132 (0.528)	0.067 (0.614)	-0.321 (0.156)	37.522
% 0-4	-0.010 (0.008)	-0.008 (0.007)	0.001 (0.001)	0.070
% 5-14	-0.011 (0.008)	-0.009 (0.008)	0.003 (0.002)	0.081
% 15-24	0,012 (0.008)	0,01 (0.009)	0.002 (0.002)	0.180
% 25-44	0.012 (0.009)	0.012 (0.009)	-0.000 (0.002)	0.278
% 45-64	-0.005 (0.004)	-0.007 (0.006)	-0.004 (0.003)	0.206
% 65+	-0.001 (0.007)	-0.001 (0.008)	-0.002 (0.002)	0.186
% Sexo feminino	0.007 (0.010)	0.005 (0.011)	0.002 (0.003)	0.568
Renda média (R\$)	44.851 (98.455)	47.568 (119.166)	8.057 (8.416)	1219.470
Valor médio reembolsado por internação (R\$)	14.058 (67.841)	26.395 (78.796)	-14.490 (46.900)	1315.650

Nota: Esta tabela relata os efeitos médios do modelo OSS sobre as características dos pacientes. Os erros padrão entre parênteses são calculados usando um bootstrap agrupado a nível de hospital. As colunas 1 e 2 relatam o efeito médio após dois anos e após cinco anos, respectivamente. A coluna 3 relata o efeito placebo. A coluna 4 mostra a média de cada variável na linha de base, ou seja, o período de cinco anos antes do tratamento. A variável renda média (R\$) do paciente internado é proveniente da vinculação do CEP do paciente internado com a renda média domiciliar dos setores censitários do Censo de 2010.

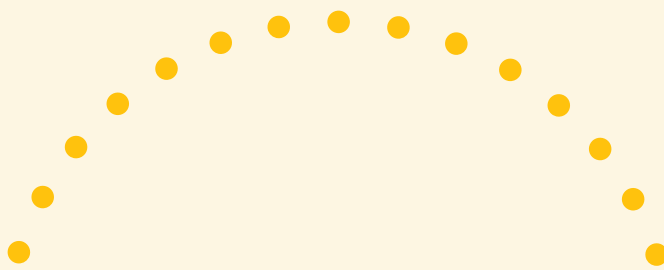


TABELA A3 - EFEITOS DO MODELO OSS NAS TAXAS DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALARES

	Efeito 2-anos	Efeito 5-anos	Efeito placebo	Média no baseline
	(1)	(2)	(3)	(4)
Taxa de mortalidade por cond. alta mortalidade	0.005 (0.010)	0.007 (0.010)	0.003 (0.002)	0.119
Taxa de mortalidade na sala de emergência	0.000 (0.004)	0.004 (0.006)	0.003 (0.002)	0.062
Taxa de mortalidade cirúrgica	-0.004 (0.005)	-0.002 (0.003)	0.001 (0.001)	0.019

Nota: Esta tabela relata os efeitos médios do modelo OSS sobre diferentes taxas de mortalidade intra-hospitalares. Os erros padrão entre parênteses são calculados usando um bootstrap agrupado a nível de hospital. As colunas 1 e 2 relatam o efeito médio após dois anos e após cinco anos, respectivamente. A coluna 3 relata o efeito placebo. A coluna 4 mostra a média de cada variável na linha de base, ou seja, o período de cinco anos antes do tratamento.

TABELA A4 - EFEITO DO MODELO OSS EM RECURSOS, SEGUNDO A EXPERIÊNCIA DAS OSS

	Experiência acima da mediana	Experiência abaixo da mediana
	(1)	(2)
Leitos	12.292 (5.794) [112.373]	15.186 (8.622) [102.499]
Equipamentos médicos por leito	0.464 (0.177) [1.325]	0.243 (0.188) [1.337]
Total de profissionais por leito	0.188 (0.260) [2.903]	0.165 (0.240) [2.859]
Médicos por leito	0.025 (0.071) [0.707]	0.025 (0.060) [0.544]

	Experiência acima da mediana	Experiência abaixo da mediana
	(1)	(2)
Enfermeiros por leito	0.100 (0.036) [0.278]	0.026 (0.036) [0.315]
Técnicos de enfermagem por leito	0.113 (0.106) [0.567]	0.011 (0.093) [0.786]
Auxiliares de enfermagem por leito	-0.171 (0.082) [0.627]	-0.048 (0.044) [0.405]
Outros profissionais da saúde por leito	-0.004 (0.024) [0.136]	0.006 (0.016) [0.138]
Outros profissionais por leito	0.122 (0.119) [0.597]	0.140 (0.120) [0.670]
Proporção contratos CLT	0.193 (0.045) [0.047]	0.226 (0.049) [0.082]
Proporção contratos Estatutário	-0.285 (0.049) [0.311]	-0.151 (0.037) [0.325]
Proporção contratos Outros	0.054 (0.072) [0.384]	-0.152 (0.064) [0.477]

Nota: Esta tabela relata os efeitos médios do modelo OSS após cinco anos sobre indicadores de uso de recursos segundo a experiência dos gestores. Os erros padrão entre parênteses são calculados usando um bootstrap agrupado a nível de hospital. Experiência acima da mediana refere-se ao grupo de hospitais sob gestão de entidades mais velhas ou com mais anos de existência, e experiência abaixo da mediana refere-se a hospitais sob gestão de entidades mais novas ou com menos anos de existência. A média de cada variável no período inicial, pré-tratamento, é apresentada entre colchetes. Os resultados consideram uma amostra de hospitais que são mais semelhantes na linha de base.

TABELA A5 – CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS GERIDOS POR OSS E PELO ESTADO COM 100-200 LEITOS, NA AMOSTRA DO ESTADO DE SÃO PAULO

	"Hospitais OSS"	"Hospitais AD"	Média no baseline
	(1)	(2)	(3)
Leitos	151.33 (26.19)	149.85 (28.35)	115.06
Profissional por leito	6.79 (1.90)	5.53 (1.30)	4.08
Médico por leito	1.89 (0.79)	1.79 (0.52)	1.25
Equipamento por leito	4.02 (1.92)	2.33 (0.67)	1.32
Internações por leito	56.99 (22.39)	38.95 (11.59)	34.7
Gasto total (R\$ milhões)	119.31 (41.19)	101.24 (33.10)	
Gasto por internação (R\$ mil)	15.89 (7.51)	18.14 (4.56)	
Observações	11	7	

Nota: Esta tabela apresenta indicadores de volume, recursos e despesas para hospitais no Estado de São Paulo sob gestão por OSS e administração direta do estado, com médias entre 2013 e 2022. A amostra é restrita a hospitais com 100 a 200 leitos. Os dados sobre volume e capital físico e humano foram extraídos do SIH e do CNES, tanto para hospitais OSS quanto para os administrados pelo estado. O total de despesas refere-se ao montante total desembolsado pelo Estado de SP para serviços hospitalares, incluindo custos operacionais (por exemplo, recursos humanos, materiais e medicamentos) e despesas de capital (investimentos em equipamentos e mobiliário), excluindo possíveis despesas com ampliação de leitos. Os indicadores de despesas foram convertidos em reais de dezembro de 2022 usando o índice de preços ao consumidor. A Coluna 3 mostra a média de cada variável para as unidades tratadas no estudo principal durante o período de cinco anos antes do tratamento (linha de base). Os valores na tabela representam as médias, e entre parênteses, o desvio padrão.

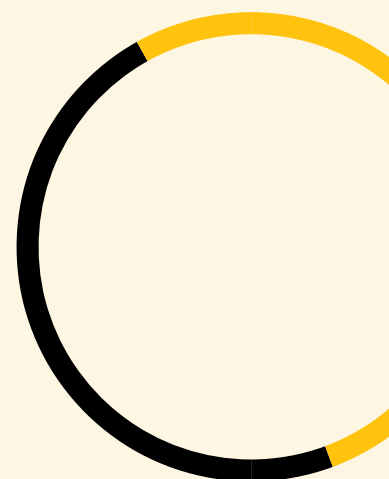


TABELA A6 – COMPARAÇÃO DO GASTO TOTAL PARA EXPANDIR 1500 INTERNAÇÕES EM CADA MODELO

	Modelo Tradicional	Transferência para OSS		
		OSS Média	Experiência acima da mediana	Experiência abaixo da mediana
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Gasto total com construção de leitos	44.51	16.62	9.27	33.62
Necessidade de novos leitos	43	16	9	32
Valor por leito (R\$ milhões)	1.04	1.04	1.04	1.04
2. Gasto total com operação anual (R\$ milhões)	99.77	87.40	87.40	87.40
Total de internações (atuais + novas)	5500	5500	5500	5500
Produção atual	4000	4000	4000	4000
Produção nova	1500	1500	1500	1500
Gasto por internação (R\$ mil)	18.14	15.89	15.89	15.89
3. Gasto presente líquido em 5 anos (R\$ milhões)	372.59	306.58	300.08	321.63
Variação do modelo tradicional		-18%	-19%	-14%

Nota: Esta tabela apresenta o cálculo do gasto total estimado para expansão de 1500 internações considerando um hospital de 115 leitos iniciais e 4000 internações anuais. O valor por leito de referência para construção de um leito refere-se ao gasto total de construção do Hospital Estadual de Sorocaba, entregue pelo governo do Estado de São Paulo em 2018, dividido pelo número de leitos do hospital (<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/em-sorocaba-alckmin-entrega-hospital-de-alta-complexidade-com-260-leitos/>). O gasto médio por internação é extraído da amostra dos hospitais estaduais de São Paulo com 100-200 leitos (ver Tabela A5 deste apêndice). Para cálculo do Gasto Presente Líquido utilizou-se 13% de taxa de desconto e 4% a.a. de taxa de inflação.

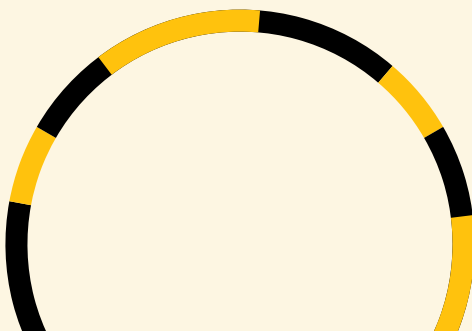
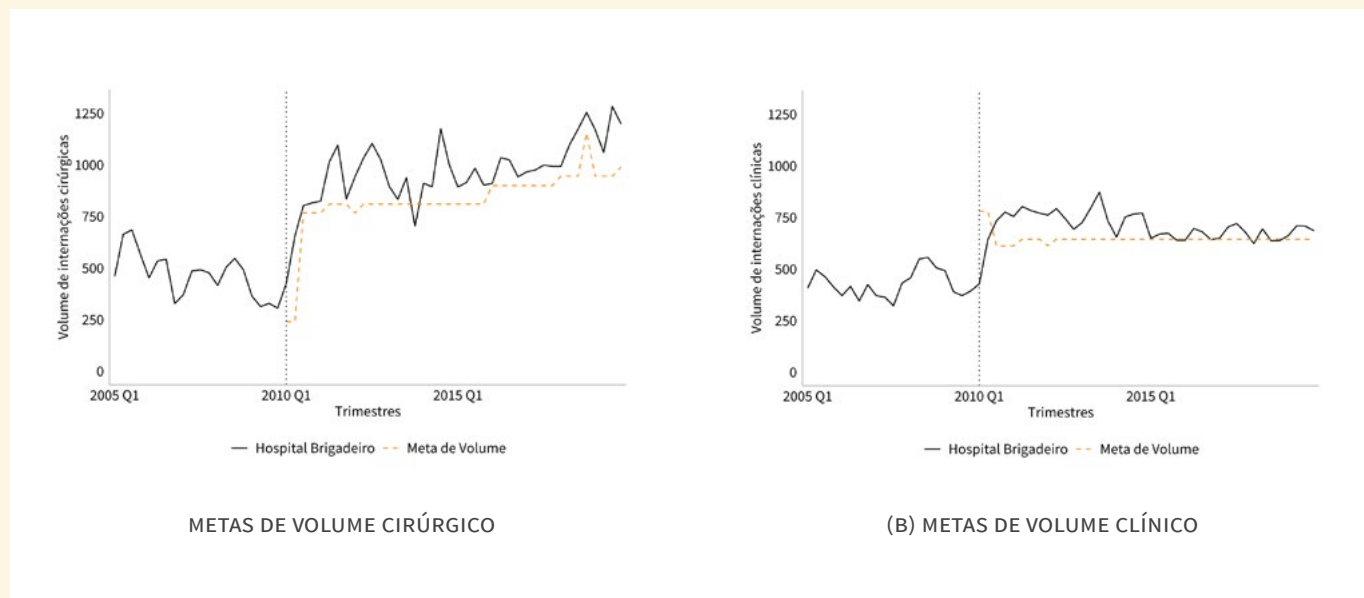


FIGURA A1 - VOLUME DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES E METAS DE PRODUÇÃO PARA PROCEDIMENTOS INCENTIVADOS



Nota: As linhas verticais indicam o início de cada contrato OSS. Ambas as figuras mostram dados do "Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo Dr. Euryclides de Jesus Zerbini -- Hospital Brigadeiro", um hospital típico em termos de tamanho e características dos pacientes, localizado na cidade de São Paulo, e que inicialmente estava sob administração pública. Em janeiro de 2010, sua administração foi transferida para um OSS. Codificamos manualmente as metas de internação hospitalar dos contratos OSS e, em seguida, comparamos os volumes de internação reais do hospital, extraídos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/Datasus). Os contratos incluem metas de volume tanto para internações em clínica médica quanto para procedimentos cirúrgicos.

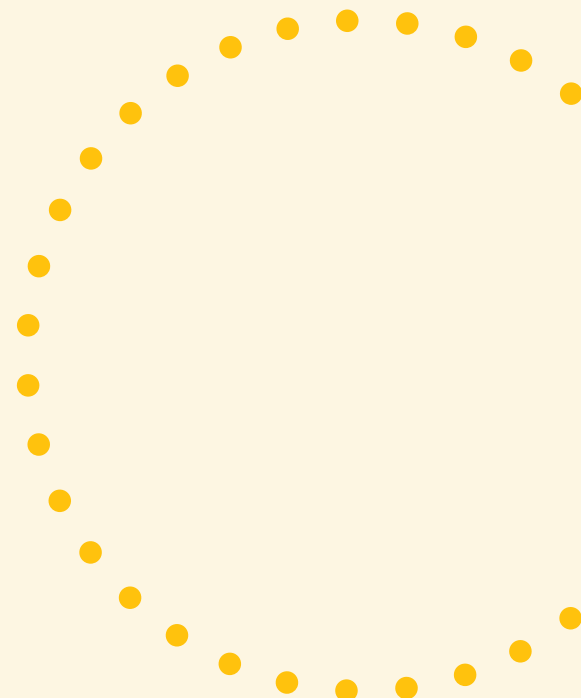
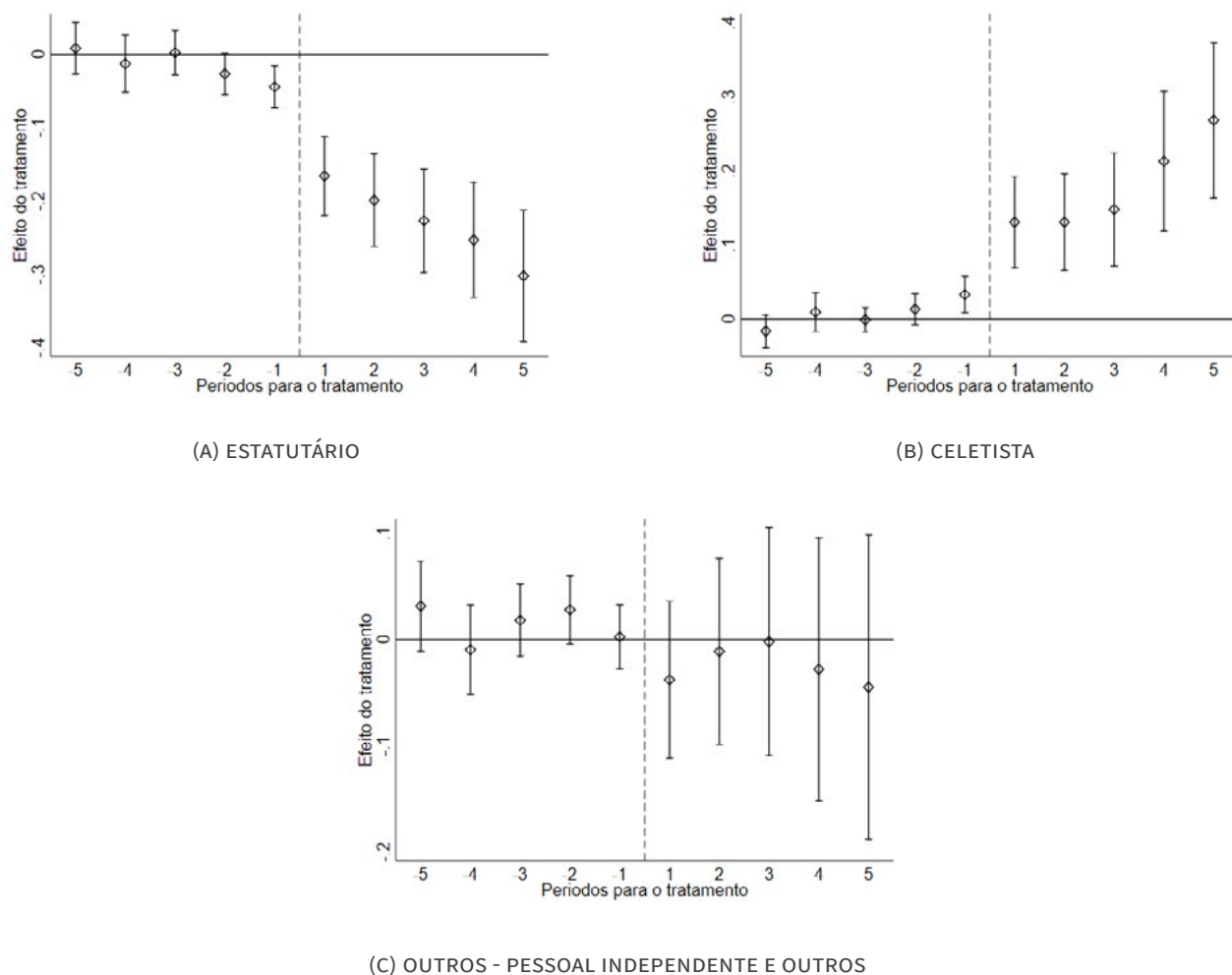
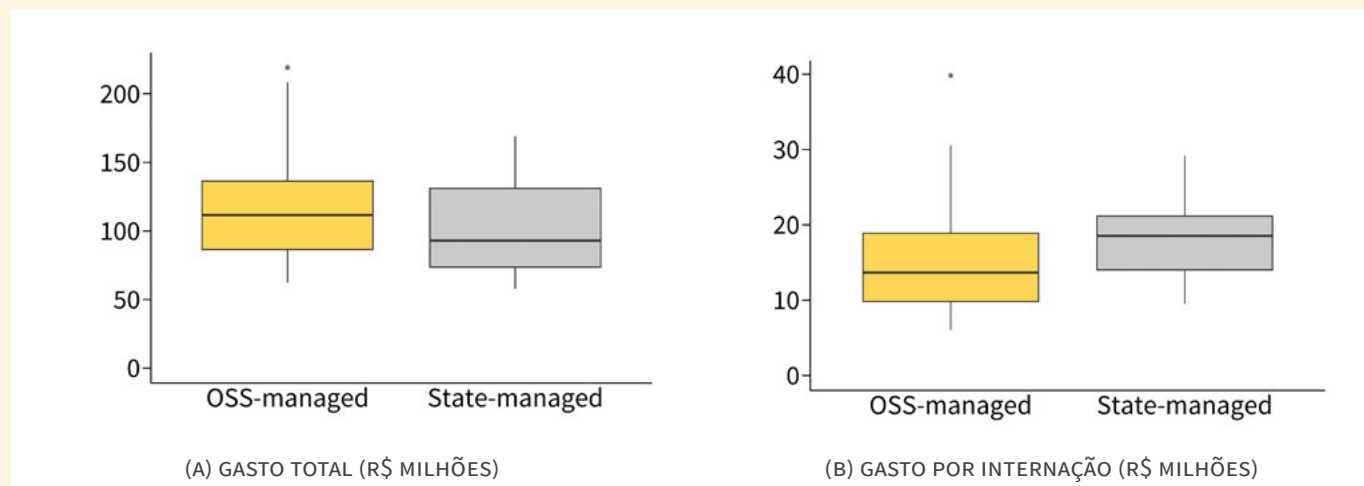


FIGURA A2 - EFEITOS DO MODELO OSS NOS ARRANJOS DE EMPREGO — PARCELA DE TRABALHADORES SOB CADA REGIME DE EMPREGO



Nota: Esta figura traça bandas de confiança de 95% calculadas com um bootstrap agrupado a nível de hospital e estimadores DiD de tratamento e placebo para os efeitos do modelo OSS sobre a proporção de trabalhadores em três regimes de emprego: Estatutário (PAINEL A), Celetista (PAINEL B) e Outros (PAINEL C). 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. Entre parênteses, os erros padrão são calculados com um bootstrap agrupado a nível de hospital. O Baseline indica o valor médio da amostra para os hospitais tratados nos anos anteriores à gestão por OSS.

