

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA



MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO

**AS PERSPECTIVAS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO MERCADO  
DE SAÚDE NO BRASIL**

Antonio Pedro Mendes de Almeida

Matrícula nº 1113108

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Maria de Nazareth Maciel

Novembro 2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA



MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO

**AS PERSPECTIVAS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO MERCADO  
DE SAÚDE NO BRASIL**

**"Declaro que o presente trabalho é de minha autoria e que não recorri para realizá-lo, a nenhuma forma de ajuda externa, exceto quando autorizado pelo professor tutor".**

---

Antonio Pedro Mendes de Almeida

Matrícula nº 1113108

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria de Nazareth Maciel

Novembro 2015

**"As opiniões expressas neste trabalho são de responsabilidade única e exclusiva do autor".**

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora Maria de Nazareth Maciel pelo auxílio na realização deste trabalho.

Aos professores Rogério Werneck e Gustavo Gonzaga pelo conhecimento adquirido durante minha jornada acadêmica.

Aos meus colegas da PUC-RIO.

A minha namorada Livia.

A todos os amigos e familiares que, de uma forma ou de outra, me estimularam ou me ajudaram.

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO (SUS)	15
2.1 Histórico	15
2.2 Processo de Regionalização	17
2.3 Principal Estratégia	18
2.4 Gastos e Estrutura do SUS	19
2.5 Principais Problemas Atuais e Metas	21
3. O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	25
3.1 Histórico	25
3.2 Configuração do Setor	26
3.2.1 A Cadeia Produtiva do Setor	26
3.2.2 Os Planos de Saúde Privados	27
3.2.3 O Processo de Consolidação das Operadoras de Plano de Saúde	29
3.2.4 Os Beneficiários dos Planos de Saúde	31
3.2.5 Os Desafios Enfrentados pelas Operadoras	34
3.3 Os Prestadores de Serviço de Saúde	36
3.3.1 Os Hospitais Privados	36
3.3.2 A Estrutura do Setor Privado em Comparação com o SUS	39
3.3.3 A Relação entre os Prestadores de Serviço e as Operadoras	41
3.3.4 A Remuneração dos Prestadores de Serviço	43

3.3.4.1 Referencial teórico	43
3.3.4.2 <i>Fee for service</i>	44
3.3.4.3 Procedimento Gerenciado (Pacote)	45
3.3.4.4 Diária Global	47
3.3.4.5 Diagnóstico de Grupo Relacionados (DRG)	47
3.4 Regulação do Setor	49
3.5 A Judicialização da Saúde	53
3.6 O Setor de Saúde como Alvo de Investimentos	55
3.7 A Rede D'or	56
3.7.1 Histórico da Empresa	56
3.7.2 Panorama de Mercado de Atuação	58
3.7.3 Posicionamento Estratégico da Empresa	59
3.7.4 Plano de Crescimento	65
4 O SISTEMA DE SAÚDE NOS EUA	67
4.1 Histórico e Configuração do Setor	67
4.1.2 O <i>Medicare</i>	68
4.1.3 O <i>Medicaid</i>	70
4.1.4 O Financiamento Privado	71
4.1.5 Os Não Segurados	72
4.2 O Setor Hospitalar Americano	73
4.2.1 Visão Geral	73
4.2.2 A Relação com as Fontes Pagadoras	75
4.2.3 A Queda no Volume de Pacientes nos Hospitais	76
4.2.4 O Crescimento a partir de Fusões e Aquisições no Setor	77

4.2.5 Glosa Hospitalar	79
4.2.6 Estrutura de Custos	80
4.2.7 Principais Participantes	81
5. ANÁLISE EMPÍRICA	82
5.1 Análise Proposta	82
5.2 Dados	83
5.3 Método	83
5.4 Resultado	83
6. CONCLUSÃO	85
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

SUS – Sistema Único de Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

NOAS – Norma de Assistência à Saúde

PPI – Programação Pactuada Integrada

UBS – Unidade Básica de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

PIB – Produto Interno Bruto

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

AMS – Assistência Médica Supletiva

GEAP – Fundação de Seguridade Social

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANP – Agência Nacional de Petróleo

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

VCMH – Variação dos Custos Médicos Hospitalares (VCMH)

IPCA – Índice de Preços do Consumidor Amplo

IESS – Instituto de Saúde Suplementar

PNAD – Pesquisa Nacional de Domicílios

CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

NIP – Notificação de Intermediação Preliminar

SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

ANHAP – Associação Nacional de Hospitais Privados

PMC – Preço Máximo ao Consumidor

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

DRG – Diagnóstico de Grupo Relacionados

GDH – Grupo de Diagnósticos Homogêneos

CID – Classificação Internacional da Doença

CTP – Códigos de Procedimento Terapêuticos

HHS – *Health and Human Services*

CMS – *Centers for Medicare and Medicaid Services*

FDA – *Food and Drug Administration*

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CHIP – *Children's Health Insurance Program*