FIGURA A3 – GASTO TOTAL E POR INTERNAÇÃO COM HOSPITAIS ESTADUAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO (2013-2022)



Nota: Esta figura exibe boxplots comparando os indicadores de despesas hospitalares para hospitais estaduais no Estado de São Paulo, sob gestão por OSS e administração direta do estado, entre 2013 e 2022. Os indicadores referem-se ao gasto médio hospitalar (a) e ao gasto por internação (b). A amostra inclui 18 hospitais estaduais com 100-200 leitos. Os valores são convertidos para reais de dezembro de 2022 usando o índice de preços ao consumidor.

B. Estratégia Empírica

Nosso objetivo é quantificar os efeitos causais do modelo OSS nos hospitais públicos afetados. Aproveitamos a transição escalonada da administração pública para a privada entre os hospitais e ao longo do tempo em um desenho de Diferenças em Diferenças (DiD), que, quando combinado com o pareamento, é comumente utilizado na literatura sobre privatização e propriedade (Olsson e Tag, 2017; Eliason et al., 2020; Arnold, 2022; Duggan et al., 2023; Olsson e Tag, 2024).

Começamos definindo a notação usada ao longo da seção. Denote um determinado ano por w , e deixe D_w ser uma variável binária que indica se um hospital passou pela administração OSS até w . Também defina G_g como uma variável dummy que é igual a um se um hospital é tratado pela primeira vez em g . Defina C como uma variável dummy que é igual a um para o grupo de controle: hospitais públicos que não experimentaram uma mudança de propriedade. Finalmente, deixe $Y_w(1)$ e $Y_w(0)$ medirem os resultados potenciais dos hospitais no tempo w com e sem o modelo OSS, respectivamente. O principal componente do nosso modelo empírico é o efeito médio do tratamento para hospitais que são membros do grupo g em um período particular w , denotado por

$$ATT(g, w) := E[Y_w(1) - Y_w(0) | G_g = 1].$$

Expressamos nosso parâmetro de interesse em termos funcionais de efeito médio de tratamento, conforme a equação acima. Em particular, estamos principalmente interessados em

$$\tau_t := \sum_{g \in G} P(G_g = 1) ATT(g, g + t),$$

que é o efeito médio do tratamento do modelo OSS nos resultados dos hospitais com $t > 0$ períodos após a transição para o modelo de gestão por OSS, entre todos os grupos de hospitais que aderiram ao modelo OSS.

Para estimar τ_t e realizar inferência válida, seguimos as ferramentas propostas por Callaway e Sant'Anna (2021) em desenhos escalonados. Em resumo, para qualquer período g em que um grupo de hospitais transita para a gestão OSS e para um tempo de evento fixo $t > 0$, usamos o DiD padrão 2×2 para obter uma estimativa para esse grupo – ou seja, o efeito do tratamento para hospitais do grupo g , t períodos após OSS: $(ATT)(g, g + t)$. Este é o resultado de comparar entre os

períodos $g-1$ e $g+t$ unidades que mudaram seu *status* de não tratado para tratado em g com aqueles que permaneceram não tratados até $g+t$. Em seguida, agregamos esses DiDs separados com base no tamanho relativo da amostra de cada coorte tratada, $\hat{P}(G_g = 1)$ para estimar os efeitos médios para todos os grupos de hospitais públicos afetados, t períodos após o ano em que mudaram para a administração OSS (τ_t). No artigo, normalmente interpretamos os resultados usando um parâmetro resumido que leva a média de τ_t ao longo de $\tau \in \{1, 2, 3, 4, 5\}$, isto é, a média sobre o período pós-transição. Para realizar inferência assintoticamente válida, usamos um procedimento de bootstrap que calcula bandas de confiança simultâneas para todo o caminho dos efeitos médios de tratamento de grupo-tempo. Nosso procedimento de inferência também leva em conta a autocorrelação dos dados usando erros-padrão agrupados no nível do hospital.

Nosso desenho de pesquisa utiliza hospitais públicos cujo tratamento é estável, para inferir as tendências que teriam afetado os hospitais que mudaram de administração, caso não tivessem feito a transição para o OSS. Embora nossa abordagem seja padrão nessa literatura, reconhecemos que o tratamento não é atribuído de forma exógena. Diferenças fixas entre hospitais tratados e de controle poderiam levar a vieses se a trajetória dos resultados hospitalares (na ausência do modelo OSS) dependesse das características no período de base (pré-tratamento). Para encontrar um grupo de controle válido, empregamos o pareamento por escore de propensão com base em atributos-chave nos anos anteriores à transição, seguindo a literatura anterior. Usamos o pareamento para identificar sequencialmente um único hospital de comparação para cada hospital tratado do grupo g sem reposição. Como variáveis explicativas, utilizamos o número de leitos, internações hospitalares, total de trabalhadores, equipamentos médicos e taxa de mortalidade de pacientes internados. Especificamente, calculamos a média ao longo dos períodos $g-5$ a $g-1$. Nosso desenho de estudo é, portanto, baseado em uma *suposição de tendências paralelas condicionais*. Ou seja, assumimos que hospitais públicos com as mesmas características de base seguiriam a mesma tendência nos resultados na ausência do modelo OSS.

Apoiamos nossa estratégia de identificação com evidências empíricas e verificações de robustez. Estimamos os efeitos do modelo OSS usando períodos pré-tratamento (τ_t para $t < 0$). Encontrar coeficientes estatisticamente diferentes de zero indicaria uma violação da suposição de tendências paralelas. Ao longo do artigo, mostramos que esses efeitos placebo são estatisticamente diferentes de zero para vários resultados, reforçando a validade do nosso desenho.

Complementamos a análise de tendências pré-tratamento examinando os determinantes da adoção do OSS e seu

cronograma, comparando hospitais tratados e de controle (ponderados). A TABELA B1 deste Apêndice relata os resultados de modelos de sobrevivência em tempo discreto, com efeitos marginais calculados sobre as médias das variáveis independentes.²² Descobrimos que várias covariáveis importantes de base não preveem a adoção do OSS, indicando que os grupos tratado e controle estão razoavelmente equilibrados. Isso mitiga preocupações sobre tendências não observadas que dependem das características de base, incluindo choques agregados de saúde que podem estar associados à adoção do OSS e poderiam afetar os hospitais de maneira diferente dependendo de suas características. Além disso, e fundamentalmente para nossa suposição de identificação, não observamos qualquer correlação entre a adoção do OSS e a variação pré-tratamento nos insumos hospitalares (leitos, força de trabalho e equipamentos médicos), produção e taxas de mortalidade. Esses resultados novamente apoiam a validade da nossa estratégia empírica.

Também exploramos especificações alternativas para nosso modelo de DiD, como a inclusão de todo o pool de hospitais de controle e formas alternativas de ajustar para tendências específicas de covariáveis. Reconfortantemente, as estimativas pontuais permanecem estáveis em diferentes especificações, sugerindo que nossos resultados provavelmente não são causados por tendências diferenciais entre hospitais tratados e de controle. O Apêndice C discute ainda mais as verificações de robustez. Em conjunto, esses testes são consistentes com choques não observáveis que variam ao longo do tempo não desempenhando um papel importante em nosso cenário.

22 Realizamos essa estimativa modificando nosso banco de dados de forma que cada hospital deixe a amostra após a mudança para gestão por OSS. Em seguida, estimamos modelos logit controlando por um polinômio flexível de tempo, onde a variável dependente é uma dummy que recebe o valor de um quando o hospital é tratado e as variáveis independentes são características hospitalares. Estimamos dois modelos: um inclui mudanças nas características hospitalares entre $t-2$ e $t-1$ como covariáveis (-1, Curto), e o outro inclui mudanças nas características hospitalares entre $t-4$ e $t-1$ (-1, Longo). Ambos os modelos incluem algumas características de base como variáveis independentes.

TABELA B1 – ESTIMATIVA DE RISCO DA PROBABILIDADE DO HOSPITAL RECEBER GESTÃO OSS (EFEITOS MARGINAIS)

	(1)	(2)
Leitos	0.00023 (0.00017)	0.00016 (0.00022)
Equipamentos médicos	-0.00001 (0.00004)	-0.00001 (0.00005)
Médicos	-0.00010 (0.00008)	-0.00016 (0.00011)
Outros trabalhadores	0.00001 (0.00003)	0.00003 (0.00005)
Internações hospitalares	-0.00000 (0.00000)	0.00000 (0.00000)
Taxa de mortalidade intra-hospitalar	-0.00156 (0.01676)	0.00748 (0.02240)
Δ-1, Curto Leitos	-0.00002 (0.00034)	
Δ-1, Curto Equipamentos médicos	0.00001 (0.00007)	
Δ-1, Curto Médicos	0.00004 (0.00012)	
Δ-1, Curto Outros trabalhadores	0.00001 (0.00006)	
Δ-1, Curto Internações hospitalares	0.00000 (0.00000)	
Δ-1, Curto Taxa de mortalidade intra-hospitalar	0.00239 (0.01496)	
Δ-1, Longo Leitos		0.00003 (0.00022)
Δ-1, Longo Equipamentos médicos		0.00001 (0.00004)
Δ-1, Longo Médicos		0.00015 (0.00011)

	(1)	(2)
Δ-1, Longo Outros trabalhadores		0.00002 (0.00004)
Δ-1, Longo Internações hospitalares		0.00000 (0.00000)
Δ-1, Longo Taxa de mortalidade intra-hospitalar		0.00475 (0.01749)
Observações	1630	1201

Nota: Esta tabela reporta os efeitos marginais da estimativa de risco da probabilidade de um hospital receber a gestão OSS. Nesta especificação, cada hospital deixa a amostra após a mudança para gestão por OSS. Estimamos dois modelos: na coluna (1), inclui mudanças nas características hospitalares entre $t-2$ e $t-1$ como covariáveis ($_{-1,Control}$), e o outro, na coluna (2) inclui mudanças nas características hospitalares entre $t-4$ e $t-1$ ($_{-1,Longo}$). Ambos os modelos incluem algumas características de base como variáveis independentes.

C. Análise de Robustez

Os resultados apresentados na Subseção 3 revelam um padrão importante: as estimativas pré-tratamento se mantêm consistentemente próximas a zero. Esses resultados mitigam preocupações sobre causalidade reversa e viés de variável omitida, reforçando a validade da suposição de tendências paralelas que fundamenta nosso desenho de pesquisa. Nesta seção, avaliamos ainda mais a robustez dos resultados principais em relação a diferentes suposições de modelagem e outras preocupações de validade. A **TABELA C1** apresenta os resultados correspondentes para alguns dos principais resultados. A Coluna (1) repete os resultados dos nossos modelos base para facilitar a comparação. No geral, os resultados são muito tranquilizadores, uma vez que os coeficientes permanecem a menos de um erro padrão das estimativas de base em todas as verificações.

Especificamente, a Coluna (2) utiliza todo o grupo de controle. A Coluna (3) também considera todo o grupo de controle e adicionalmente controla por várias tendências específicas de covariáveis. A estabilidade dos resultados entre as Colunas 1-3 sugere que nossos achados provavelmente não são motivados por tendências diferenciais entre hospitais tratados e de controle. Uma preocupação quanto aos nossos efeitos de tratamento é que eles possam derivar não apenas de efeitos dinâmicos, mas também de mudanças na composição devido a mudanças tardias de hospitais, com anos

pós-OSS faltantes. Para abordar essa preocupação, a Coluna (4) considera um painel equilibrado ao longo dos tempos de evento. Os resultados indicam que mudanças na composição não impactam nossos resultados. Finalmente, a Coluna (5) testa nossos resultados excluindo dados a partir de 2020. Como muitos hospitais públicos passaram a ser tratados na segunda metade de nosso painel, pode haver preocupações de que nossos efeitos de tratamento sejam influenciados por mudanças comportamentais específicas dos hospitais durante a pandemia de COVID-19. No entanto, isso não parece ser o caso.

TABELA C1 - TESTES DE ROBUSTEZ

	Especificação Principal	Todo o grupo de controle	Todo o grupo de controle + covariadas	Principal + Painei Balanceado	Principal + Excluindo dados Covid-19
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Internações hospitalares	0.351 (0.131)	0.345 (0.096)	0.327 (0.098)	0.412 (0.178)	0.361 (0.159)
Equipamentos médicos por leito	0.351 (0.131)	0.345 (0.096)	0.327 (0.098)	0.412 (0.178)	0.361 (0.159)
Médicos por leito	0.200 (0.091)	0.150 (0.071)	0.179 (0.075)	0.305 (0.113)	0.146 (0.105)
Internações por leito	8.036 (2.238)	8.704 (1.712)	8.903 (1.789)	8.032 (3.093)	9.024 (2.609)
Tempo médio de permanência	-0.566 (0.201)	-0.427 (0.178)	-0.492 (0.176)	-0.782 (0.271)	-0.617 (0.238)
Taxa de mortalidade todas as causas	-0.004 (0.005)	-0.008 (0.004)	-0.005 (0.005)	-0.001 (0.008)	-0.006 (0.005)
Taxa de mortalidade por cond. emergência	0.001 (0.007)	-0.005 (0.006)	-0.001 (0.006)	0.008 (0.010)	0.001 (0.009)
Taxa de readmissão todas as causas	-0.001 (0.004)	0.006 (0.003)	0.004 (0.003)	-0.003 (0.006)	-0.001 (0.005)
Taxa de readmissão por cond. emergência	-0.004 (0.006)	0.003 (0.004)	0.000 (0.004)	-0.006 (0.007)	-0.004 (0.007)

Nota: Esta tabela relata nossos principais efeitos médios para diferentes especificações. Os efeitos médios são definidos pela média dos estimadores DiD para os cinco tempos de evento positivos. Os erros padrão entre parênteses são calculados usando um bootstrap agrupado a nível de hospital. A coluna 1 apresenta os resultados de nossa especificação principal. A coluna 2 testa uma especificação na qual usamos todo o conjunto de hospitais de controle. A coluna 3 também usa todos os hospitais de controle e ajusta adicionalmente para tendências específicas de covariáveis: número de leitos hospitalares, equipamentos médicos, trabalhadores, internações hospitalares, taxas de mortalidade intra-hospitalar e o estado onde o hospital está localizado. A coluna 4 considera um painel equilibrado durante os tempos de evento e usa a mesma especificação da coluna 1. A coluna 5 exclui dados a partir de 2020 e usa a mesma especificação da coluna.

D. Efeito no Sistema de Saúde

Aqui refinamos nossa abordagem de pesquisa e a implementamos no nível do sistema de saúde, que definimos usando Regiões de Saúde (RS). Essas regiões são áreas geográficas contíguas compostas por municípios vizinhos com redes culturais, socioeconômicas, de comunicação e de transporte compartilhadas. Elas visam a otimizar a organização e a entrega dos serviços de saúde no Brasil. Existem 437 RS no país, com cerca de 9 hospitais cada. Essas regiões capturam efetivamente a escolha hospitalar dos pacientes, com 84% dos pacientes optando por um hospital dentro de sua RS.

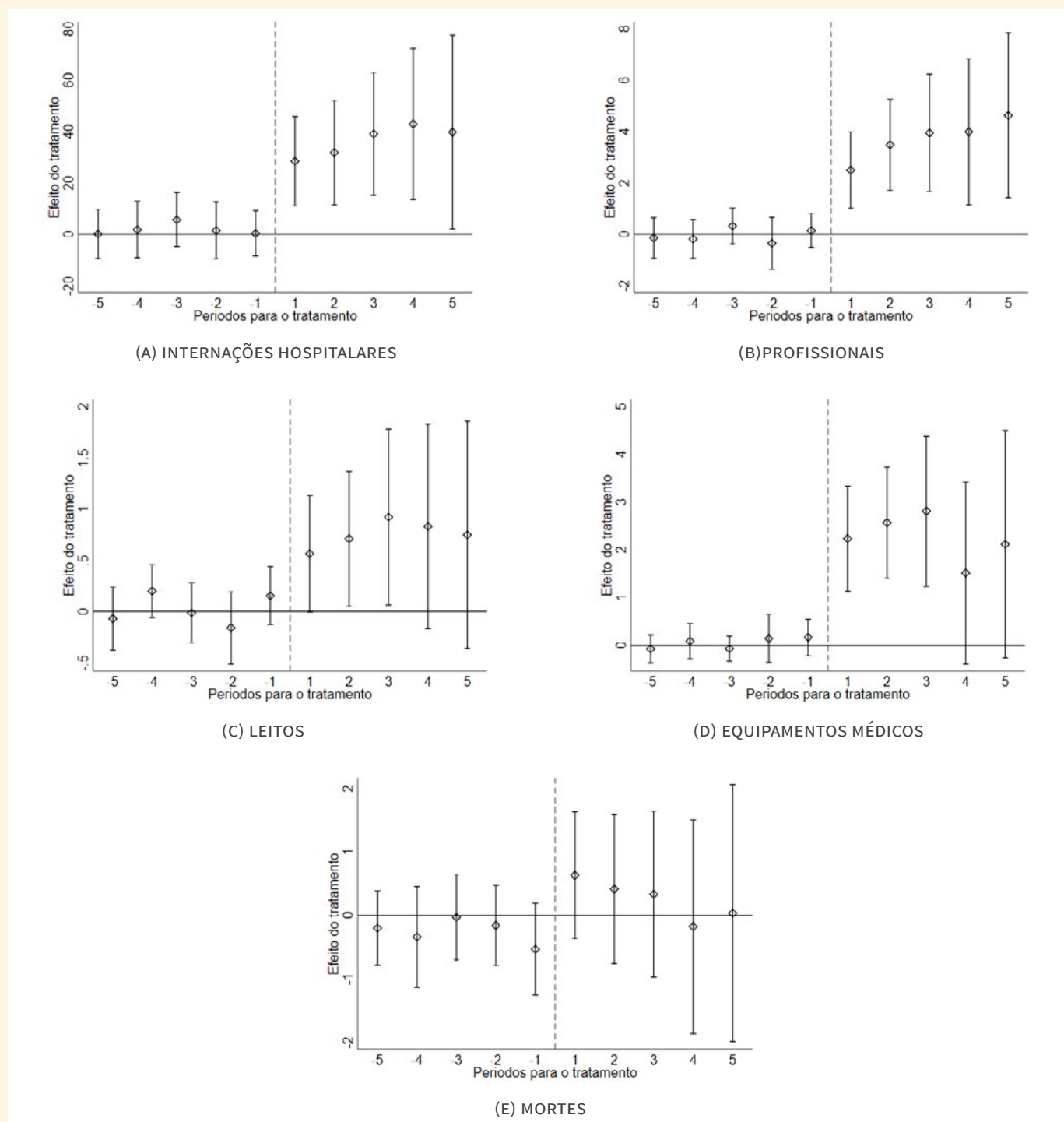
Para conduzir nossa análise no nível do sistema de saúde, identificamos 51 RS onde hospitais públicos passaram para a administração OSS. Excluímos regiões onde hospitais OSS foram criados sob gestão OSS para evitar confundir nossos efeitos com o impacto do estabelecimento de novos hospitais. As regiões de saúde restantes atuam como nosso grupo de comparação. Uma região de saúde é considerada tratada uma vez que um hospital passa por gestão OSS durante o período da amostra, e esse status de tratamento persiste até o final do estudo. O número mediano de hospitais OSS nas regiões tratadas é 1. Estimamos nossos efeitos usando a mesma abordagem empírica da análise em nível hospitalar, que foi delineada no Apêndice C.

A **FIGURA D1** e a **TABELA D1** apresentam nossos achados. Encontramos efeitos fortes e positivos nas hospitalizações no nível do sistema de saúde, sugerindo que a OSS leva a um aumento no acesso ao atendimento hospitalar na RS. O efeito médio indica que as internações aumentam em 36,4 (e.p. 11,1) por 10.000 pessoas ou 7,4% em relação à média no período pré-tratamento. Isso corresponde a 1471 hospitalizações para a RS média, que é praticamente o mesmo efeito que encontramos nos hospitais tratados. Portanto, nossos resultados indicam que as ações do hospital OSS sozinho provavelmente respondem pela maior parte do aumento agregado nas hospitalizações, diminuindo preocupações com a substituição de prestador, realocação de pacientes ou outras externalidades. Além disso, a mesma Figura e Tabela estimam efeitos de tratamento no nível do sistema de saúde para força de trabalho, leitos e equipamentos médicos. Em todos esses resultados, notamos efeitos positivos e estatisticamente significativos. Apesar de algum ruído nas estimativas, os valores estimados estão na faixa do que anteciparíamos com base nos efeitos observados no hospital OSS sozinho, consistente com observações anteriores.

Finalmente, ao conduzir a análise no nível de RS, conseguimos observar dados sobre mortalidade populacional em vez de focar apenas na mortalidade hospitalar. A Figura D1 e a Tabela D1 mostram os efeitos das OSS nas mortes no nível

da região de saúde por 10.000 pessoas. Os efeitos são pequenos e estatisticamente insignificantes: 0,24, e.p. 0,59, sobre uma média no período pré-tratamento de 44. Aproveitamos o fato de que o registro de estatísticas vitais no Brasil fornece mortes por localização para investigar possíveis efeitos de deslocamento. Os resultados da Tabela D1 indicam evidências modestas de deslocamento, com hospitais substituindo o local de morte que ocorreria fora do ambiente hospitalar, principalmente na rua ou em casa. Especificamente, observamos que a OSS levou a uma diminuição de 0,44 ponto (e.p. 0,24) no número de mortes (por 10.000 pessoas) nas ruas ou em casa. Enquanto isso, o número de mortes em hospitais aumenta em 0,69 (e.p. 0,5), embora isso não seja estatisticamente significativo. O efeito sobre mortes ocorrendo em outras instalações de saúde é negativo, mas pequeno e não estatisticamente significativo: -0,07 (e.p. 0,14), sugerindo que a OSS não está substituindo o cuidado em outras camadas do sistema de saúde. No geral, as evidências são consistentes com o OSS aumentando o acesso a hospitais na RS, mas sugerem que a OSS não impede mortes que ocorreriam fora do hospital. De qualquer forma, os efeitos sobre a mortalidade populacional são geralmente baixos, o que está alinhado com o impacto modesto nas internações hospitalares em nível de mercado (aproximadamente 7%).

FIGURA D1 - EFEITO DO MODELO OSS NA REGIÃO DE SAÚDE (POR 10.000 PESSOAS)



Nota: Esta figura apresenta intervalos de confiança de 95% calculadas com um bootstrap agrupado em nível hospitalar e estimadores de diferenças-em-diferenças (DiD) de tratamento e placebo para os efeitos do modelo OSS em indicadores calculados no nível da região de saúde por 10.000 pessoas. 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. Entre parênteses, os erros padrão são calculados com um bootstrap agrupado a nível de hospital. O *Baseline* indica o valor médio da amostra para os hospitais tratados nos anos anteriores à gestão por OSS.

TABELA D1 - EFEITO DO MODELO OSS NA REGIÃO DE SAÚDE (POR 10.000 PESSOAS)

	Efeito 2-anos	Efeito 5-anos	Efeito placebo	Média no baseline
	(1)	(2)	(3)	(4)
Internações hospitalares	30.132 (9.155)	36.412 (11.190)	1.845 (2.334)	489.670
Profissionais	2.989 (0.800)	3.707 (1.019)	-0.045 (0.212)	31.929
Leitos	0.637 (0.300)	0.755 (0.387)	0.023 (0.072)	16.867
Equipamentos médicos	2.401 (0.513)	2.248 (0.676)	0.049 (0.106)	11.317
Taxa de mortalidade populacional	0.522 (0.494)	0.247 (0.592)	-0.254 (0.123)	44.236
Hospitais	0.952 (0.419)	0.697 (0.501)	-0.253 (0.099)	30.561
Outros estabelecimentos de saúde	-0.045 (0.118)	-0.071 (0.141)	0.015 (0.039)	1.344
Casa ou rua	-0.397 (0.213)	-0.445 (0.249)	-0.026 (0.064)	11.625
Outras ou sem classificação	0.012 (0.043)	0.065 (0.058)	0.011 (0.017)	0.706

Nota: Esta tabela reporta os efeitos médios do modelo OSS nos indicadores medidos no nível da região de saúde. Os erros padrão entre parênteses são calculados usando um bootstrap agrupado a nível de hospital. Os controles incluem o número de leitos hospitalares, equipamentos e funcionários, volume de pacientes, a distribuição demográfica e de condições de saúde dos pacientes, taxas de mortalidade intra-hospitalar e o estado onde o hospital está localizado. As colunas 1 e 2 relatam o efeito médio após dois anos e após cinco anos, respectivamente. A coluna 3 relata o efeito placebo. A coluna 4 mostra a média de cada variável na linha de base, ou seja, o período de cinco anos antes do tratamento.

Conexões Políticas na Saúde: Um Estudo sobre Doações de Campanha e Encontros com Autoridades Regulatórias na ANS

AUTOR

Alexandre Rabelo (IEPS)

Sumário Executivo

- Compreender as relações entre empresas do setor privado de saúde e o setor político brasileiro é crucial, considerando os efeitos dessas interações na atividade legislativa e regulatória do setor.
- Este capítulo visa contribuir para a compreensão dessas relações em três dimensões principais: analisar os padrões de doações de campanhas eleitorais por empresas de saúde entre, descrever a presença destas empresas em reuniões junto à ANS e examinar a atuação dos deputados federais em temas de saúde.
- Para tanto, utilizei dados eleitorais e registros de doações de campanha (TSE), dados sobre sócios de empresas (Receita Federal), agenda de autoridades da ANS, e atuação legislativa da Câmara dos Deputados Federais.
- Observa-se que, para os cargos legislativos nas eleições federais/estaduais, apesar das empresas doarem para algo entre 7% e 17% dos candidatos, mais de 30% dos candidatos eleitos receberam doação do setor de saúde, durante o período analisado. Portanto, o valor doado parece ser bem distribuído, de forma que consiga atingir um percentual relevante dos candidatos eleitos.
- Operadoras, prestadoras e empresas farmacêuticas demonstram padrões distintos de doação, 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 em comparação com prestadoras e empresas farmacêuticas.
- De forma geral, nota-se que, enquanto as prestadoras parecem buscar uma relação mais próxima com políticos por meio de doações, as operadoras concentram seus esforços na regulação do setor de saúde suplementar, possivelmente devido à produção de normas focadas nessas empresas pela ANS. Esta dinâmica pode ser observada nos gráficos abaixo:

GRÁFICO A - PERCENTUAL DAS DOAÇÕES DO SETOR DE SAÚDE, POR ÁREA DE ATUAÇÃO DA EMPRESA DOADORA, ELEIÇÕES ESTADUAIS/ FEDERAIS

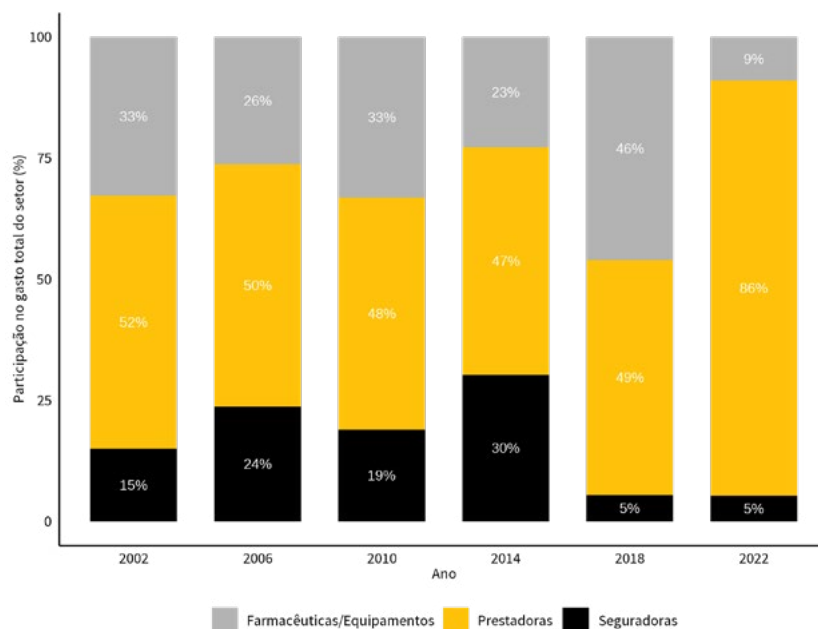
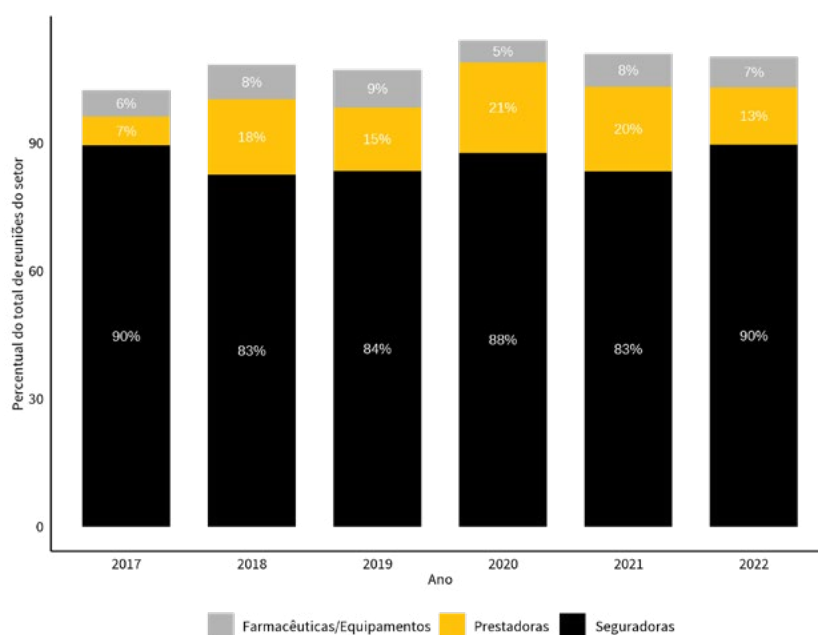
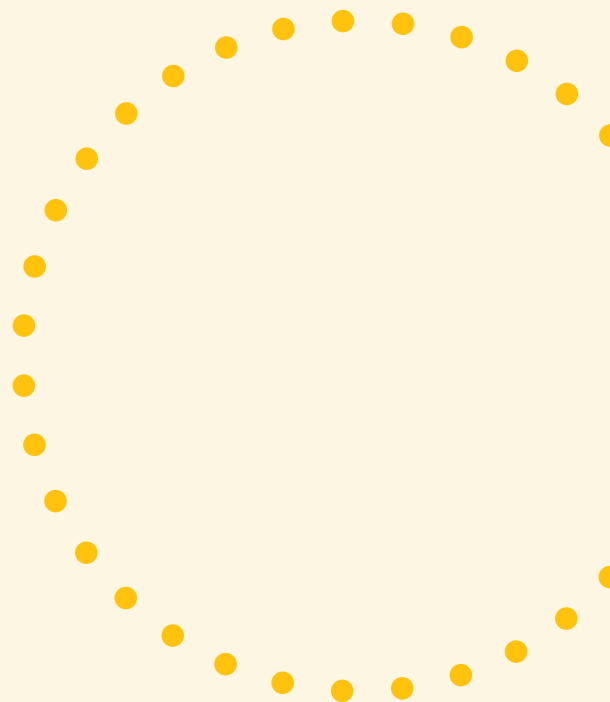


GRÁFICO B - PERCENTUAL DE REUNIÕES NA ANS, POR ÁREA DE ATUAÇÃO DA EMPRESA PRESENTE, PARA OS ANOS DE 2017 A 2022



- Embora este estudo tenha não tenha encontrado correlação entre doações de campanha e eficácia legislativa, reconhecemos que esta é apenas um possível canal da influência dos legisladores na saúde. Outros aspectos, como a nomeação de diretores em agências regulatórias e a promoção de propostas de saúde, merecem investigação adicional para compreender plenamente o impacto do setor político no setor de saúde.
- A escassez de dados detalhados sobre as relações entre empresas privadas de saúde e o setor político no Brasil representa um desafio significativo para a pesquisa nesta área. As conexões muitas vezes ocorrem de forma informal, sem registros oficiais, o que dificulta a compreensão abrangente dessas interações e seus efeitos na legislação e regulação.
- Este estudo enfatiza a complexidade das relações entre empresas de saúde, política e legislação no Brasil. Para uma compreensão mais completa, é necessário examinar outras atividades legislativas e eventos, para além das doações oficiais de campanha, além de investigar como as empresas doadoras interagem com o SUS, para entender melhor a dinâmica entre o setor privado e público na política de saúde.



9.1

Introdução

No Brasil, onde o sistema de saúde é marcado por uma dualidade entre o público e o privado, os interesses comerciais das empresas de saúde podem divergir dos objetivos sociais mais amplos de equidade no acesso a cuidados médicos. A falta de transparência nas relações entre empresas e agentes políticos amplifica os desafios, dada a eventual influência desses interesses nos processos legislativos e regulatórios.

Dessa forma, é importante compreender as relações entre empresas do setor de saúde privada no Brasil e o setor político, bem como seus efeitos sobre a atividade legislativa e regulatória do setor. Um desafio que surge desta questão consiste na limitação de informações e dados para caracterizar essas relações. Por muitas vezes, as conexões entre empresas e políticos são feitas de formas informais, sem registros oficiais. Da maneira similar, o andamento de pautas ligadas à saúde no legislativo, assim como indicações para cargos, é muitas vezes marcado pela falta de transparência. Além disso, a atividade de lobby não é regulamentada no Brasil, o que dificulta a mensuração desta atividade, diferente do que acontece, por exemplo, nos Estados Unidos (SANTOS, 2007).

O objetivo do presente capítulo é avançar na compreensão das relações entre empresas do setor de saúde e os responsáveis pela legislação e regulação no setor. Dada as dificuldades mencionadas no parágrafo anterior, o presente estudo busca contribuir nesta área em três dimensões. A primeira, estudando a conexão entre empresas de saúde e políticos através da descrição dos padrões de doações de campanhas eleitorais das empresas de saúde entre 2002 e 2022. A segunda dimensão diz respeito a análise do canal de contato das empresas do setor com a regulação a partir de reuniões junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Por último, apresentamos uma breve descrição da atuação dos deputados federais nos temas ligados à saúde a partir da construção do score de eficácia legislativa.

A partir de dados públicos de diferentes fontes (Tribunal Superior Eleitoral (TSE), Cadastro de Sócios em empresas da Receita Federal, dados abertos da câmara de deputados federais e dados sobre a agenda de autoridades na ANS), construímos uma base de dados que traz informações sobre candidaturas e resultados eleitorais, informações sobre os doadores

para cada candidatura, reuniões entre empresas e autoridades da ANS e produção legislativa e atuação na câmara de deputados federais. Estes dados permitem uma análise das campanhas eleitorais que aconteceram entre 2002 e 2022, e da atividade parlamentar entre os anos de 2003 e 2023, e da presença de empresas privadas em reuniões com autoridades da ANS entre 2017 e 2022.

Assim, buscamos contribuir para o melhor entendimento das relações entre o setor privado de saúde e o setor político no Brasil, a partir do uso de dados públicos disponíveis. Sabendo das limitações da nossa análise para o entendimento do lobby na saúde, este estudo busca sistematizar os dados disponíveis para avançarmos na compreensão deste tópico, fornecendo uma base para futuras pesquisas e discussões sobre a influência das empresas de saúde no cenário político e regulatório brasileiro.

Já é consolidado na literatura que fatores políticos influenciam a dinâmica do setor de saúde, para além dos efeitos de oferta e demanda sobre os gastos no setor. Um importante aspecto da influência política sobre atividades econômicas em geral ocorre por meio do lobby. Grupos de interesse se organizam e utilizam recursos financeiros para influenciar o poder público a atender as demandas específicas de um determinado grupo empresarial ou setor. Segundo Santos et al. (2019), esses grupos atuam junto à Câmara dos Deputados, especialmente após mudanças legislativas que aumentaram as leis de origem parlamentar. Estudos demonstram como as doações de campanha foram utilizadas, por exemplo, pelo setor industrial para influenciar legislação favorável a esse setor (Santos et al., 2015, 2019) e para obter contratos mais vantajosos com o setor público (Fonseca, 2017).

Cooper et al (2017), ao analisar dados para os Estados Unidos, mostram que hospitais representados por políticos que votaram a favor de lei que aumentava o reembolso aos hospitais de atendimentos públicos, foram recompensados com maiores doações destes hospitais em eleições futuras. Também olhando para os Estados Unidos, Wang et al (2021) mostram que o lobby aumenta o salário dos funcionários em hospitais sem fins lucrativos, aumenta a lucratividade em hospitais privados e aumenta os custos de cuidados com compensação em ambos os tipos.

No âmbito regulatório, Baird (2017) analisa a disputa entre grupos sanitistas e liberais na Agência Nacional de Saúde Suplementar entre 2000 e 2017. Ele mostra que houve um aumento diretores da ANS ligados a empresas do setor privado neste período, porém isso não resultou em mudanças no direcionamento nas ações da agência. Segundo o autor, os principais motivos para isso são a rigidez do arcabouço regulatório e a heterogeneidade do mercado, que dificulta a formação de consenso entre grupos empresariais. A influência da política acontece mesmo no nível local. Como mostrado por Mobarak (2011), a alocação de serviços de saúde pública nos municípios pode ser utilizada como mecanismo de clientelismo.

Ao descrevermos os padrões de doações de campanha das empresas de saúde, mostramos que as prestadoras de serviços de saúde doam em maior volume que as operadoras e as empresas do ramo farmacêutico e de equipamentos médicos. Por sua vez, quando analisamos a agenda das autoridades da ANS, observamos a predominância nas presenças de representantes de operadoras. Dessa forma, o presente estudo apresenta indícios que as

prestadoras buscam uma maior influência junto ao legislativo, enquanto as operadoras focam na regulação do setor.

Esse último fato está em linha com o discutido por Salinas e Martins (2019), que mostram que cerca de 65% de todas as normas produzidas pela ANS tratavam de questões regulatórias das operadoras, planos de saúde e beneficiários, enquanto apenas 2,2% das normas são sobre as prestadoras. Por sua vez, as prestadoras podem tentar uma relação diretamente com os políticos, pro exemplo para facilitar fatores como autorizações necessárias para seu funcionamento, melhores contratos com o sistema público e políticas de reembolso, como encontrado por Wang et al (2021) para os Estados Unidos.

A próxima seção apresenta os dados e metodologia aplicada. Na seção 3, são apresentados os resultados sobre a doação de campanha, agenda de autoridades da ANS e da atividade legislativa no tema saúde. Na última seção, é feita a as considerações finais retomando os principais pontos abordados ao longo do capítulo e sugerindo futuras tópicos para investigação neste tema.



9.2

Dados, metodologia e contexto institucional

As fontes de dados utilizados para a presente análise são do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), da Receita Federal, e os dados abertos da Câmara dos deputados.

As informações eleitorais disponibilizadas pelo TSE incluem dados sobre os candidatos (nome, CPF, gênero, partido, escolaridade, ocupação, raça/cor, cargo a que se candidata) além de informações sobre votações e coligações. Além disso, o TSE disponibiliza, para os anos a partir de 2002, dados sobre prestação de contas eleitorais. São dois bancos de dados. O primeiro traz informações como nome e número do documento dos doadores e valor doado, para cada doação feita diretamente para os candidatos. A segunda base traz as mesmas informações, mas para as doações feitas diretamente para partidos políticos.

Para as eleições ocorridas até 2014, eram permitidas doações para campanhas eleitorais tanto por pessoas jurídicas (CNPJ) quanto por pessoa física (CPF). A reforma eleitoral introduzida em 2015 (Lei nº 13.165/2015), proibiu partidos e candidatos de receberem doações de pessoas jurídicas. Dessa forma, não é possível identificar diretamente a relação entre empresas e candidatos por meio dessas doações de campanha. Porém, a maior parte das doações para campanhas eleitorais ainda são feitas por pessoas físicas que são sócios de empresas¹.

Os dados de sócios de empresas da receita federal (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - 2023) nos permitem obter informações sobre o setor de atividade, o quadro societário das empresas e a data da entrada na sociedade de cada indivíduo. Assim, ao cruzar esta base de dados com a base de doações de campanha, é possível identificar as pessoas físicas que fizeram doação de campanha e que são sócias de alguma empresa, naquele momento do tempo. Além disso, a partir das informações sobre a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), conseguimos identificar as

1 <https://oglobo.globo.com/politica/estudo-mostra-que-90-dos-deputados-tiveram-doacoes-de-empresarios-1-24112204>

empresas que atuam no setor de saúde.² Uma limitação desta base de dados é que não temos o histórico completo dos quadros societários. A base tem informações apenas sobre os sócios atuais das empresas. Portanto, um indivíduo que se tornou sócio de uma determinada empresa em um ano, e saiu da sociedade em um ano posterior, não aparece nesta base de dados. Para contornar este fato, utilizamos, além da versão da base de dados de novembro de 2023, também as versões disponibilizadas em setembro de 2020, novembro de 2019 e fevereiro de 2019.