AHA – *American Hospital Association*

MS - Ministério da Saúde

RDSL - Rede D'Or São Luiz

## Lista de Figuras

Figura 1 – Leitos de UTI	22
Figura 2 – Cadeia Produtiva do Mercado Suplementar de Saúde	26
Figura 3 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação	34
Figura 4 – Fluxograma de Construção do Processo do DRG	48
Figura 5 – Principais falhas de mercado no mercado suplementar	50
Figura 6 - Demandas NIP Assistenciais e Índice de Resolutividade (Brasil - 2009-2015)	54
Figura 7 – Trajetória da Empresa	57
Figura 8 – Distribuição da Cobertura da População Americana, 2013	68
Figura 9 – Hospitais por Tipo de Gestão	74
Figura 10 – Receita por Fonte Pagadora dos Hospitais Americanos – 2013	74
Figura 11 – Histórico de Reajustes por Fonte Pagadora	76
Figura 12 – Pacientes de Internação / Pacientes Ambulatoriais, 1996-2006	77

## Lista de Gráficos e Tabelas

### Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Gastos em Saúde em % do PIB (2012)	19
Gráfico 2 – Evolução da Rede de Serviços (1981-2009)	20
Gráfico 3 – Número de Beneficiários por Modalidade (Set 2015)	29
Gráfico 4 – Operadoras de Planos de Saúde em Atividade	30
Gráfico 5 – Beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde Brasil	31
Gráfico 6 – Distribuição por tipo de contratação (Jun 2015)	32
Gráfico 7 – Pirâmide da Estrutura Etária dos Beneficiários de Planos Privados de Assistência Médica (Brasil, setembro/2015)	33
Gráfico 8 – Receita de Contraprestações e Despesa Assistencial de todas as Operadoras	35
Gráfico 9 – IPCA vs VCMH	36
Gráfico 10 – Número de Leitos (em milhares) X Vidas Cobertas (em milhões)	39
Gráfico 11 – Prazo Médio de Recebimento (em dias) – Total	42
Gráfico 12 – Índice de Glosas % sobre Receita Líquida – Grupo de Controle ANAHP	42
Gráfico 13 – Déficit de Leitos Privados (em milhares)	59
Gráfico 14 – Posicionamento no Mercado Hospitalar	61
Gráfico 15 – Taxa de Ocupação ANAHP/Taxa de Ocupação Rede D´Or São Luiz	61
Gráfico 16 – Total: 50,5 Milhões de Vidas Cobertas	63
Gráfico 17 – Fontes Pagadoras em SP e BH	64
Gráfico 18 – Plano de Expansão da Empresa	66

Gráfico 19 – Gastos Totais com o <i>Medicare</i> desde 1965 (MM dólares) com Estimativas até 2021	70
Gráfico 20 – População Desassegurada nos E.U.A, 1963-2014	73
Gráfico 21 – Beneficiários, Taxa de Desemprego a População Idosa 2001 – 2012	82

### **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Hospitais do Brasil	37
Tabela 2 – Composição da receita dos hospitais da ANAHP	38
Tabela 3 - Estrutura de Estabelecimentos Sistema de Saúde	40
Tabela 4 – Infraestrutura por 100 mil habitantes no SUS e na Saúde Suplementar, 2009 e 2015	40
Tabela 5 – Distribuição dos Planos por Tipo de Contratação 2001- 2014	52
Tabela 6 – Análise Comparativa da Estrutura Hospitalar- BR, E.U.A e RDSL	60
Tabela 7 – Transações de M&A no Setor 2010-2014	79
Tabela 8 – Principais <i>Players</i> Americanos	81
Tabela 9 – Modelo 1: MQO, usando as observações 2001-2012 (T = 12) Variável dependente: Num_Beneficiários Erros padrão HAC, largura de banda 1 (Núcleo de Bartlett)	84

"Toda ação humana, quer se torne positiva ou negativa, precisa depender de motivação."

Dalai Lama

## 1.

### Introdução

O setor de saúde representa parcela relevante da proporção do PIB, assim como da renda disponível dos indivíduos. Enquanto diversos países oferecem acesso à saúde por meio do Estado, outros os disponibilizam por meio da iniciativa privada. No Brasil, a saúde é caracterizada pela coexistência do setor público com o setor privado, representados respectivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo setor de saúde suplementar. Como será descrito neste estudo, mesmo que o Estado brasileiro se proponha a oferecer saúde universal para toda a população, o SUS ainda apresenta enormes deficiências que levam as pessoas a recorrerem ao sistema privado através da contratação de planos de saúde. Ainda assim, o sistema público universal representou uma enorme conquista de direitos e foi uma das grandes marcas da Constituição de 1988.

O objetivo principal deste trabalho é fazer uma análise geral do sistema de saúde brasileiro para poder traçar um cenário de consolidação do mercado hospitalar privado. Como será exposto, este segmento, até o final de 2014, contava com uma série de restrições que impediam uma participação ativa de investidores. A Lei nº 13.097/15 passou a permitir a participação de investidores estrangeiros, indicando o início de grandes aportes financeiros no setor. Nesse contexto, busca-se compreender seu mercado de atuação e suas perspectivas.

O segundo capítulo analisa toda a estrutura do SUS, levando em consideração o histórico, a dimensão de sua estrutura, sua atual estratégia e os problemas e desafios enfrentados. Entende-se que o setor público é determinante para a existência do mercado suplementar, por isso, compreendê-lo nos permite avaliar como estará a demanda por planos privados no futuro.