Ao juntar os dados do TSE com os dados da Receita Federal, conseguimos sistematizar informações sobre o quanto cada candidato recebeu de cada empresa direta ou indiretamente (através de doações de seus sócios). Portanto, até as eleições de 2016, estamos definindo as doações do setor privado de saúde como sendo a soma das doações das empresas deste setor mais as doações de pessoas físicas sócias de empresas do setor de saúde. A partir das eleições de 2016, as doações do setor de saúde compreendem apenas as doações dos sócios de empresas deste setor. Portanto, estamos considerando as doações de empresas até às eleições de 2014, e as doações feitas por sócios em todo o período, de 2002 a 2022. Cabe ressaltar que como uma pessoa física pode ser sócia de mais de uma empresa, não é possível concluir em nome de qual firma aquela doação foi realizada. Porém, a utilização destes dados atende o objetivo de estabelecer a conexão empresa de saúde-candidato.

Com estes dados, é possível identificar quais empresas do setor de saúde mais doaram para campanhas eleitorais, e quais os candidatos mais receberam contribuições destas empresas. Dessa forma, a doação eleitoral pode ser entendida como um indicativo do quão forte é a relação de cada empresa de saúde com os candidatos e partidos políticos. É importante ressaltar que os dados obtidos através dos registros de doações de campanha junto ao TSE com os da Receita Federal têm suas limitações. Embora ofereçam informações sobre as doações eleitorais do setor de saúde, eles podem não capturar completamente todas as formas de contribuição financeira para as campanhas. Por exemplo, uma parcela das doações pode ocorrer de forma informal ou através de práticas ilícitas, como o caixa 2. Segundo Xavier (2011), apesar de ser difícil mensurar o montante doado por prática ilícitas, evidências sugerem que a proporção é bem variável de um candidato para outro, podendo chegar a até 5 vezes o valor oficialmente declarado.

2 Para a identificação das empresas do setor de saúde, foi utilizada a desagregação da CNAE em 4 dígitos, da seguinte forma: 6511 (Seguros de vida); 6520 (Seguros saúde); 6550 (Planos de saúde) 8610 a 8660 (Atividades de atendimento hospitalar; Serviços móveis de atendimento e urgências e de remoção de pacientes; atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos; atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica; Atividades de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos; Atividades de apoio à gestão de saúde); 8711 (Atividades de assistência a idosos, deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes prestadas em residências coletivas e particulares); 8712 (Atividades de fornecimento de infraestrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio) 8720 (Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química); 2110 (Fabricação de produtos farmoquímicos); 2121 (Fabricação de medicamentos para uso humano); 2123 (Fabricação de preparações farmacêuticas); 4645 (Comércio atacadista de instrumentos e materiais para uso médico, cirúrgico, hospitalar e de laboratórios); 4664 (Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odontológico hospitalar, partes e peças) 3250 (Fabricação de instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e de artigos ópticos); 8690 (Atividades de práticas integrativas e complementares em saúde humana); 8660 (Atividades de apoio à gestão de saúde).

Além de analisar as relações entre empresas de saúde e políticos através de doações políticas, é importante identificar os principais legisladores que estão envolvidos nas discussões a respeito do setor. Segundo dados da Câmara Federal e do Senado, 97% das proposições do legislativo federal são elaboradas por deputados federais. Por isso, o foco do estudo é na atividade legislativa dos deputados federais.

A partir dos dados abertos disponibilizados pela Câmara dos Deputados, obtemos informações para os deputados e proposições das legislaturas 52 (2003 a 2007), 53 (2007 a 2011), 54 (2011 a 2015), 55 (2015 a 2019), 56 (2019 a 2023) e o primeiro ano da legislatura 57 (2023). Dos dados dos deputados, utilizamos nome, filiação partidária e ocupações. A partir das ocupações, identificamos os deputados que atuaram profissionalmente no setor de saúde.

Para os projetos de lei, utilizamos a base de dados de proposições parlamentares. Essa base traz informações sobre o conteúdo da proposição, com palavras-chaves e separação temática feita pela Câmara. Além disso, traz informações sobre autoria das proposições. Utilizando as classificações temáticas, identificamos as proposições relacionadas à área de saúde. Em particular, a partir da análise das palavras chaves de cada proposição, identificamos as proposições que tratam de planos de saúde.

A partir dos dados da Câmara dos deputados, construímos o indicador de “eficácia legislativa”, proposto por Volden e Wiseman (2009), e adaptado para o contexto brasileiro por Carvalho (2019). Estes autores conceituam eficácia legislativa como a habilidade do parlamentar de avançar um projeto de lei de sua agenda política até torná-lo norma jurídica (lei). Neste sentido, o indicador é relacionado à capacidade de avançar projetos, e não na avaliação do projeto em si.³

Para a construção do escore de eficácia legislativa para o contexto brasileiro, selecionamos quatro tipos de projetos: projeto de emenda à constituição (PEC), projeto de lei complementar (PLP), projeto de lei ordinária (PL) e projeto de lei de conversão (PLV). A proposta de emenda à constituição é uma proposição que tem como objetivo alterar a constituição federal. Por sua vez, a PLP é utilizada para regular matérias em que a Constituição Federal exige expressamente este tipo de proposição. O PL é a proposição mais comum, e trata de todas as matérias que podem ser objeto de regulação legislativa. Por último, o PLV é o projeto de lei que surge a partir da aprovação de medidas provisórias com emendas pelo Congresso Nacional.

A partir das proposições na temática de saúde, o escore de eficácia legislativa (EEL) para atuação nessa área é dada por:

3 Vale notar que o indicador de eficácia legislativa não leva em consideração, por exemplo, a influência que o legislador influencia as agências regulatórias (como discutido em Salinas (2019)), nem a capacidade de influenciar o andamento de pautas que teriam impacto na dinâmica do setor. Uma outra limitação do indicador diz respeito a capacidade, por exemplo, de um legislador de avançar proposições ligadas a saúde (através do seu capital político), mesmo não sendo autor da mesma.

$$EEL_{it} = \left[\begin{aligned} & \left(\frac{\alpha PEC_{it}^I + \beta PLP_{it}^I + \gamma PL_{it}^I + \mu PLV_{it}^I}{\alpha \sum_{j=1}^N PEC_{jt}^I + \beta \sum_{j=1}^N PLP_{jt}^I + \gamma \sum_{j=1}^N PL_{jt}^I + \mu \sum_{j=1}^N PLV_{jt}^I} \right) \\ & + \left(\frac{\alpha PEC_{it}^C + \beta PLP_{it}^C + \gamma PL_{it}^C + \mu PLV_{it}^C}{\alpha \sum_{j=1}^N PEC_{jt}^C + \beta \sum_{j=1}^N PLP_{jt}^C + \gamma \sum_{j=1}^N PL_{jt}^C + \mu \sum_{j=1}^N PLV_{jt}^C} \right) \\ & + \left(\frac{\alpha PEC_{it}^P + \beta PLP_{it}^P + \gamma PL_{it}^P + \mu PLV_{it}^P}{\alpha \sum_{j=1}^N PEC_{jt}^P + \beta \sum_{j=1}^N PLP_{jt}^P + \gamma \sum_{j=1}^N PL_{jt}^P + \mu \sum_{j=1}^N PLV_{jt}^P} \right) \\ & + \left(\frac{\alpha PEC_{it}^S + \beta PLP_{it}^S + \gamma PL_{it}^S + \mu PLV_{it}^S}{\alpha \sum_{j=1}^N PEC_{jt}^S + \beta \sum_{j=1}^N PLP_{jt}^S + \gamma \sum_{j=1}^N PL_{jt}^S + \mu \sum_{j=1}^N PLV_{jt}^S} \right) \\ & + \left(\frac{\alpha PEC_{it}^L + \beta PLP_{it}^L + \gamma PL_{it}^L + \mu PLV_{it}^L}{\alpha \sum_{j=1}^N PEC_{jt}^L + \beta \sum_{j=1}^N PLP_{jt}^L + \gamma \sum_{j=1}^N PL_{jt}^L + \mu \sum_{j=1}^N PLV_{jt}^L} \right) \end{aligned} \right] \left[\frac{N}{5} \right]$$

Cada tipo de proposição tem um diferente grau de dificuldade para avançar no processo legislativo. Por isso, seguindo Carvalho (2019), para a construção do escore de eficácia legislativa, as propostas recebem um peso diferente de acordo com o grau de exigência e esforço necessário por parte do deputado federal para tornar a proposição em lei: PEC tem o peso $\alpha = 5$; PLP tem peso $\beta = 3$; PL tem peso $\gamma = 2$; PLV tem peso $\mu = 1$).

Além disso, a construção do escore leva em consideração o quanto a proposição conseguiu avançar no processo legislativo, dado pelo sobrescrito. Proposições que se tornam lei (L), recebem valor 1. Por sua vez, proposições que estavam com o último status classificadas como “Encaminhado para o Senado Federal” (S) foram atribuídas ao valor de 0,8. Os projetos que estavam na condição de “Proposição sujeita à apreciação do Plenário” (P), receberam valor de 0,6. Já os projetos listados na condição “Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas Comissões” (C), foram ponderadas pelo valor 0,4. As proposições que ficaram em seu estágio inicial (I), receberam valor 0,2. Isso se deve pois, mesmo não tendo avançado, é importante diferenciar os legisladores que tiveram algum esforço empreendido no tema de saúde dos que não tiveram essa iniciativa durante a legislatura (t). Dessa forma, os deputados que não fizeram nenhuma proposição em determinada legislatura, tiveram atribuídos um score igual a 0. O índice é ponderado por N (total de deputados na legislatura, 513) dividido por 5 (número de tipos de lei). Assim, cada deputado federal, em cada legislação tem um escore de eficiência legislativa.

A dinâmica do setor de saúde é influenciada não somente pelos políticos eleitos, como também pela regulação do setor. Com o objetivo de analisar a proximidade das empresas privadas de saúde com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), utilizamos informações disponibilizadas por este órgão sobre a agenda de autoridades deste órgão, para os anos de 2017 a 2022.

Essa base de dados inclui informações sobre a agenda das autoridades da ANS, como: a instituição da qual faz parte, cargo que ocupa, nome do evento, descrição do evento, data e local que ocorreu, e observação sobre o evento. A partir dessas informações, identificamos as reuniões que tinham a presença de empresas e associações privadas de saúde. Além disso, classificamos estes órgãos privados como sendo operadoras de saúde, prestadoras de serviço de saúde e empresas do ramo farmacêutico ou de equipamentos e materiais de saúde. De 2017 a 2022, identificamos 6.620 reuniões na agenda das autoridades da ANS que tiveram a presença de agentes do setor privado de saúde.

9.3

Resultados

9.3.1. Doações de campanha de empresas do setor de saúde

Nesta seção é apresentada a descrição das doações feitas pelas empresas privadas de saúde. A análise é realizada para todas as eleições, de 2002 a 2022. As eleições de 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 e 2022, são para os cargos de Deputado Estadual, Deputado Federal, Senador, Governador e Presidente. Já as eleições de 2004, 2008, 2012, 2016 e 2020 são as eleições municipais para vereador e prefeito. Como ressaltado na seção anterior, até as eleições de 2016, são consideradas doações do setor privado de saúde, doações feitas por empresas de saúde e doações feitas por sócios de empresas de saúde. Devido a mudanças na legislação, a partir de 2016, existem apenas doações de pessoa física, portanto, as doações analisadas são as feitas por sócios de empresas de saúde.

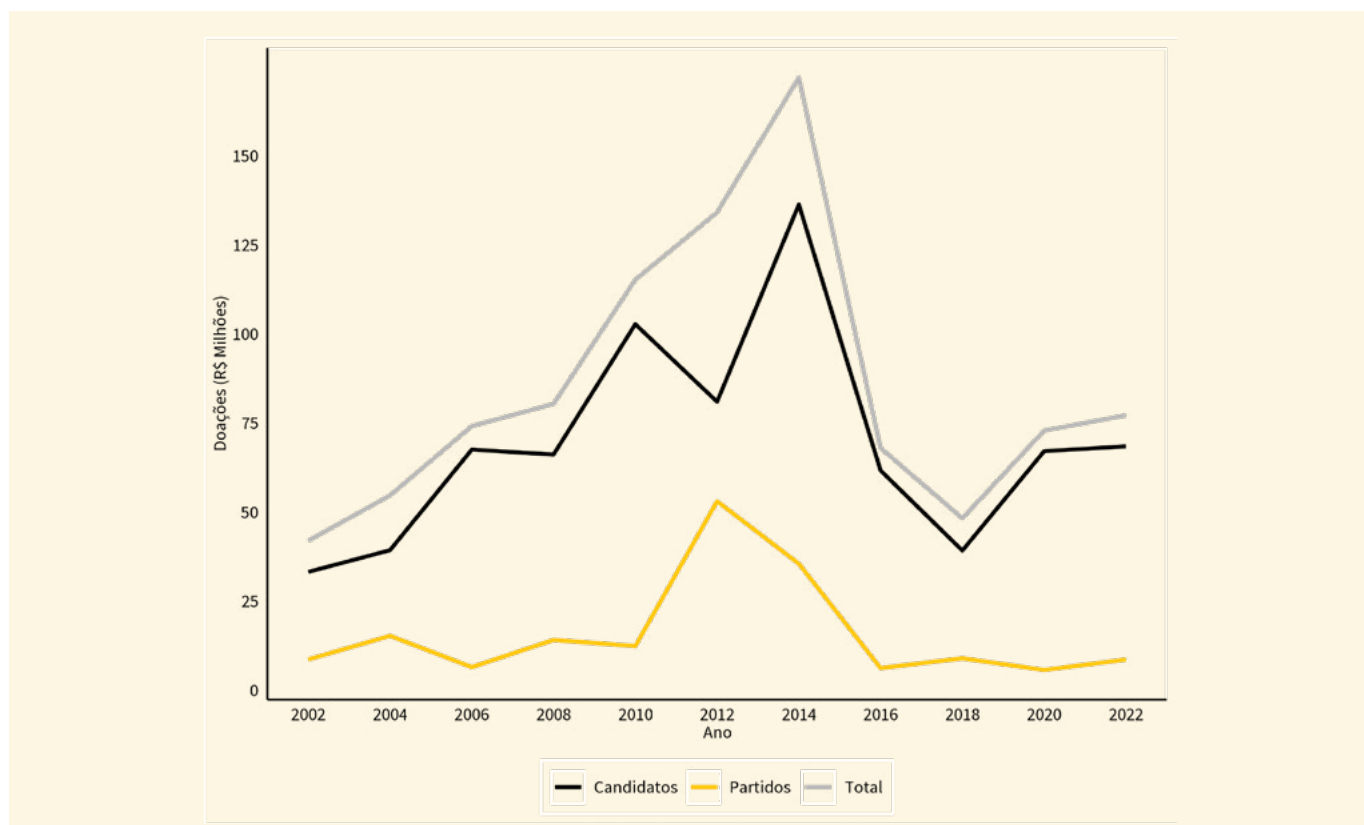
O **GRÁFICO 1** traz o total de doações realizadas por empresas de saúde, por eleição, e o valor separado por doações diretamente para candidatos e doações diretamente para partidos. Os valores estão atualizados para novembro de 2023. Observamos primeiramente que a maior parte das doações são realizadas diretamente para os candidatos. Isso indica uma relação mais direta das empresas com os políticos individualmente, do que com as entidades partidárias.

Ainda no **GRÁFICO 1**, é possível notar que, excetuando as eleições municipais de 2012, as doações para partidos se mantiveram em um patamar similar ao longo do tempo. Por sua vez, as doações para candidatos foram aumentando substancialmente até o ano de 2014. Este foi um período de aumento geral dos gastos em campanha, e o setor de saúde acompanhou esta tendência no período. Com a reforma eleitoral de 2015, e as mudanças nas regras sobre doações e gastos de campanha, observamos uma queda nas contribuições do setor de saúde para os candidatos.

É importante entender também o peso relativo do setor de saúde nas doações privadas para campanhas eleitorais. Essa informação é apresentada no **GRÁFICO 2**. Observamos que, até 2012, as doações do setor de saúde representaram cerca de 2% do total de doações privadas. Em 2014, ano com maior doação em termos absolutos do setor (172 milhões de reais), observamos 3,9% do total de doações privadas, estando atrás de setores como de Construção Civil (559 milhões), de Frigoríficos (295 milhões) e Mineração

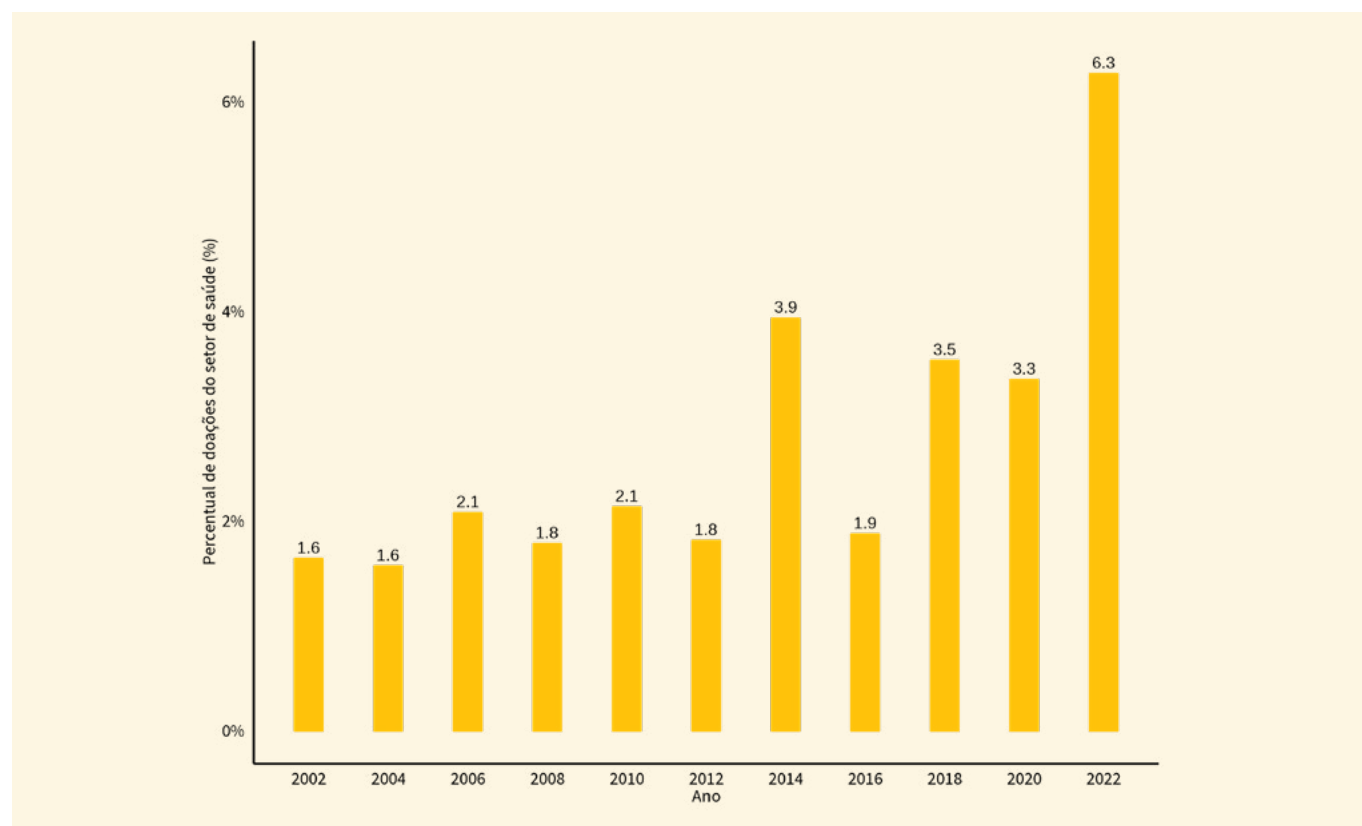
(180 milhões). Nota-se que, a partir de 2014, ocorreu um aumento da participação do setor de saúde na doação de campanha privada, chegando a 6,3% do total, em 2022. Este valor é quase o dobro do percentual doado pelo setor na eleição estadual/federal anterior, de 2018. Este fato pode indicar um maior interesse do setor de saúde de estabelecer conexões com agentes políticos a partir desta data.

GRÁFICO 1 - TOTAL DOADO POR EMPRESAS DO SETOR DE SAÚDE, POR DIRECIONAMENTO DA DOAÇÃO E ANO DA ELEIÇÃO (2002 A 2022)



Nota: Elaboração própria a partir de dados do TSE. Valores em milhões de reais, e atualizados para dezembro de 2023.

GRÁFICO 2 – PERCENTUAL DO TOTAL DE DOAÇÕES PRIVADAS FEITAS POR EMPRESAS DO SETOR DE SAÚDE, POR ANO DA ELEIÇÃO (2002 A 2022)



Nota: Elaboração própria a partir de dados do TSE. Percentual representado em cada barra é o total doado por empresas do setor de saúde, sobre o total de doações privadas, a cada ano.

No período analisado, aconteceram 5 eleições municipais e 6 eleições federais/estaduais. A **TABELA 1** apresenta informações sobre o total de candidatos e doações de campanha, por cargo eletivo. Em consonância com o **GRÁFICO 2**, na média, o peso das doações do setor de saúde é baixo, sendo menor que 2% do total recebido pelos candidatos, para todos os cargos, excetuando-se Presidente e Governador. Apesar disso, observamos que, para os cargos legislativos nas eleições federais/estaduais, apesar das empresas doarem para algo entre 7% e 17% dos candidatos, o setor doou para um maior percentual se olharmos apenas os candidatos eleitos. Como reportado na última coluna da **TABELA 1**, mais de 30% dos candidatos eleitos para o legislativo receberam doação do setor de saúde, no período analisado. Portanto, apesar do valor doado parecer relativamente pequeno, ele parece ser bem distribuído, de forma que consiga atingir um percentual relevante dos candidatos eleitos.

TABELA 1 – INFORMAÇÕES SOBRE TOTAL DE CANDIDATOS E CANDIDATOS QUE RECEBERAM DOAÇÕES DO SETOR DE SAÚDE, POR CARGO ELETIVO, PARA OS ANOS DE 2002 A 2022

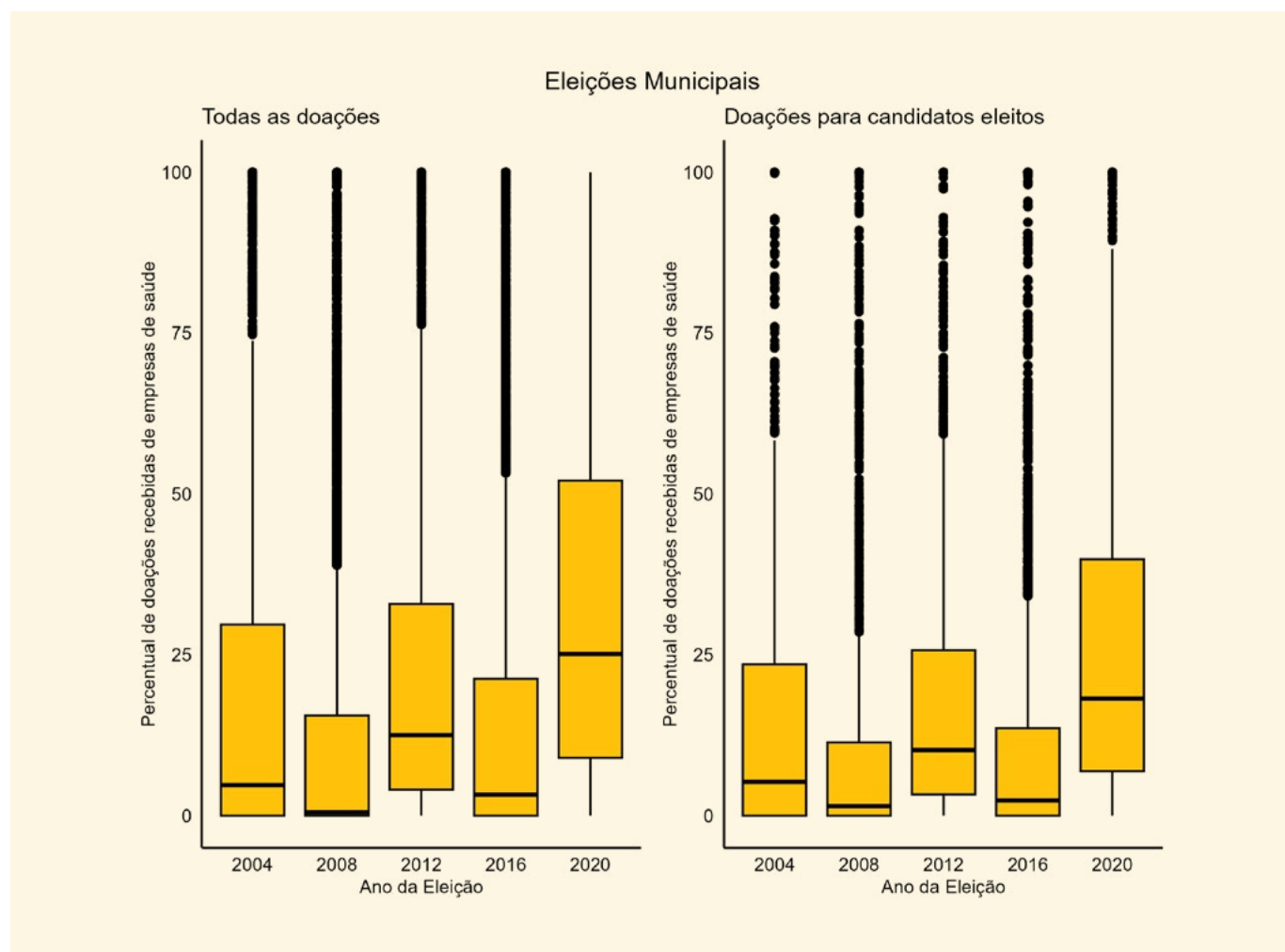
Tipo de Eleição	Cargo	Total de candidatos	Candidatos que receberam doação do setor de saúde (%)	Média do percentual do setor de saúde nas receitas dos candidatos (%)	Percentual de candidatos eleitos	Percentual de candidatos eleitos que receberam doação do setor de saúde
Eleições Municipais	Prefeito	77,181	13.02	1.66	34.76	17.09
	Vereador	1,769,918	1.44	0.54	14.44	2.70
Eleições Legislativas	Deputado Estadual	75,430	7.85	1.67	8.23	30.04
	Deputado Federal	34,930	9.44	1.91	8.64	37.44
	Senador	1,393	16.94	1.83	17.09	34.58
	Governador	1,054	29.41	2.47	14.99	59.75
	Presidente	57	33.33	4.38	10.52	100.00

Nota: Elaboração própria a partir de dados do TSE. A primeira coluna traz informações sobre todos os candidatos que concorreram para o cargo especificado. A segunda coluna informa o percentual dos candidatos que receberam doação do setor de saúde. Na terceira coluna é apresentada a média do percentual de saúde sobre as receitas privadas, para os candidatos que receberam doação deste setor. A penúltima coluna informa o percentual de candidatos eleitos, e a última coluna o percentual de candidatos que receberam contribuição de empresas de saúde e foram eleitos.

Complementando o panorama sobre as doações das empresas de saúde, o **GRÁFICO 3** e o **GRÁFICO 4** apresentam as distribuições dessas doações para os cargos municipais e estaduais/federais, respectivamente. Um ponto comum nos gráficos é o fato de uma alta dispersão nas distribuições, com um número significativo de *outliers*. As distribuições são similares se olharmos para todos os candidatos que receberam doações do setor de saúde (gráficos à direita) ou apenas para os candidatos que receberam as doações do setor, e foram eleitos (gráficos à esquerda). A exceção é a eleição de 2022, na qual as doações para os candidatos eleitos apresentam uma distribuição superior às doações para todos os candidatos.

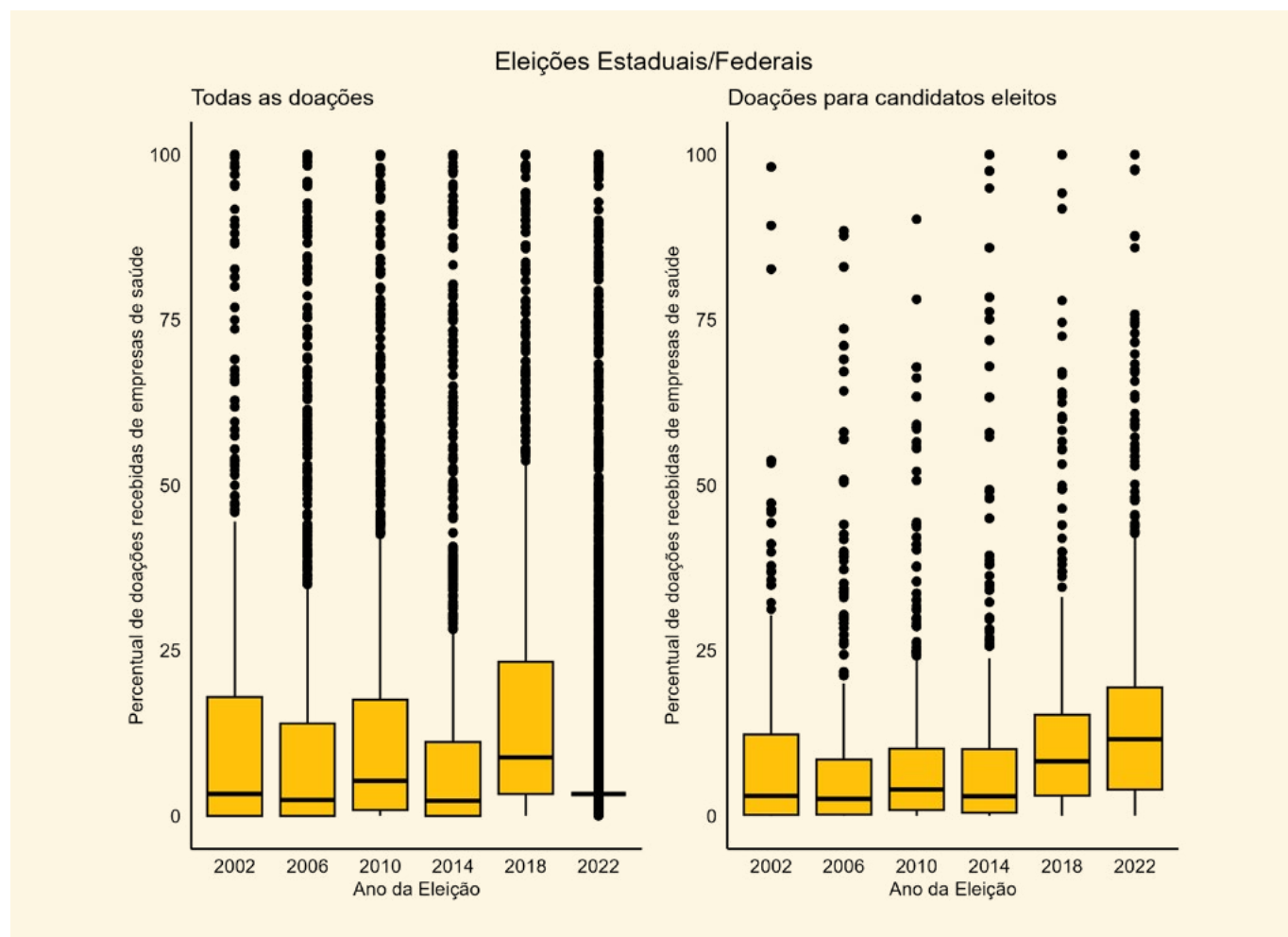
De forma geral, os **GRÁFICOS 3 E 4** nos mostram que a estratégia das empresas de saúde com relação a doações de campanha é doar um alto valor para alguns candidatos, e distribuir uma parte menor para um número maior de candidatos.

GRÁFICO 3 – BOX-PLOT DAS DOAÇÕES DE EMPRESAS DE SAÚDE PARA CANDIDATOS, PARA AS ELEIÇÕES MUNICIPAIS ENTRE 2004 E 2020



Nota: Elaboração própria a partir de dados do TSE. O primeiro gráfico apresenta a distribuição para todos os candidatos que receberam doação de empresa de saúde. O segundo gráfico, apresenta a distribuição considerando apenas os candidatos que foram eleitos.

GRÁFICO 4 – BOX-PLOT DAS DOAÇÕES DE EMPRESAS DE SAÚDE PARA CANDIDATOS, PARA AS ELEIÇÕES ESTADUAIS/FEDERAIS ENTRE 2002 E 2022



empresa de saúde. O segundo gráfico, apresenta a distribuição considerando apenas os candidatos que foram eleitos

Para um melhor entendimento da dinâmica das doações, classificamos as empresas de saúde em 5 áreas de atuação: operadoras, prestadoras de serviços de saúde, e empresas farmacêuticas ou de produção e comercialização de equipamentos médico/hospitalar/laboratorial, e outros.⁴ A partir desta classificação, o **GRÁFICO 5** e o **GRÁFICO 6** apresentam a distribuição das doações do setor de saúde, por área de atuação da empresa, por eleições municipais e estaduais/federais respectivamente. Pelo **GRÁFICO 5** notamos que, nas eleições municipais, a maior parte das doações de saúde vem de prestadoras de serviços de saúde, mais de 70% em todas as eleições analisadas, e mais de 90% nos dois últimos pleitos.

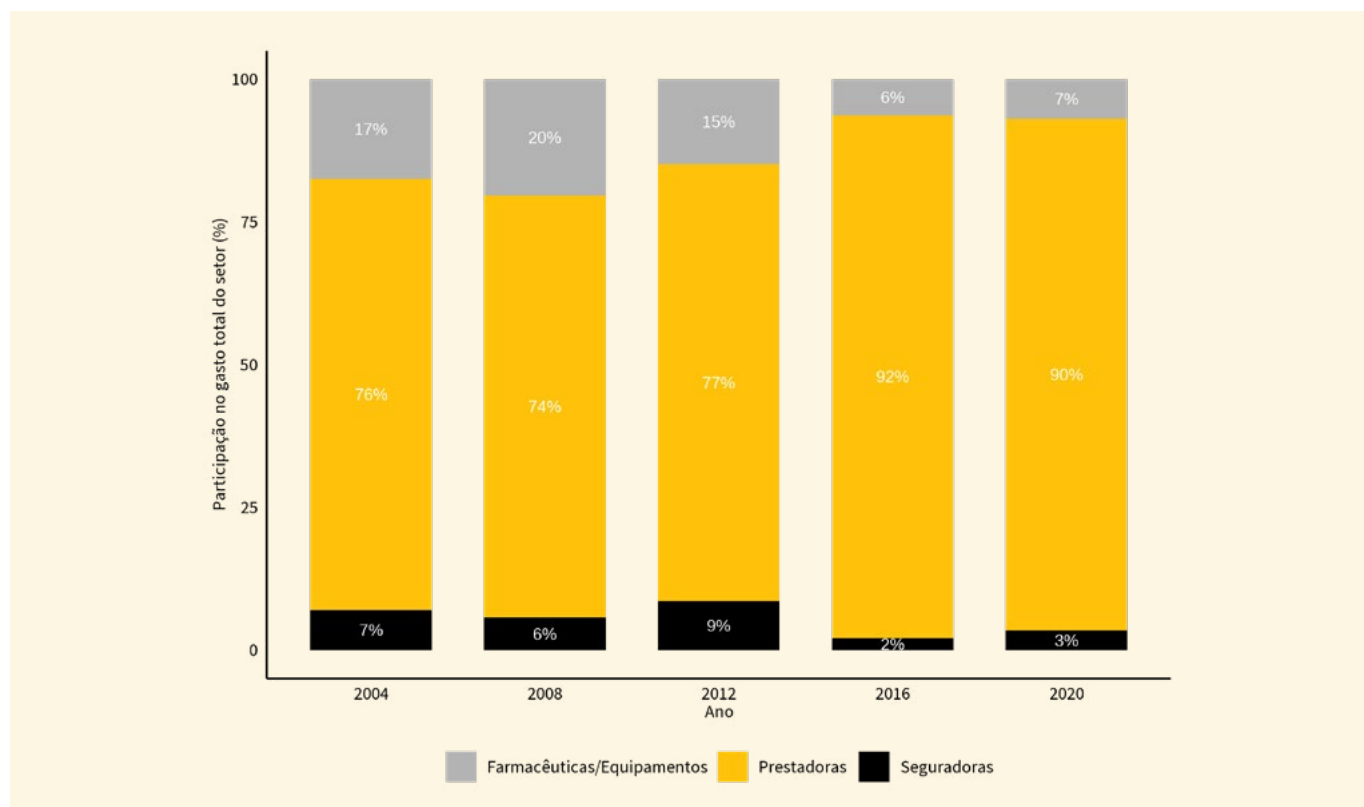
Já ao analisarmos as eleições estaduais/federais, mostrada no **GRÁFICO 6**, notamos que, até 2014, as prestadoras eram responsáveis por cerca de 50% das doações do setor de saúde. As operadoras e a indústria farmacêutica ficaram, cada uma, com algo entre 14% e 33% de doações do setor, a depender da eleição, no mesmo período. Cabe notar que após as reformas a

4 Na categoria “outros” incluímos empresas que tinham como atividade descrita na CNAE como “Atividades de práticas integrativas e complementares em saúde humana” (inclui atividades como acupuntura, aromaterapia, banco de leite humano, parteira) e Atividades de apoio à gestão de saúde.

respeito das doações de campanha em 2015, a participação das operadoras se reduziu para 5% nas eleições de 2018 e 2022. Já o setor farmacêutico, foi responsável por 46% das doações do setor em 2018, mas em 2022 caiu para apenas 9%. Estes dados revelam que as dinâmicas intrasetoriais das doações variam de acordo com o ciclo eleitoral analisado.

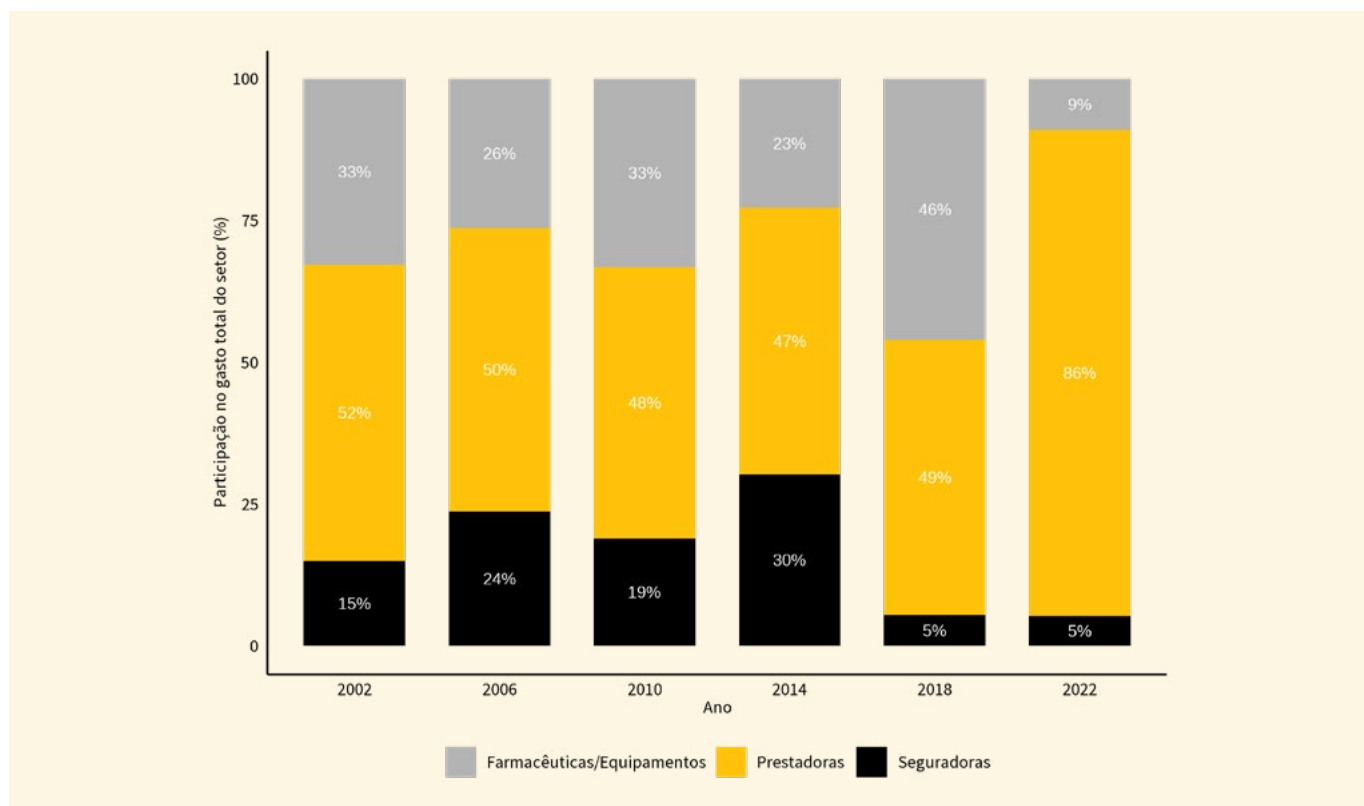
De toda forma, via de regra, a maior parcela de doações do setor de saúde vem das empresas prestadoras de serviços de saúde. Esse padrão revela que as prestadoras buscam uma relação mais próxima com os políticos por meio de doações que os demais setores. Como veremos na próxima seção, quando olhamos para a atuação junto a agência de saúde suplementar (ANS), esse quadro se altera, com uma presença predominante de representantes de operadoras em reuniões com as autoridades do órgão regulatório.