Na terceira seção é abordado em detalhes o setor de saúde suplementar, indicando-se seus principais participantes, a relação conflituosa entre as partes envolvidas, a sua estrutura de estabelecimentos, os desafios enfrentados e ainda o papel da regulação no setor. Após examinar o contexto desse setor, faz-se uma abordagem da Rede D'Or São Luiz, uma empresa operadora de hospitais independentes com grandes potenciais para liderar o processo de consolidação do mercado.

Em seguida, o trabalho explora o mercado de saúde americano - um sistema privado e detentor dos maiores gastos em saúde entre todos os países. Apesar de muitos recursos consumidos, será visto que o sistema detém graves problemas estruturais. Por outro lado, sua estrutura hospitalar é considerado bastante dinâmico e madura, contando com diversos participantes bastante consolidados. Serão apresentadas as principais características do setor junto a diversas questões que vem causando impacto na *performance* de seus participantes.

No quarto capítulo realizam-se estudos empíricos a partir de variáveis consideradas chaves para o mercado de saúde suplementar. A partir de métodos econométricos, analisa-se o impacto do nível de desemprego e do envelhecimento da população sobre número de beneficiários de planos de saúde. Os resultados são bastante positivos, evidenciando relações de causa e efeito entre as variáveis.

Em suma, o presente trabalho promoverá um visão geral do setor, buscando indicadores que confirmem as perspectivas promissoras para o setor. No entanto, depois de compreendê-lo, veremos que é um setor bastante delicado, que está lidando diretamente com vidas, e por isso, não pode ser tratado como uma empresa exclusivamente voltada para o lucro.

## 2.

# O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO (SUS)

## 2.1

### Histórico

A criação do Sistema Único de Saúde foi um dos maiores feitos de inclusão social vistos na história da Constituição Brasileira. Foi um marco do compromisso do Estado brasileiro com os direitos de sua população. Deveu-se em grande parte aos altos custos de saúde vigentes da época que antecedeu o SUS, à crise no sistema previdenciário que detinha a gestão da saúde pública e aos movimentos de democratização. Durante o período da Reforma Sanitária, a oitava Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 analisou os problemas da rede de serviços de saúde e sugeriu novos modelos de gestão. O relatório gerado teve grande influência na definição do papel do Estado em assegurar o direito de todos brasileiros à saúde. A conferência gerou grande parte do arcabouço legal do SUS. Reflexo do avanço dos direitos sociais do país, o trecho do art. 196, presente na Constituição Federal de 1988 é conquista do movimento: “A saúde é direito de todos e dever do Estado , garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O Sistema Único de Saúde fundamentou-se nos seguintes princípios:

- Universalidade – a saúde como direito de todos;
- Integralidade da assistência – ações de caráter preventivo e curativo, individual e coletivo;
- Municipalização, regionalização e hierarquização;
- Equidade;
- Descentralização político-administrativa – três esferas (nacional, estadual e municipal), cada uma com comando único e atribuições próprias;
- Participação da comunidade na formação de conselhos de saúde.

A construção do SUS determinou a saúde como direito fundamental de todos, e, para alcançar esse fim, iniciou-se um amplo processo de transformações institucionais do sistema de saúde a partir de um conjunto de leis e normas que formaram a base jurídica do sistema. Anos depois da Constituição de 1988, foram publicadas as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90. A primeira estabelece a estrutura organizacional e de financiamento do SUS entre os entes governamentais. Já a segunda, postula a participação da comunidade no sistema através de entidades representativas e as diretrizes para o financiamento por meio das transferências fundo a fundo entre os governos.

Como forma de estruturar ainda mais o sistema, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) - portarias do Ministério da Saúde- que definiram a agenda do processo de descentralização da política de saúde e deram apoio para as relações entre as esferas de governo. Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/92, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96). Estas definiram as competências, as responsabilidades e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir a capacidade de gestão no SUS.

Em 2006, a portaria 399/GM foi editada lançando o Pacto pela Saúde como um marco da consolidação do SUS. O documento contempla três dimensões: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Segundo Chaer Kishima:

O primeiro propõe como prioridades a saúde do idoso, o controle de câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna; além do fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e da promoção da saúde e do fortalecimento da atenção básica. O segundo estabelece as responsabilidades de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Já o terceiro estabelece como principal diretriz a ampliação de recursos financeiros para o SUS (KISHIMA, 2012).

## 2.2

### Processo de Regionalização

A centralização da saúde, modelo adotado anteriormente, tinha um grande distanciamento das questões particulares de uma determinada localidade. É muito importante destacar que a estrutura descentralizada do SUS possibilitou o acesso de recursos para todos os municípios brasileiros com intuito de atender toda a população e entender as peculiaridades locais. Seu financiamento foi subdividido em três destinos: atenção primária<sup>1</sup>, atenção de média e alta complexidade e ações estratégicas (investimentos no setor, apoio farmacêutico e vigilância sanitária). Além do financiamento, a execução de serviços passou a ser de responsabilidade dos municípios.

Conforme dados do Banco Mundial:

Como resultado da descentralização, a participação do financiamento da saúde entre os três níveis de governo alterou-se vigorosamente ao longo dos anos. A parcela da União, que representava 85% do total em 1980 encolheu para 45% em 2000 enquanto que municípios e estados passaram a deter respectivamente 28% e 27% do financiamento em 2009 (BANCO MUNDIAL, 2013).

A edição da Norma de Assistência à Saúde (NOAS, 2001) ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, determinou o processo de regionalização da assistência e criou mecanismos de fortalecimento da gestão. Já com a edição da NOAS de 2002, reforçou-se o processo de regionalização da assistência e ampliou-se a aplicação da Programação Pactuada Integrada (PPI), processo em que são definidas e quantificadas as ações para a população de cada território. Entende-se que os serviços básicos de baixa complexidade e de maior demanda devem ser descentralizados, e, portanto, estar presente em todos os municípios do país. Já os serviços especializados que englobam maior complexidade devem estar concentrados em municípios estratégicos devido a sua estrutura de custos elevados e maior qualificação da equipe envolvida. Assim, com o Plano Diretor de Regionalização determinam-se áreas estratégicas que compreendiam a existência de macrorregiões,

---

<sup>1</sup> Também denominada de Atenção Básica. Consiste é estratégia de promoção, prevenção e proteção à saúde.

formadas por um conjunto de microrregiões, que, por conseguinte, são formados por um grupo de municípios dentro do raio influência de um município polo de maior densidade populacional e tecnológica. O objetivo deste processo está em criar uma estrutura organizacional que possibilite o acesso de todos os cidadãos aos serviços de atenção primária, secundária e terciária independente de sua localização domiciliar.

## **2.3**

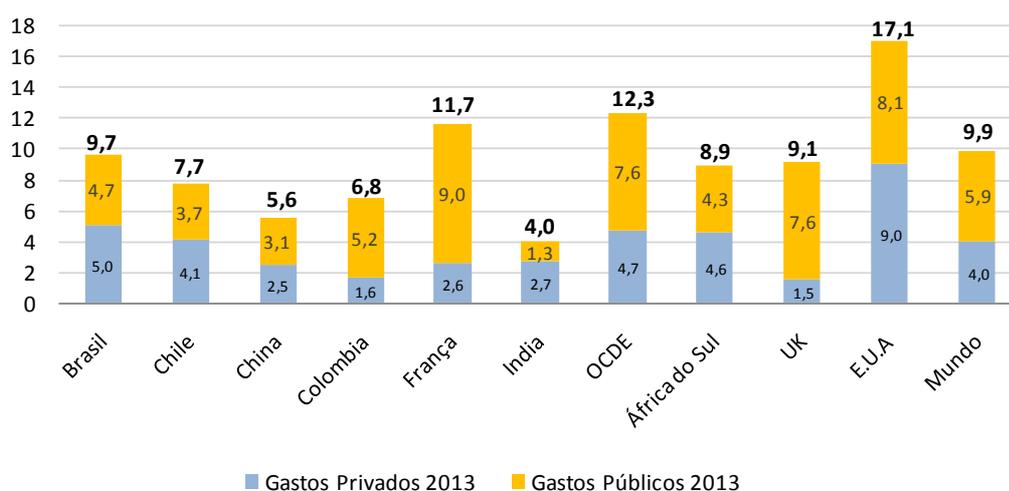
### **Principal Estratégia**

Desde a sua implantação, a principal estratégia do SUS tem sido na expansão da cobertura da rede de atenção primária, principalmente através do Programa Saúde na Família. O programa busca fazer o acompanhamento de famílias e indivíduos dentro de uma região delimitada para promover ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças existentes. As equipes são formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número de quatro a seis agentes comunitários de saúde que são responsáveis pelos cuidados de saúde primários de aproximadamente 1.000 famílias (ou cerca de 3.500 pessoas). A unidade básica de saúde (UBS) é a principal estrutura de atenção primária do SUS. É o local onde teoricamente ocorre o primeiro contato do paciente como sistema público, e, onde podem ser resolvidos cerca de 80% dos problemas segundo o Ministério da Saúde (MS). Evidências empíricas demonstram que os investimentos em atenção primária junto com a capacitação dos profissionais de saúde aumentam a resolubilidade do sistema e levam a redução de gastos. Assim, o atendimento ambulatorial é entendido como a porta de entrada do paciente ao sistema, devendo ser integrado com os níveis mais complexos de assistência.