GRÁFICO 5 – PERCENTUAL DAS DOAÇÕES DO SETOR DE SAÚDE, POR ÁREA DE ATUAÇÃO DA EMPRESA DOADORA, ELEIÇÕES MUNICIPAIS 2004 A 2020



Nota: Elaboração própria a partir de dados do TSE.

GRÁFICO 6 – PERCENTUAL DAS DOAÇÕES DO SETOR DE SAÚDE, POR ÁREA DE ATUAÇÃO DA EMPRESA DOADORA, ELEIÇÕES ESTADUAIS/FEDERAIS 2002 A 2022



Nota: Elaboração própria a partir de dados do TSE.

Um ponto relevante sobre as doações é como se dá a conexão das empresas com os partidos políticos. Agregando as doações de cada empresa por partido, construímos gráficos de conexões entre empresas e partidos. A **FIGURA 1** apresenta esses gráficos de conexões, com as empresas com um maior volume de doações e para um maior número de partidos, apresentando nós maiores e mais escuros. Na figura são descritos a área de atuação (operadora, prestadora, farmacêutica) e uma letra do alfabeto, de forma a permitir avaliar se as principais doadoras estão mudando ou se mantendo ao longo do tempo.

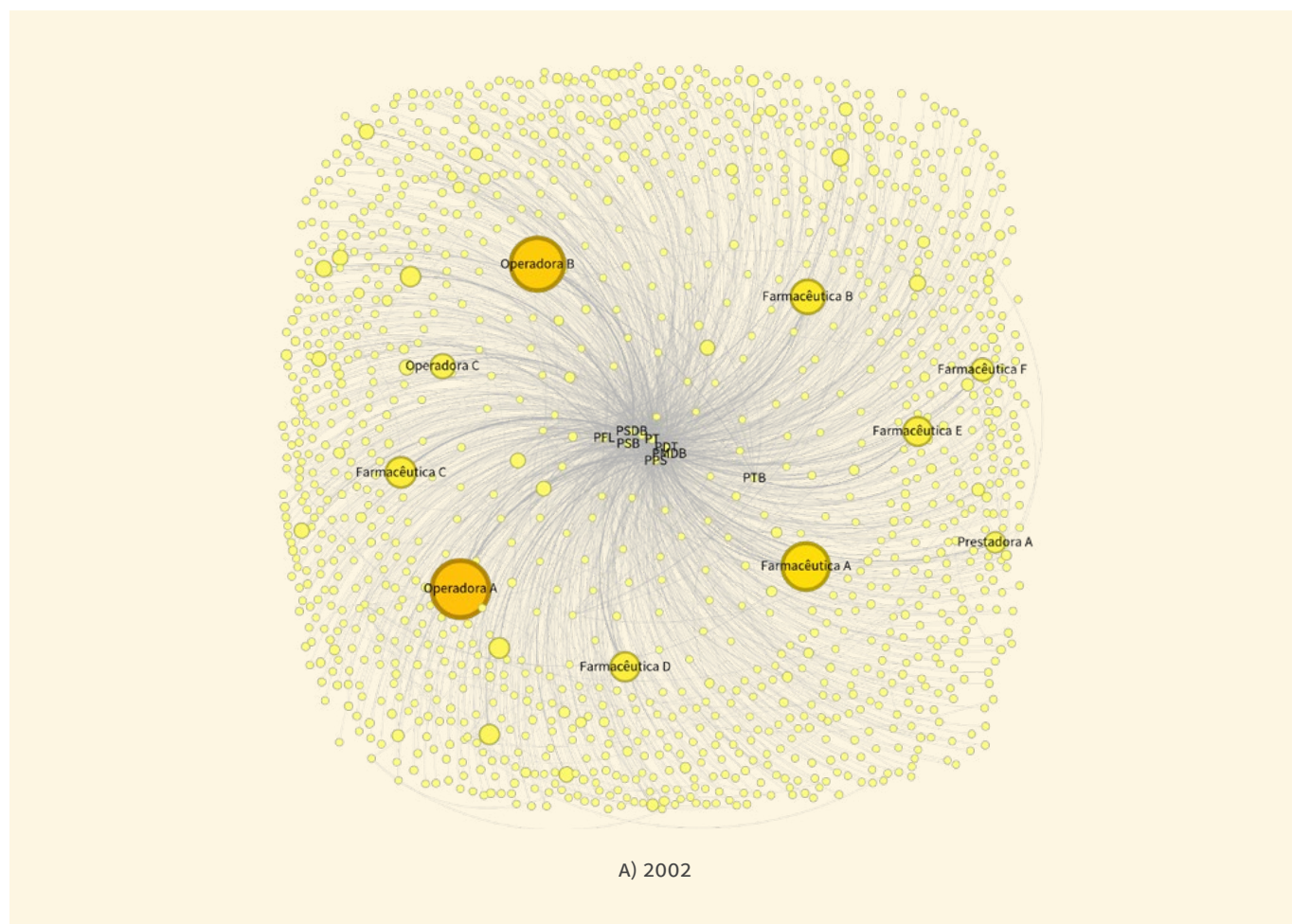
Pode-se notar uma mudança no perfil de doações para os anos de 2002 a 2010 (**FIGURAS 1.A, 1.B E 1.C**) notamos um número maior de nós mais escuros e maiores, indicando um maior volume de empresas com doações significativas. Nestes anos as empresas que se destacaram foram três operadoras (operadoras A, B e C) e as farmacêuticas A e G.

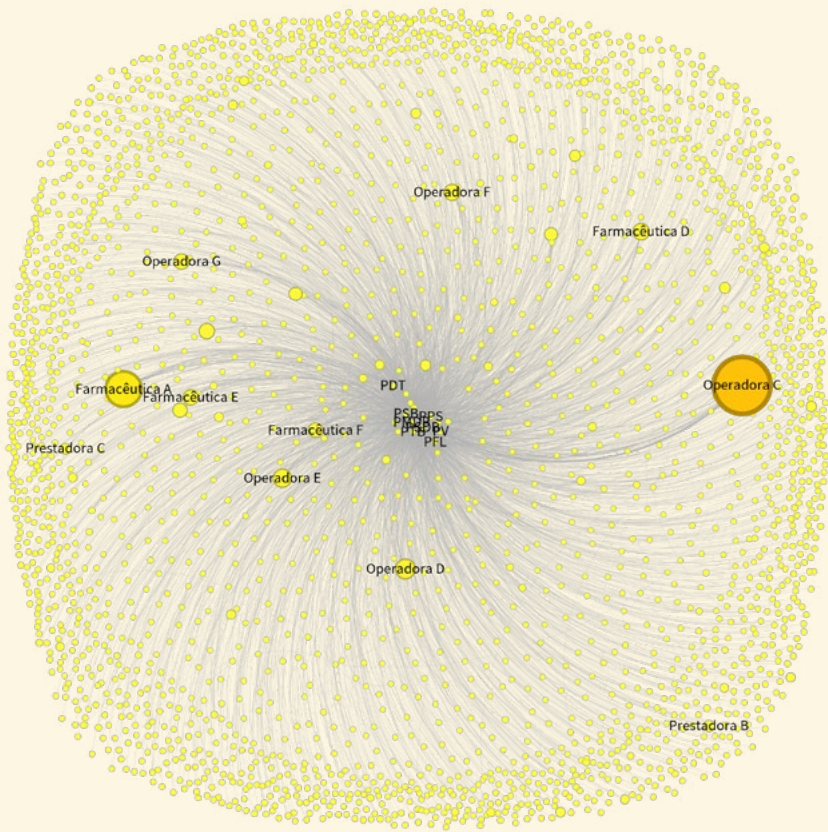
Para os anos de 2014 em diante (**FIGURAS 1.D, 1.E, E 1.F**) vemos uma menor quantidade de nós mais escuros e maiores, indicando que um número menor de empresas está fazendo doações maiores. Por outro lado, observamos um maior número de pequenos nós, indicando que a doação do setor foi mais dispersa entre um maior número de empresas. É também a partir deste período que observamos um maior número de prestadoras entre as maiores doadoras, com destaque para a prestadora D, que obteve o maior grau de saída ponderado para o ano de 2022. Além desta, outras empresas que tiveram destaque nestes anos foram as operadoras A e F, e as farmacêuticas G e H.

Portanto, a **FIGURA 1** nos mostra que o perfil dos principais doadores muda a cada ciclo eleitoral, mas o perfil deste se altera de maneira mais acentuada a partir de 2014. Apesar de mostrado anteriormente que as empresas prestadoras são as maiores responsáveis pelas doações para campanhas eleitorais, suas doações costumam ser menores, e mais homogêneas entre si.

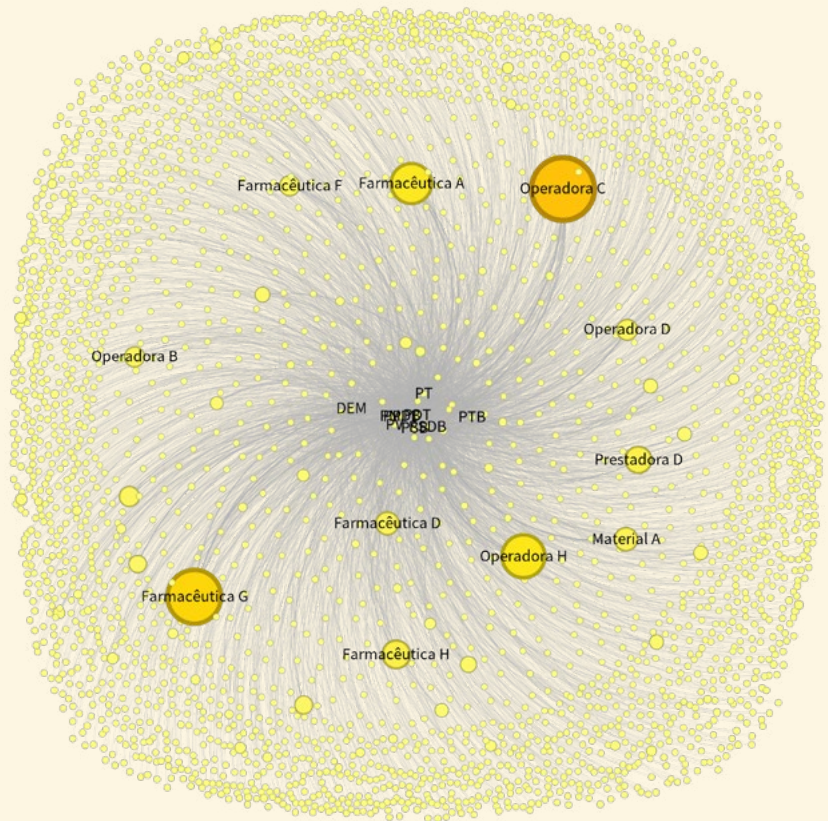
A **FIGURA 1** também mostra os partidos que mais receberam doações de empresas do setor de saúde (maior grau de entrada ponderado pelo valor recebido). Vale ressaltar que aqui estamos analisando tanto as doações feitas diretamente para os partidos, quanto as doações feitas diretamente para candidatos destes partidos, de forma agregada. Observamos que as doações são feitas para diversos partidos de diferentes espectros ideológicos, inclusive com as maiores doadoras pulverizando seus recursos em diferentes partidos, indicando, novamente, o caráter estratégico de suas doações.

FIGURA 1 – VISUALIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE DOAÇÕES DE EMPRESAS DE SAÚDE PARA PARTIDOS POLÍTICOS, PARA AS ELEIÇÕES ESTADUAIS/FEDERAIS ENTRE 2002 E 2022

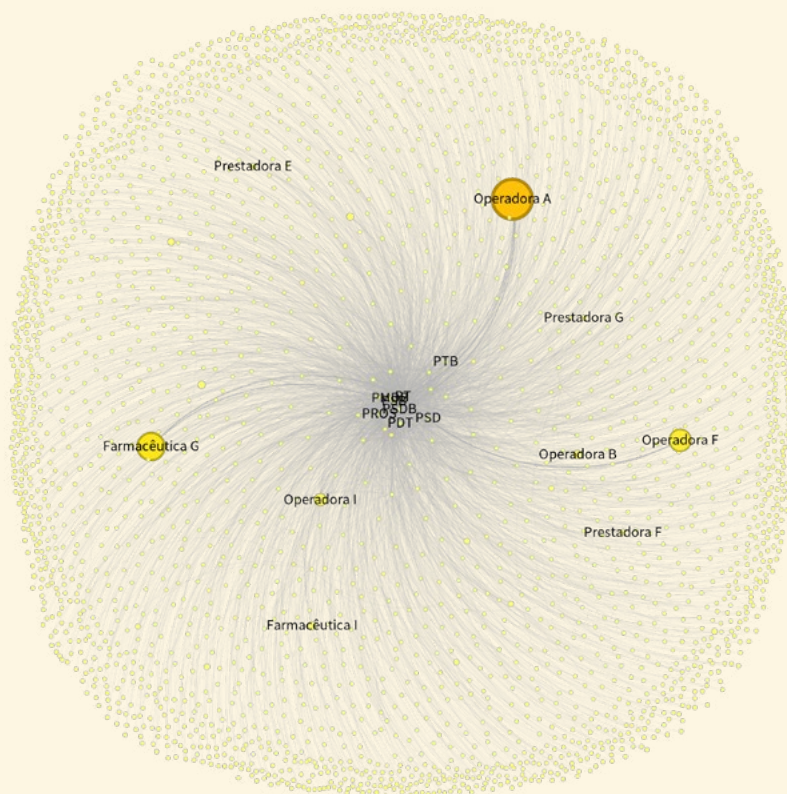




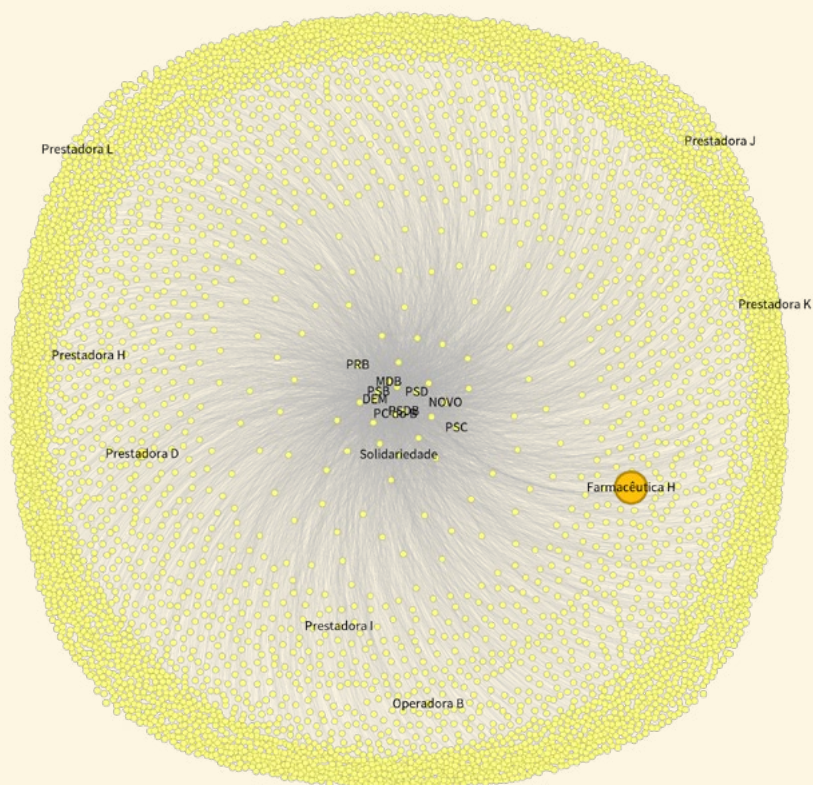
B) 2006



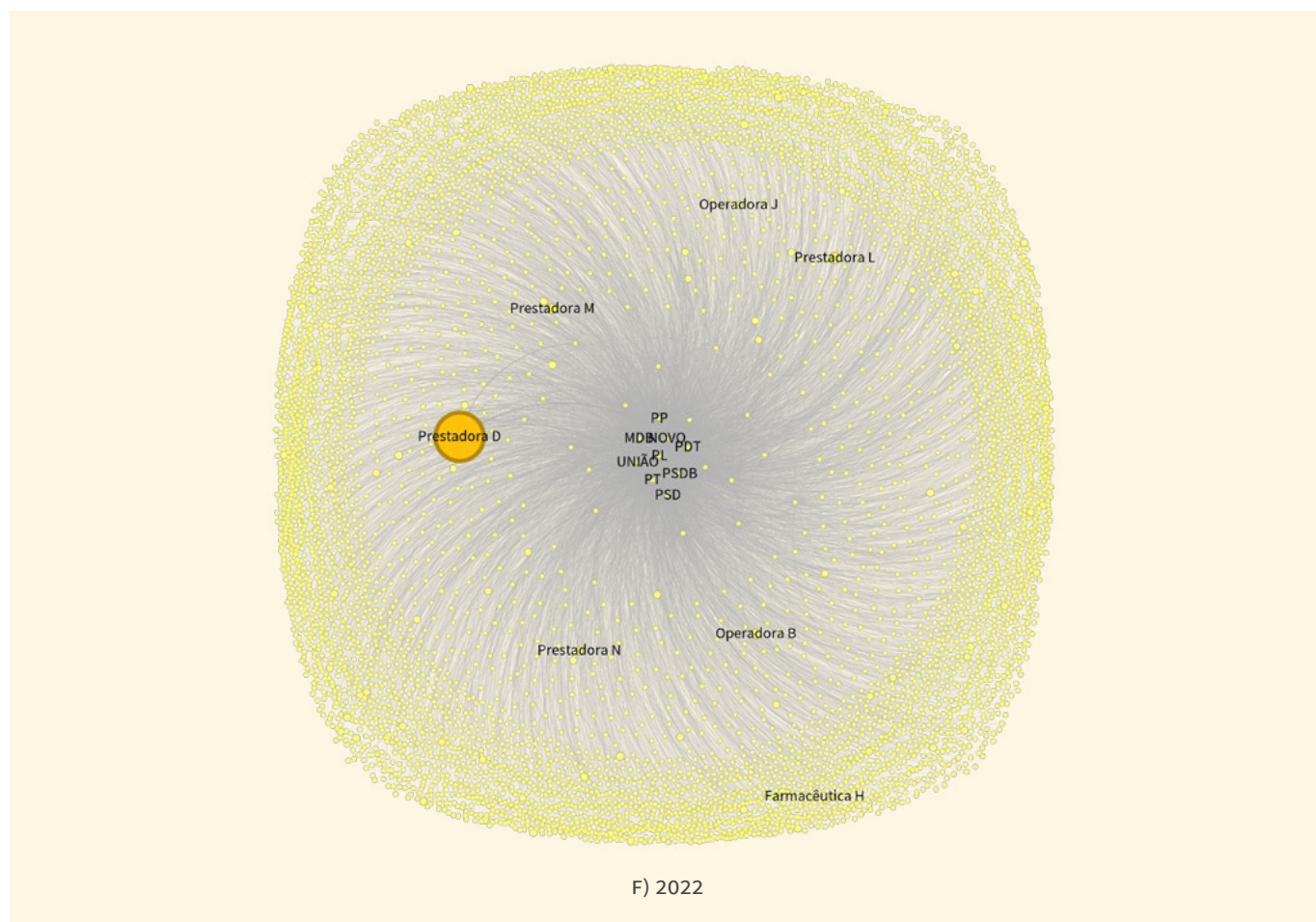
C) 2010



D) 2014



E) 2018



Nota: Elaboração própria a partir de dados do TSE. Gráficos de redes entre empresas e partidos políticos, a partir utilizando as doações de campanha como variável de relação. Tamanho e cor do nó determinado pelo grau de saída de cada empresa, ponderado pelo valor doado pela empresa.