## 2.4

### Gastos e Estrutura do SUS

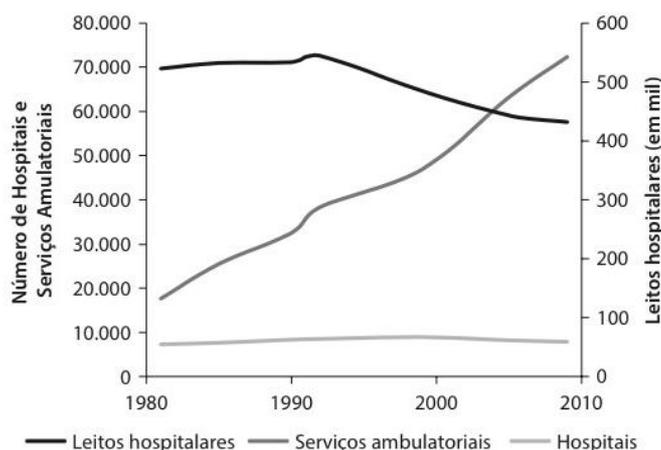
Atualmente o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, cobrindo cerca de 150 milhões de brasileiros. Levando em conta as ações de vigilância sanitária sobre alimentos e medicamentos, de vigilância de epidemias e ações de transplante de órgãos o sistema atende indiretamente toda população brasileira. Segundo dados do Relatório Anual de Gestão do MS de 2014, o montante aplicado no sistema público de saúde foi de cerca de R\$ 92 bilhões de reais. Destes, R\$ 44,5 bilhões foram destinados para assistência ambulatorial e hospitais e R\$ 18,6 bilhões em atenção básica. Os recursos investidos pelos três governos equivaleram a uma média de US\$ 483 por habitante. Observando o gráfico 1, nota-se que os gastos públicos em saúde representaram 48,4% do total, um parcela bastante inferior a países que também se propõe a oferecer saúde universal como França e Inglaterra ( 78% e 84% do total, respectivamente). Junto com a esfera privada, o Brasil gastou o equivalente a 9,7% do PIB em saúde em 2013, uma proporção equivalente ou até mesmo superior a muitos países desenvolvidos. Porém, quando se analisa o gasto *per capita*, disponíveis no banco de dados do Banco Mundial, o país apresenta um gasto de US\$ 1.084 por habitante, um número bastante inferior ao gasto *per capita* de US\$ 3.597 da Inglaterra.



**Gráfico 1 – Gastos em Saúde em % do PIB (2013)**

*Fonte: Banco Mundial*

Mesmo com gastos públicos insuficientes, a estrutura do SUS é bastante robusta. Desde a sua criação, ocorreram avanços significativos na organização dos serviços prestados. De acordo com dados do MS, a capacidade do sistema no que se refere ao número de estabelecimentos passou de cerca de 22.000, em 1981, para aproximadamente 75.000, em 2009. Entretanto, nota-se que este crescimento é composto em grande parte pela expansão das unidades ambulatoriais, enquanto que o número de hospitais se manteve constante e o número de leitos apresentou piora. É válido salientar que a redistribuição de recursos em prol da atenção primária em saúde caracteriza a nova estratégia do sistema que deixa de ter o foco nos serviços hospitalares, embora estes continuem a representar quase metade dos gastos totais em saúde.



**Gráfico 2 – Evolução da Rede de Serviços (1981-2009)**

*Fonte: IBGE (Pesquisas AMS)*

Para compreender a dimensão atual do SUS, podem-se destacar os números do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde. Dados de 2015 apontam para a existência 5105 hospitais gerais e 1036 hospitais especializados, totalizando 6141 hospitais. Em 2014, foram cerca de 11,6 milhões de internações, 23.226 transplantes e 25 milhões de procedimentos oncológicos realizados. A rede ambulatorial do SUS chegou a marca dos 60 mil estabelecimentos, sendo realizados 4,1 bilhões de procedimentos. Das vacinas

aplicadas, 98% são provenientes do sistema. Chama-se atenção para os recentes investimentos feitos nas redes de atenção através do aumento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que chegaram aos números 40,7 mil em 2015, da frota de ambulâncias do SAMU/192 que atingiu 3.059 veículos e da expansão do programa Melhor em Casa<sup>2</sup> – atualmente com 1550 equipes. Além disso, as unidades de Pronto Atendimento (UPA), que funcionam 24 horas por dia e ajudam a desafogar a emergência dos hospitais totalizaram 409 em 2015, frente a 100 unidades em 2010. No gráfico 2 é observada essa tendência de investimentos na atenção primária, enquanto que o número de leitos hospitalares permaneceu praticamente constante.