Portanto, olhando para as doações de campanha, observamos que o setor de saúde doa pouco em relação a outros setores. Mas ao analisar o perfil de doação dos candidatos eleitos, notamos que as doações são estrategicamente bem posicionadas. Também nota-se que as prestadoras doam mais que as operadoras e farmacêuticas no agregado, mas suas doações são menores e mais homogêneas entre suas firmas. Na próxima seção apresentamos os dados de reuniões e representantes de empresas de saúde com autoridades da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

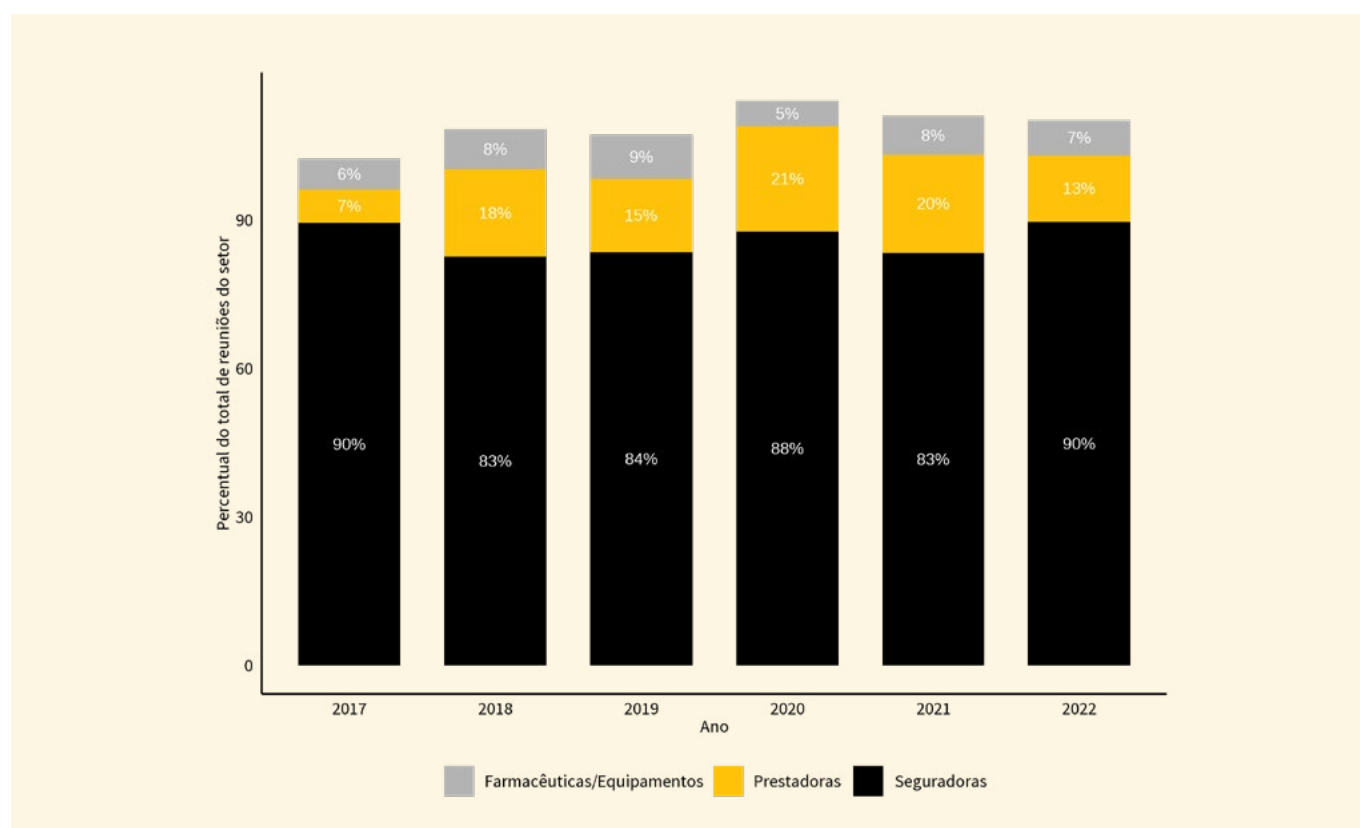
9.3.2 Reuniões junto a membros da Agência Nacional de Saúde Suplementar

As empresas de saúde além de buscar estreitar relações e influenciar agentes do executivo e do legislativo, podem também influenciar a regulação do setor via outros canais. Esta seção discute um possível canal de influência através da análise da agenda de autoridades da ANS de 2017 a 2022.

O **GRÁFICO 7** apresenta as reuniões na ANS por área de atuação das empresas e associações do setor privado de saúde. Ou seja, o gráfico traz a análise da influência sobre a ANS usando a mesma classificação apresentada nos **GRÁFICOS 5 E 6** para doações de campanha. Observamos que, diferentemente dos gráficos da seção anterior (que destacava as doações das prestadoras), agora observamos uma proporção maior de reuniões com participações de representantes de operadoras de saúde.

Nos anos de 2017 a 2022, mais de 80% das reuniões com autoridades da ANS tiveram a presença de representantes das operadoras de saúde. As prestadoras, por sua vez, estiveram presentes entre 6% e 20% a depender do ano. Já as empresas farmacêuticas ou de equipamentos e materiais de saúde estiveram representadas entre 5% a 9% das reuniões. Portanto, se os **GRÁFICOS 5 E 6** mostraram que o protagonismo das operadoras nas doações de campanha, o **GRÁFICO 7** mostra as operadoras como mais presentes junto a autoridades da ANS.

GRÁFICO 7 – PERCENTUAL DE REUNIÕES NA ANS, POR ÁREA DE ATUAÇÃO DA EMPRESA PRESENTE, PARA OS ANOS DE 2017 A 2022



Nota: Elaboração própria a partir de dados sobre a agenda de autoridades da ANS. Cada barra soma mais de 100% pois existem reuniões com presença de representantes de empresas de mais de um setor de atuação.

Um fato do **GRÁFICO 7** é que as barras de cada ano somam mais de 100%. Isso ocorre, pois, uma mesma agenda com uma autoridade da ANS pode ter representantes de mais de um setor. Por exemplo, em uma reunião com um diretor da ANS, podem estar presentes representantes de operadoras, prestadoras e farmacêuticas. A **TABELA 2** joga luz sobre este fato, ao trazer informações sobre a presença de agentes de outros setores nestas reuniões. Além disso, a tabela também inclui o percentual de reuniões que teve presença de políticos eleitos, de representantes do setor financeiro/contábil, e das associações e grupos de interesse de suas respectivas áreas.

A **TABELA 2** nos mostra que a proporção de reuniões com presença de políticos eleitos é similar para as três áreas de atuação, entre 2,5% e 3,4%. As reuniões com presenças de empresas do setor financeiro/contábil só aconteceram com as operadoras, mas um percentual pequeno, apenas 0,47%.

Notamos também que as prestadoras e farmacêuticas se organizaram mais em associações e grupos de empresas do setor para se reunirem com autoridades da ANS que as operadoras. Enquanto mais de 39% das reuniões das prestadoras contaram com presença de entidades associativas desta área, para as operadoras esse percentual cai para 12,62%.

Por último, analisando as últimas três linhas da tabela, observamos que 45% das reuniões das prestadoras contaram também com a presença de representantes das operadoras. Esse percentual também é alto para as farmacêuticas, cerca de 23% do total. Ou seja, em consonância o **GRÁFICO 7**, a **TABELA 2** nos mostra que as operadoras são mais protagonistas quando se trata de reuniões na ANS.

TABELA 2 – INFORMAÇÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO NAS REUNIÕES DAS OPERADORAS, PRESTADORAS E FARMACÊUTICAS/EQUIPAMENTOS NA ANS

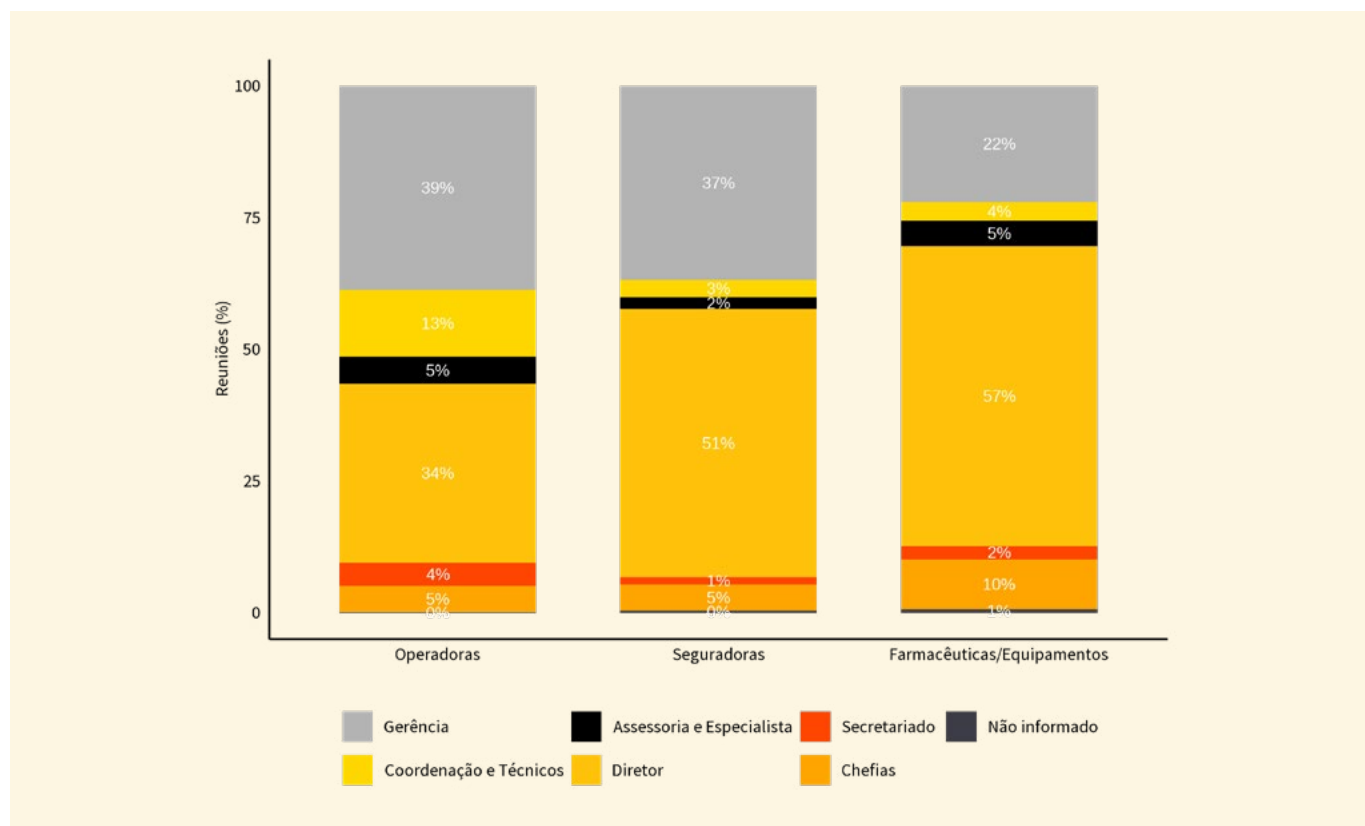
	Operadoras	Prestadoras	Farmacêuticas/ Equipamentos
Total de reuniões	5.073	991	441
Reuniões com presença de políticos	3,04%	2,52%	3,40%
Reuniões com presença de empresas de finanças/contabilidade	0,47%	0,00%	0,00%
Reuniões com presença de associações da área de atuação	12,62%	39,56%	25,85%
Reuniões com presença de Operadoras	-	45,71%	23,81%
Reuniões com presença de Prestadoras	8,93%	-	10,43%
Reuniões com presença de Farmacêuticas	2,07%	4,64%	-
Reuniões com presença de Seguradoras e Operadoras e Farmacêuticas	0,35%	1,82%	4,08%

Nota: Elaboração própria a partir de dados sobre a agenda de autoridades da ANS de 2017 a 2022. Políticos são definidos como ocupantes de cargos Nota: Elaboração própria a partir de dados sobre a agenda de autoridades da ANS de 2017 a 2022. Políticos são definidos como ocupantes de cargos eletivos (Presidente, senador, deputado federal, deputado estadual, governador, prefeito ou vereador). Reuniões com associações da área de atuação incluem associações de operadoras para a coluna 2, associações de prestadoras para a coluna 3, e associações de farmacêuticas ou da indústria de equipamentos e materiais da saúde na coluna 4.

Para complementar a análise da agenda de autoridades da ANS, utilizamos a informação sobre os cargos das autoridades do órgão regulador, para analisar se o canal de comunicação das operadoras, prestadoras e farmacêuticas é distinto. Para isto, agregamos os cargos nas seguintes categorias: “Assessoria e Especialista”, “Chefias”, “Coordenação e Técnicos”, “Diretor”, “Gerência”, “Secretariado” e “Não Informado”.

O **GRÁFICO 8** apresenta essas informações. Notamos que o perfil das autoridades da ANS presentes nas reuniões é similar nos encontros com operadoras, prestadoras e farmacêuticas/equipamentos. A maior parte das reuniões das prestadoras são feitas com diretores da agência. Já as operadoras se dividem com reuniões entre diretores e gerentes. Além disso, as operadoras se reúnem mais com coordenação e técnicos (12,8% em comparação com cerca de 3% das prestadoras e farmacêuticas).

GRÁFICO 8 – PERCENTUAL DE REUNIÕES NA ANS, POR ÁREA DE ATUAÇÃO DA EMPRESA E CARGO DA AUTORIDADE DA ANS PRESENTE NA REUNIÃO



Nota: Elaboração própria a partir de dados sobre a agenda de autoridades da ANS. As categorias de cargos da ANS foram organizadas da seguinte forma: “Assessoria e Especialista” inclui os cargos de diretor, diretor adjunto e diretor presidente; “Secretariado” inclui cargos de secretário executivo, secretário geral e secretário-adjunto; “Gerência” inclui os cargos de gerente e gerente geral; “Chefias” inclui os cargos de chefe, chefe de gabinete, auditor chefe e corregedor; “Assessoria e Especialistas” inclui os cargos de assessor, especialista em políticas públicas e gestão governamental, especialista em regulação, procurador-geral e ouvidor; “Coordenador e Técnicos” inclui os cargos de coordenador, cargo comissionado técnico e analista administrativo.

Portanto, ao analisar os dados de reuniões na ANS, observamos que as operadoras são substancialmente mais presentes na agência do que prestadoras e farmacêuticas. Isso mostra uma estratégia diferente da descrita para as prestadoras de serviços de saúde, que parecem buscar uma relação mais próxima com os políticos por meio de doações, e buscam menos a agência de regulação do setor.

9.3.3 Atuação de deputados federais nos temas ligados à saúde

A análise das doações para campanhas nos indica como as empresas de saúde estão se relacionando com os agentes políticos e partidos através desse mecanismo. Uma questão importante que surge é o quanto os agentes políticos que recebem essas doações de fato atuam nos temas de saúde. Ou, de outra forma, se os legisladores mais ativos em temas ligados à saúde recebem doações de empresas privadas de saúde. Esta seção discute a atuação legislativa dos deputados federais na saúde.

Como mencionado na Seção 2, utilizamos dados da câmara dos deputados para analisar a atuação parlamentar com relação ao tema saúde. Isso se deve pois cerca de 97% das proposições em cada legislatura do governo

federal têm como autores deputados federais. Vale ressaltar que as proposições legislativas é um dos diversos canais possíveis conectando legisladores ao setor.

O escore de eficácia legislativa leva em consideração o status final da proposição.⁵ A TABELA 3 apresenta as proposições por esta situação final, para cada legislatura. Ao longo das 6 legislaturas analisadas, das 7.908 proposições em saúde, 222 se tornaram leis. Apesar de 5,98% das proposições em saúde versarem sobre planos de saúde, pouco mais de 10% das proposições que se tornaram lei dizem respeito a planos de saúde (22 proposições). A legislatura 56 (iniciada em 2019) teve maiores esforços em relação à saúde devido à pandemia. Nessa legislatura, 14 proposições sobre planos de saúde se tornaram leis, ou seja, cerca de 13% das leis em saúde nessa mesma legislatura.

TABELA 3 - PROPOSIÇÕES EM SAÚDE COM DEPUTADOS FEDERAIS COMO AUTORES, POR LEGISLATURA E STATUS FINAL DA PROPOSIÇÃO

Legislatura	Estágio Inicial	Apreciação pelas comissões	Apreciação do plenário	Encaminhado ao Senado Federal	Norma jurídica (lei)	Proposições sobre Planos de Saúde que viraram lei
52 (Início 2003)	29	384	181	8	33	4
53 (Início 2007)	25	373	161	5	20	1
54 (Início 2011)	33	411	257	10	17	1
55 (Início 2015)	41	810	349	23	43	3
56 (Início 2019)	41	2569	1079	62	107	14
57 (Início 2023)	39	418	154	9	2	1
Total	208	4965	2181	117	222	24

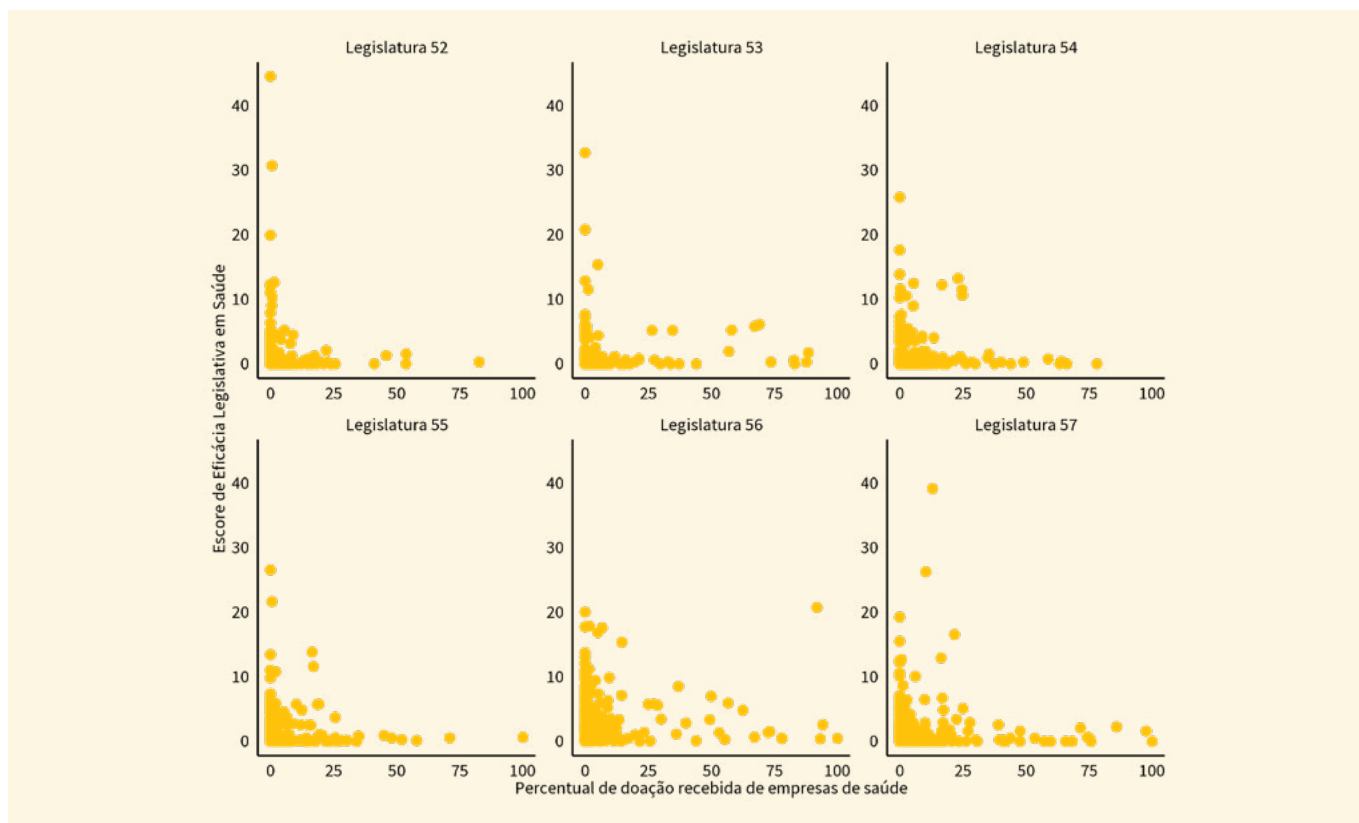
Nota: Elaboração própria a partir de dados da Câmara de Deputados. A legislação 52 engloba o período de 2003 a 2006, a 53 os anos de 2007 a 2010, 54 de 2011 a 2014, 55 de 2016 a 2019, 56 de 2020 a 2023, e a legislatura 57 inclui o ano de 2023.

Com os dados de doações de campanha e de atuação parlamentar, podemos descrever a relação entre ter recebido doação do setor de saúde e envolvimento com temas ligados a este assunto na Câmara dos Deputados. O GRÁFICO 9 apresenta essa relação para cada legislatura. No eixo x, é apresentado o percentual de doações do setor de saúde recebidas pelo deputado federal, enquanto no eixo y temos o escore de eficácia legislativa em saúde dos deputados. Notamos que, em todas as legislaturas, não parece existir uma correlação entre essas duas variáveis.

5 Informações sobre produção dos deputados federais em proposições sobre saúde, por legislatura e tipo de proposição, como descrito no índice de eficácia legislativa da Seção 2, são apresentadas na TABELA A.1 do apêndice. A distribuição dos escores por deputado e partido também são apresentados no apêndice nos GRÁFICOS B.1 E B.2, respectivamente.