## 2.5

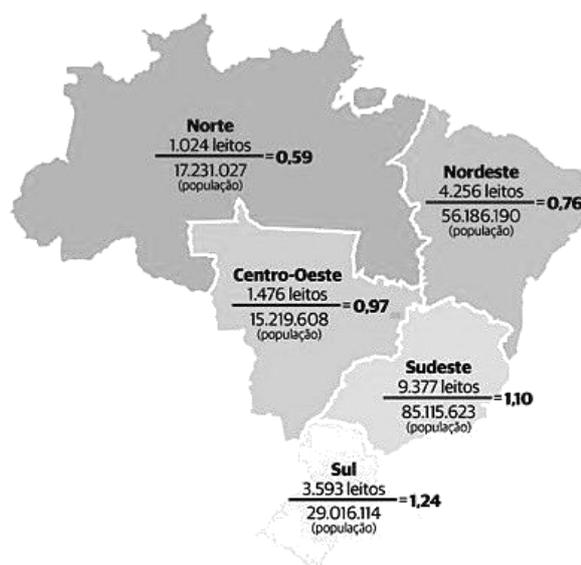
### Principais Problemas Atuais e Metas

O sistema ainda apresenta enormes desafios em oferecer saúde universal e igualitária. As discrepâncias regionais ainda são enormes. A começar pela capacidade dos municípios menores, com menos de 200 mil habitantes, em atrair médicos e profissionais de enfermagem e ao mesmo tempo conseguir oferecer todas as especialidades médicas. Além da resistência dos profissionais de saúde em viverem em áreas remotas, o mercado privado oferece preços muito mais competitivos, pagando o dobro daquilo que é oferecido pelo setor público. O resultado é uma grande carência de médicos no sistema, que acaba atrasando e prejudicando o cuidado ao paciente. Como tentativa de solucionar esse problema, o Governo Federal lançou em 2013 “O Programa Mais Médicos”, levando atendimento básico a 63 milhões de pessoas. O programa engloba 18,2 mil profissionais, entre brasileiros e estrangeiros, que trabalham em 4058 municípios e 34 distritos Sanitários Especiais Indígenas. Também mobiliza esforços em formar mais médicos a partir da criação de vagas de graduação planejadas. A meta é chegar ao montante de 600 mil médicos em 2016, com uma média de 2,7 por mil habitantes, taxa equivalente ao do Reino Unido. O número atual é de 1,8 por mil habitantes.

---

<sup>2</sup> Programa de Atendimento Domiciliar.

Estatísticas do IPEA mostram que há também escassez na oferta de leitos hospitalares. O SUS, no período entre 2010 e 2014, contemplou uma perda de 14 mil leitos, principalmente nas especialidades de obstetrícia, psiquiatria e pediatria. Parte pode ser explicada pelas mudanças da estratégia das redes de atenção, onde o hospital deixa de ser o centro de assistência. Para destacar os contrastes regionais basta apenas comparar os números de leitos de UTI da região Sul e Norte ( figura 1). Enquanto o primeiro comporta um total com 3.593 leitos com uma média de 1,24 por 10 mil habitantes, o segundo detém 1024 UTIs com uma média de 0,59 por 10 mil habitantes. Vale ressaltar ainda que a existência desses leitos não garante que estes estejam operacionais.



**Figura 1 – Leitos de UTI**

*Fonte: CNES e IBGE. Elaboração IPEA*

Nos últimos anos, o Brasil vivenciou melhorias expressivas nos resultados da saúde quando comparados ao período pré-SUS. Desde a sua implementação são muitos os pontos a celebrar: a expansão da capacidade de provisão de serviços, a redução das disparidades regionais embora ainda significativas, os reforços nos cuidados primários, o processo de descentralização dando maior autonomia aos municípios, o aumento das despesas com a saúde e a introdução de diversos mecanismos de coordenação, participação e eficiência.

Todavia, problemas como o excesso de pessoas para serem atendidas e o estado de sucateamento das unidades públicas de saúde ainda marcam as dificuldades enfrentadas pelo sistema. Os usuários apontam que os maiores problemas são o acesso aos serviços de saúde, atrasos no tratamento e falta de médicos. Essas questões são materializadas em enormes filas, na necessidade de se chegar de madrugada para conseguir atendimento e em mortes causadas por diagnósticos tardios. Este último deve-se principalmente a dificuldade no acesso à atenção especializada e deflagra a fragilidade do sistema em articular a atenção primária com os demais níveis de atenção. É muito importante ressaltar que, os hospitais públicos encontram-se em nível de baixa eficiência. Segundo o Banco Mundial (2013), os principais motivos para tal são: pequena escala das operações visto que a maioria dos hospitais brasileiros possui menos de 50 leitos, uso intensivo de recursos humanos e baixo uso de capacidade instalada (BANCO MUNDIAL, 2013).

Segundo La Forgia e Couttolenc:

Os leitos hospitalares e centros cirúrgicos se encontram subutilizados e equipamentos diagnósticos, de alto custo, estão mal distribuídos entre as redes de atenção. Assim, pode-se dizer que o problema de acesso a cuidados especializados é em grande parte fruto da falta de organização e não exclusivamente da insuficiência de recursos. Argumenta-se que o hospital brasileiro médio poderia ter uma produção três vezes superior, com o mesmo número de insumos, caso fosse tão eficiente como o mais eficiente. (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2008).

Mesmo que os gastos em saúde tenham aumentado nos últimos anos em termos absolutos e em proporção do PIB, este movimento foi menos expressivo do que em países de renda média e alta, em particular aqueles que gozaram de uma rápida expansão de cobertura como Turquia, Tailândia, África do Sul e Coreia do Sul. Segundo dados da OCDE, os gastos públicos com saúde em termos de percentagem do PIB, 4,5%, ainda equivalem a menos da metade da média da organização. Fica evidente que os gastos públicos com saúde não cresceram de forma alinhada com a expansão do sistema e do volume dos serviços prestados, principalmente quando se leva em conta a inflação do setor de saúde, que está sempre superior aos demais setores. O aumento de custos provenientes da implementação de novos equipamentos e procedimentos exercem enorme pressão sob as finanças públicas. Entretanto, embora muitos advoguem que a maior deficiência do sistema está no

subfinanciamento, o fato de muitos outros países, com níveis do gasto comparáveis, terem alcançado resultados melhores em saúde reflete a má alocação dos recursos e a necessidade de melhorar a efetividade do sistema público de saúde brasileiro.

Esforços para atender demandas não atendidas, seja na atenção primária como em cuidados especializados vão requerer tanto aumento da eficiência do sistema como de recursos. Simultaneamente, mudanças no perfil epidemiológico da população na direção de maior ocorrência de doenças crônicas que exigem tratamentos de complexidade alta e as perspectivas de envelhecimento da população brasileira deverão exercer ainda mais pressão nas finanças do setor público de saúde. Portanto, torna-se essencial encontrar formas de tornar o sistema mais eficiente e aumentar os gastos governamentais em saúde de forma sustentável. É válido lembrar que apenas a expansão da cobertura do sistema não garante a qualidade da prestação dos serviços. Estes precisam ser de qualidade e bem prestados para que o país obtenha os ganhos desejados na saúde. Enquanto problemas de acesso e de qualidade não forem resolvidos, a demanda por planos privados de saúde continuará crescente, minando as metas de universalidade e equidade previstas na Constituição Federal.

Por último é importante salientar que a questão do subfinanciamento do sistema público será agravada nos próximos anos diante das condições macroeconômicas do país. Um cenário de recessão, intensificado por um necessário arrocho fiscal, poderá representar cortes de recursos para a saúde pública, aumentando ainda mais a pressão sobre o sistema.

### 3.

## O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### 3.1

#### Histórico

O Artigo 199 da Constituição Federal ao mesmo tempo em que instituiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado também definiu que a assistência à saúde é livre a iniciativa privada, podendo o setor não governamental participar de forma complementar ao SUS (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Desta maneira, o sistema de saúde brasileiro é possível ser acessado por dois meios: pelo SUS, financiado pelo governo; e pelo sistema de saúde suplementar, através de planos privados ou pela contratação direta dos prestadores de serviço de saúde. Para constar a dimensão do sistema de saúde brasileiro, aponta-se para as despesas com saúde no Brasil, que segundo o Euromonitor alcançaram 10,1% do PIB em 2014, o equivalente a R\$ 557 bilhões. Enquanto que o SUS teve um gasto per capita de R\$ 1.640,34 cobrindo cerca de 150 milhões de pessoas, o sistema privado teve um gasto per capita de R\$ 1.764,36 com a cobertura de apenas um quarto da população (NETO, 2015). De acordo com os dados da OMS, em 2013, O setor privado representava 51,8% das despesas enquanto que o setor público 48,2%. Como já trabalhado na seção anterior, existe uma enorme contradição na política de saúde no Brasil, que supostamente se dispõe a oferecer saúde universal a população, mas são realizados gastos privados maiores que públicos.

Dados da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) revelam que o mercado suplementar de saúde é responsável por beneficiar cerca de 50,5 milhões de pessoas em Junho de 2015, o equivalente a 25% da população brasileira. Mesmo que essa proporção possa não refletir exatamente o número da população coberta, visto que muitos indivíduos podem dispor de mais de um plano de saúde, este consegue ao menos captar a dimensão do sistema de saúde complementar. Como visto na sessão anterior, o SUS ainda enfrenta enormes dificuldades, o que tem levado

peças a recorrerem ao setor privado. A rápida expansão do mercado de saúde suplementar pode ser atribuída a quatro questões conforme Costa e Castro:

Primeiro os problemas de financiamento público que limitam a oferta de serviços públicos; em segundo a insatisfação de indivíduos com a qualidade dos serviços públicos oferecidos pelo SUS, principalmente quando se refere a aspectos de hotelaria e atenção personalizada; em terceiro os custos crescentes dos serviços de saúde privados, que se tornaram muito caros para pagar diretamente (sem seguro); e por último a competição no mercado de trabalho vem fazendo que empresas ofereçam melhores benefícios, inclusive planos de saúde (COSTA e CASTRO, 2004).

## 3.2

### Configuração do Setor

#### 3.2.1

#### A Cadeia Produtiva do Setor



**Figura 2 - Cadeia Produtiva do Mercado Suplementar de Saúde**

*Fonte: IEES*

Segundo a Tendências Consultoria (2015) o mercado de saúde suplementar envolve diversos participantes que juntos garantem o atendimento ao paciente. Sua

cadeia produtiva é composta por beneficiários, planos de saúde, fornecedores e prestadores de serviços de saúde. Conforme disposto na figura 2, as operadoras recebem quantias fixas em contrato (denominadas prêmio ou contraprestação) dos beneficiários em contrapartida do acesso a serviços de saúde em sua rede credenciada. As operadoras, em caso de ocorrência de sinistro, pagam aos prestadores de serviço quantias variáveis a depender do tipo de contrato. Já os fornecedores têm o papel de venda de materiais, medicamentos e equipamentos aos prestadores de serviço expressos em consultórios, hospitais, laboratórios e clínicas. É importante destacar que esses prestadores arcam com as despesas inicialmente, sendo reembolsados pela operadora em um segundo momento. Em relação aos planos, estes podem ser: individual, com livre adesão de pessoas físicas com ou sem grupo familiar; ou coletivos, ligados a uma pessoa jurídica. Este último podendo ser empresarial, (ligado a vínculo empregatício ou estatutário), ou por adesão - vinculados a entidades como conselho, sindicatos, associações entre outros.