Ao agregarmos todas as legislaturas, o coeficiente de correlação entre as duas variáveis é de apenas 0,04. Um exercício similar, olhando para a relação entre o escore de eficácia legislativa e experiência prévia no setor de saúde gerou uma correlação de 0,09.⁶

GRÁFICO 9 - DISPERSÃO PARA O PERCENTUAL DE DOAÇÕES DO SETOR DE SAÚDE RECEBIDA PELO CANDIDATO E SEU ESCORE DE EFICÁCIA LEGISLATIVA



Nota: Elaboração própria a partir de dados da Câmara de Deputados. A legislação 52 engloba o período de 2003 a 2006, a 53 os anos de 2007 a 2010, 54 de 2011 a 2014, 55 de 2016 a 2019, 56 de 2020 a 2023, e a legislação 57 inclui o ano de 2023.

6 A distribuição do escore de eficácia legislativa em saúde separada por receber doações ou não de empresas de saúde, e por experiência prévia em saúde ou não, é apresentada no apêndice, nos **GRÁFICOS B.3 E B.4**, respectivamente.

9.4

Considerações finais

Neste capítulo, buscamos investigar a relação entre as doações de empresas do setor de saúde para campanhas políticas e a atuação legislativa dos deputados federais no tema da saúde. Analisamos dados de doações eleitorais, reuniões junto à ANS e proposições legislativas e escores de eficácia legislativa para compreender como esses elementos interagem e influenciam o processo político no Brasil.

Ao examinar as doações de campanha, observamos uma tendência de aumento nos valores até 2014, seguida por uma queda após mudanças na legislação eleitoral. Além disso, observa-se uma mudança na dinâmica a partir de 2014, com um número menor de grandes doações, um número maior de doadores e maior presença das prestadoras.

Também observamos que as prestadoras de serviços de saúde doam em maior volume que as operadoras e as empresas do ramo farmacêutico e de equipamentos médicos, mas suas doações são menores e mais homogêneas entre suas firmas.

Em contrapartida, ao analisarmos a agenda das autoridades da ANS, constatamos a predominância de representantes das operadoras. Este estudo sugere que as prestadoras buscam influenciar o legislativo, enquanto as operadoras focam na regulação do setor. Uma possível explicação para isto reside no fato que a ANS produz normas diretamente relacionadas a questões regulatórias das operadoras. Investigações mais aprofundadas sobre estes fatos são necessárias para uma melhor compreensão dos efeitos da doação de campanha sobre o desempenho das prestadoras e da presença das operadoras sobre a regulação do setor.

A análise da atuação legislativa dos deputados federais revelou que uma pequena proporção das proposições legislativas é relacionada à saúde. Apesar disso, houve um aumento significativo no número de proposições durante a pandemia, destacando a importância desse tema na agenda política.

Apesar da ausência de uma correlação direta entre doações de campanha e eficácia legislativa, é fundamental enfatizar que esta última representa apenas uma dimensão da influência de legisladores na saúde. Por exemplo, não abordamos como os legisladores podem impactar a nomeação de

quadros em agências regulatórias ou influenciar no andamento de propostas com repercussões no setor. Da mesma forma, não consideramos a habilidade dos legisladores em promover propostas de saúde utilizando seu capital político, mesmo que não sejam seus autores diretos.

É importante investigar as relações entre empresas privadas de saúde e o setor político no Brasil, e como tais interações afetam a legislação e a regulação. Um desafio significativo nesse aspecto é a carência de dados detalhados para compreender essas relações. Frequentemente, as conexões entre empresas e políticos ocorrem informalmente, sem registros oficiais.

Portanto, embora este estudo tenha proporcionado uma análise das interações entre o setor privado de saúde e o setor político no Brasil, reconhecemos suas limitações e a necessidade de mais pesquisa e dados para uma análise mais abrangente. A complexidade e a opacidade nas relações entre empresas e políticos podem ser consideradas desafios significativos na formulação de políticas públicas equitativas e eficazes não apenas na área da saúde, mas em todos os setores.



Referências Bibliográficas

BAIRD, Marcello Fragano. Saúde em jogo: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). SciELO-Editora FIOCRUZ, 2020.

CACCIA SALINAS, Natasha Schmitt; MARTINS, Fernanda. Participation Mechanisms at the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (ANS). Braz. J. Pub. Policy, v. 8, p. 343, 2018.

CARVALHO, Lílian Barros. Influência parlamentar: uma análise dos fatores que contribuem para a eficácia legislativa dos projetos de lei em saúde. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

COOPER, Zack et al. Politics and health care spending in the United States. National Bureau of Economic Research, 2017.

FONSECA, Thiago do Nascimento. Doações de campanha implicam em retornos contratuais futuros? Uma análise dos valores recebidos por empresas antes e após as eleições. Revista de Sociologia e Política, v. 25, p. 31-49, 2017.

MOBARAK, Ahmed Mushfiq; RAJKUMAR, Andrew Sunil; CROPPER, Maureen. The political economy of health services provision in Brazil. Economic development and cultural change, v. 59, n. 4, p. 723-751, 2011.

SALINAS, Natasha Schmitt Caccia. A intervenção do congresso nacional na autonomia das agências reguladoras. Rei-Revista Estudos Institucionais, v. 5, n. 2, p. 586-614, 2019.

SANTOS, Manoel Leonardo et al. Financiamento de campanha e apoio parlamentar à Agenda Legislativa da Indústria na Câmara dos Deputados. Opinião Pública, v. 21, p. 33-59, 2015.

SANTOS, Manoel Leonardo et al. Financiamento e lobbying empresarial na comissão de indústria e comércio e de agricultura. 2019.

SANTOS, Luiz Alberto dos. Regulamentação das atividades de lobby e seu impacto sobre as relações entre políticos, burocratas e grupos de interesse no ciclo de políticas públicas: análise comparativa dos Estados Unidos e Brasil. 2007. 542 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

VOLDEN, Craig; WISEMAN, Alan E. Legislative effectiveness in Congress. Manuscrito, The Ohio State University, 2009

XAVIER, Carlos Joel Carvalho de Formiga. A corrupção política e o caixa 2 de campanha no Brasil. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, University of São Paulo, São Paulo, 2011. doi:10.11606/D.8.2011.tde-26092011-135010

WANG, Yangmei; LI, Yuewu; LI, Jiao. Hospital lobbying and performance. Journal of Governmental & Nonprofit Accounting, v. 10, n. 1, p. 1-25, 2021.

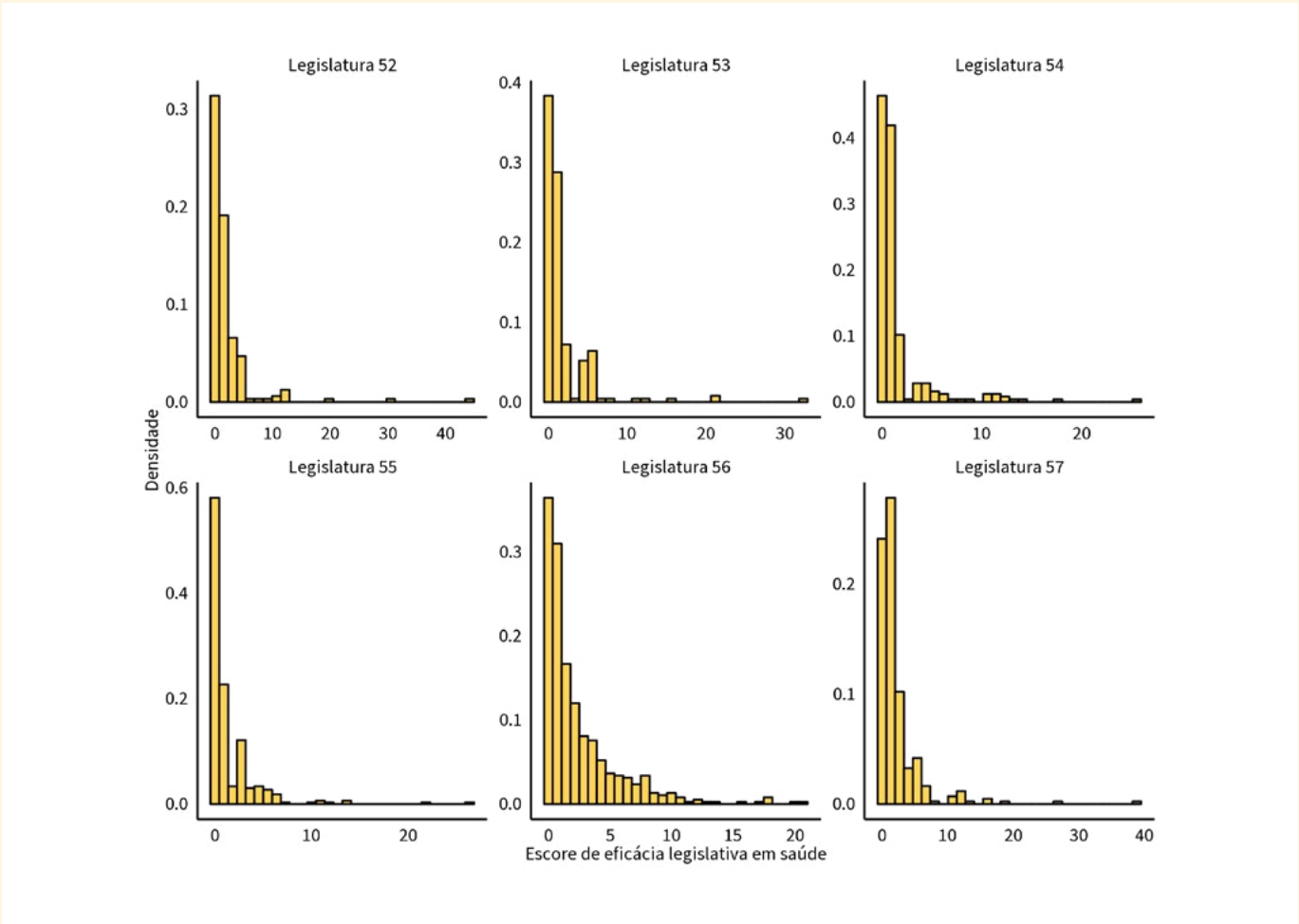
Apêndice

TABELA A1 - PROPOSIÇÕES EM SAÚDE COM DEPUTADOS FEDERAIS COMO AUTORES, POR LEGISLATURA E TIPO DE PROPOSIÇÃO.

Legislatura	PEC	PL	PLP	PLV	Total de proposições em saúde	Proposições sobre Planos de Saúde	Total de proposições (todos os temas)
52 (Início 2003)	13	606	11	5	635	43	11.219
53 (Início 2007)	11	564	6	3	584	33	12.606
54 (Início 2011)	15	685	18	10	728	30	11.736
55 (Início 2015)	13	1225	21	7	1266	51	18.251
56 (Início 2019)	12	3939	100	22	4073	284	33.556
57 (Início 2023)	1	608	11	2	622	32	8.446
Total	65	7627	167	49	7908	473	95.814

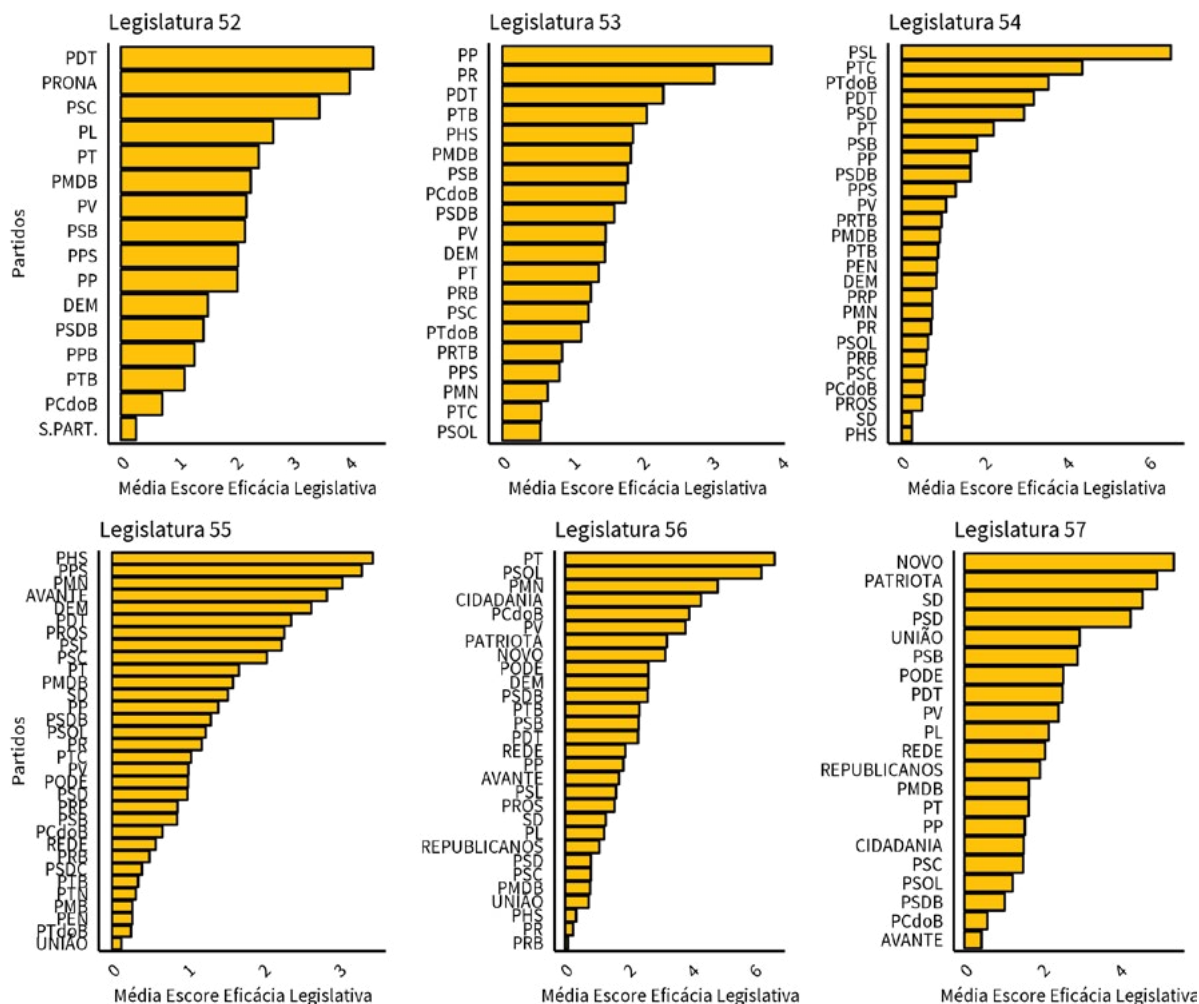
Nota: Elaboração própria a partir de dados da Câmara de Deputados.

GRÁFICO B.1 - DISTRIBUIÇÃO DO SCORE DE EFICÁCIA LEGISLATIVA, POR LEGISLATURA (2003 A 2023)



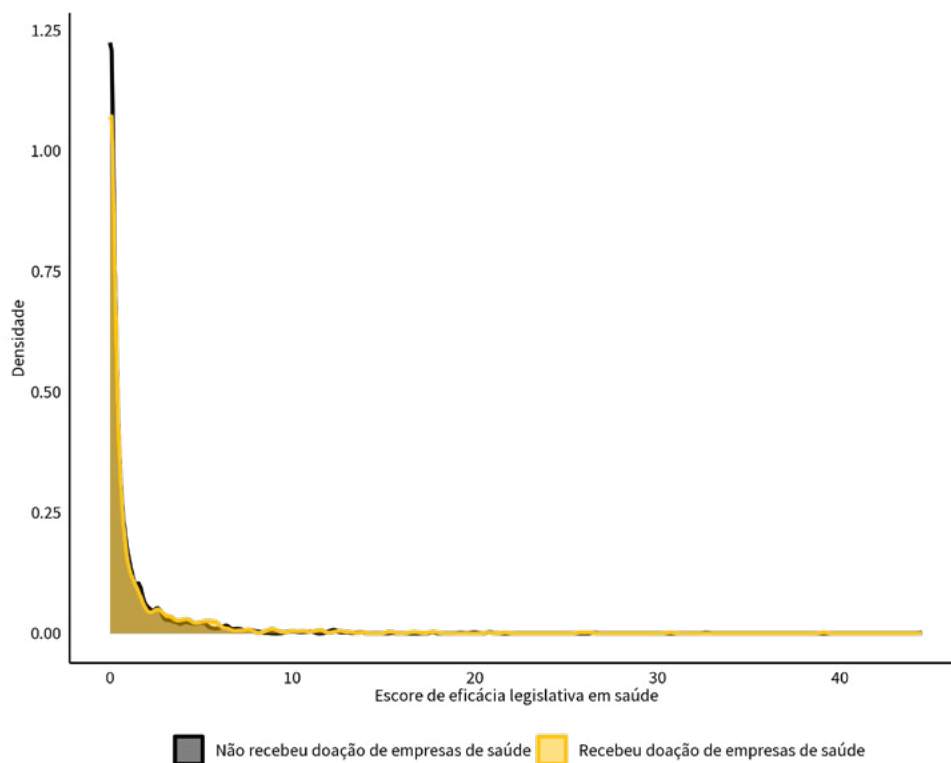
Nota: Elaboração própria a partir de dados da Câmara de Deputados. A legislação 52 engloba o período de 2003 a 2006, a 53 os anos de 2007 a 2010, 54 de 2011 a 2014, 55 de 2016 a 2019, 56 de 2020 a 2023, e a legislatura 57 inclui o ano de 2023.

GRÁFICO B.2 - DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE EFICÁCIA LEGISLATIVA, POR LEGISLATURA (2003 A 2023)



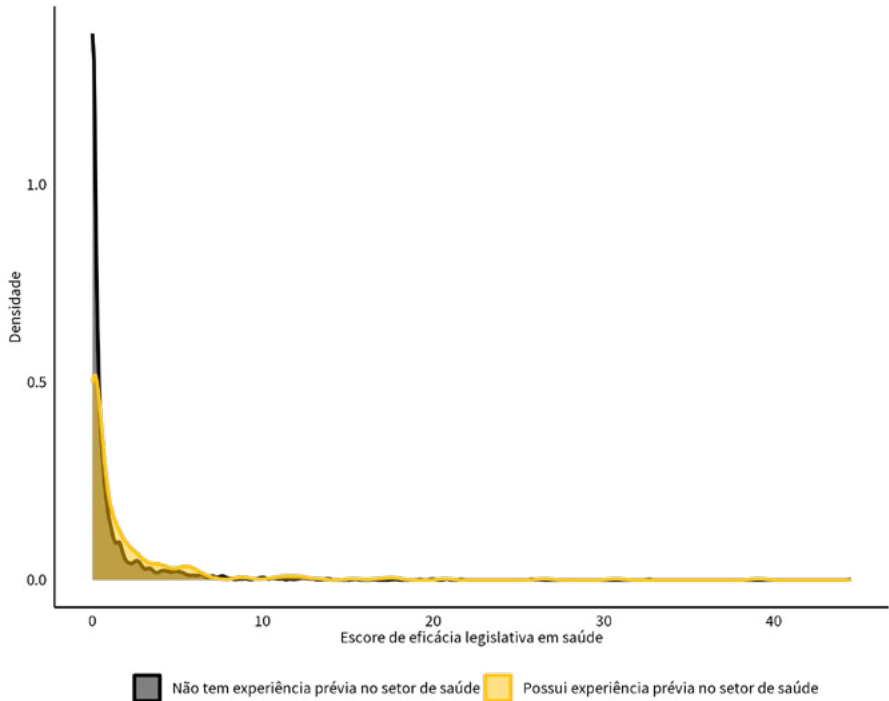
Nota: Elaboração própria a partir de dados da Câmara de Deputados. Histograma do escore de eficácia legislativa por partido, somente considerando candidatos que tiveram escore maior que zero.

GRÁFICO B.3 - DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE EFICÁCIA LEGISLATIVA PARA DEPUTADOS FEDERAIS QUE RECEBERAM OU NÃO DE EMPRESAS DO SETOR DE SAÚDE.



Nota: Elaboração própria a partir de dados da Câmara de Deputados. A linha e o sombreado preto representam a distribuição do escore para os candidatos que não receberam doações de empresas de saúde, e a linha e o sombreado amarelo para os candidatos que receberam doações de empresas de saúde.

GRÁFICO B.4 - DISTRIBUIÇÃO DO SCORE DE EFICÁCIA LEGISLATIVA POR EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PRÉVIA DO DEPUTADO FEDERAL



Nota: Elaboração própria a partir de dados da Câmara de Deputados. A linha e o sombreado preto representam a distribuição do score para os candidatos que reportaram ter trabalho em setores que não o setor de saúde antes de entrar na política, e a linha e o sombreado amarelo para os candidatos reportaram ter trabalho no setor de saúde previamente à experiência política.