### **3.2.2**

#### **As Operadoras de Planos de Saúde Privados**

Para compreender o mercado de saúde suplementar devem-se analisar as operadoras de planos privados, que são as principais financiadoras do setor privado de saúde. Estas são divididas em quatro modalidades-autogestão medicina de grupo, cooperativa médica, filantrópica e seguradora especializada.

As autogestões contemplam empresas que administram os próprios programas de assistência médica como forma de benefício para seus funcionários ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados (assim como de suas respectivas famílias até o terceiro grau de parentesco). Estas surgiram entre grandes companhias que passaram a gerenciar planos próprios a partir da contratação de médicos, serviços ou de rede credenciada. A modalidade é sem fins lucrativos e os prestadores de serviço e médicos são credenciados. Exemplos desta são: a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI); a Assistência Médica Supletiva (AMS), que cobre os funcionários da Petrobrás; e a GEAP Fundação de Seguridade Social,

responsável pelas vidas dos servidores públicos federais. As autogestões juntas representam 10,9% do total de vidas cobertas.

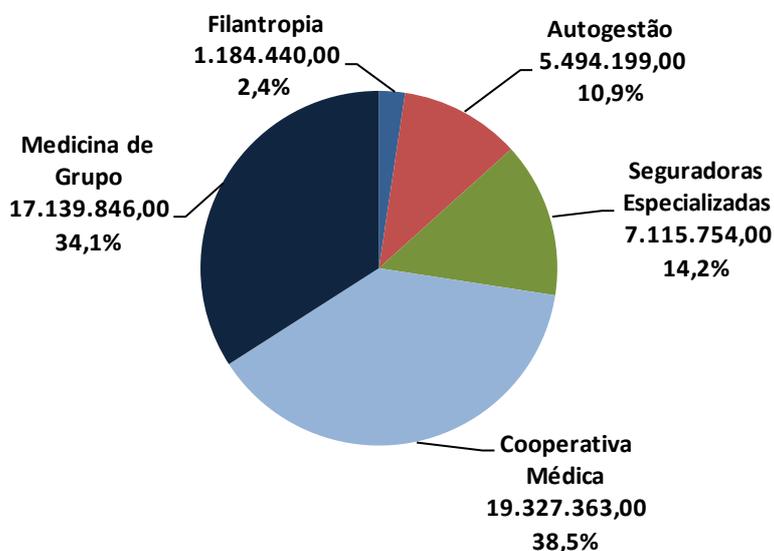
As cooperativas médicas consistem em uma sociedade de pessoas sem fins lucrativos, conforme disposto na Lei nº 5.764/71, que operam planos privados de assistência à saúde. Nesta modalidade os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços. As cooperativas nasceram no final da década de 1960 a com criação da União dos Médicos em Santos-SP, transformando-se na Unimed em 1967 (BESSA, 2011). A cooperativa disseminou-se em velocidade pelo Brasil, compondo 351 cooperativas singulares em Setembro de 2015 de acordo com os dados estratégicos da Unimed. Muitas delas possuem redes próprias como reflexo do processo de verticalização em complementar a uma ampla rede credenciada. Em 2015, segundo dados da ANS, as cooperativas médicas representavam 38,5% do número total de beneficiários do país com as maiores sendo a Central Nacional Unimed, Unimed Paulistana (que acabou de ser liquidada), Unimed BH e Unimed Rio.

Já a classificação de medicina de grupo corresponde a uma pessoa jurídica com ou sem fins lucrativos, dedicada à prestação de serviços médicos hospitalares mediante o pagamento de contraprestações pecuniárias. É responsável pela administração e comercialização dos planos de saúde para empresas, famílias ou indivíduos e também por ofertar assistência de saúde através de rede própria ou credenciada. Nos últimos anos verificou-se uma forte tendência à verticalização dos serviços como estratégia de melhor controlar seus custos (BESSA, 2011). Os principais players são: Amil, Intermédica, Medial e DixAmico. Em Setembro de 2015, a modalidade correspondia a 34,1 % do total de beneficiários de acordo com a ANP.

As filantrópicas congregam entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência. São certificadas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública rente aos órgãos de governos estaduais e municipais. Os números de Setembro de 2015 indicam uma representação de 2,4% do total do número de beneficiários.

Por último, as seguradoras especializadas são empresas com fins lucrativos que realizam a operação de reembolsar gastos com assistência médica mediante ao

pagamento de prêmios por parte dos segurados. Estas não possuem rede própria de atendimento, apenas uma rede referenciada contratada em que o beneficiário tem opção de escolha. Os contratos normalmente contam com limites financeiros de cobertura e de abrangência geográfica que devem ser informados nas apólices. De acordo com a legislação brasileira, existem três especificidades para esta modalidade: livre escolha de médicos e hospitais; seus produtos podem ser vendidos apenas via corretagem; e ainda são impedidas de oferecer serviços de saúde. As maiores seguradoras vigentes são Bradesco e Sul América.



**Gráfico 3 – Número de Beneficiários por Modalidade (Set 2015)**

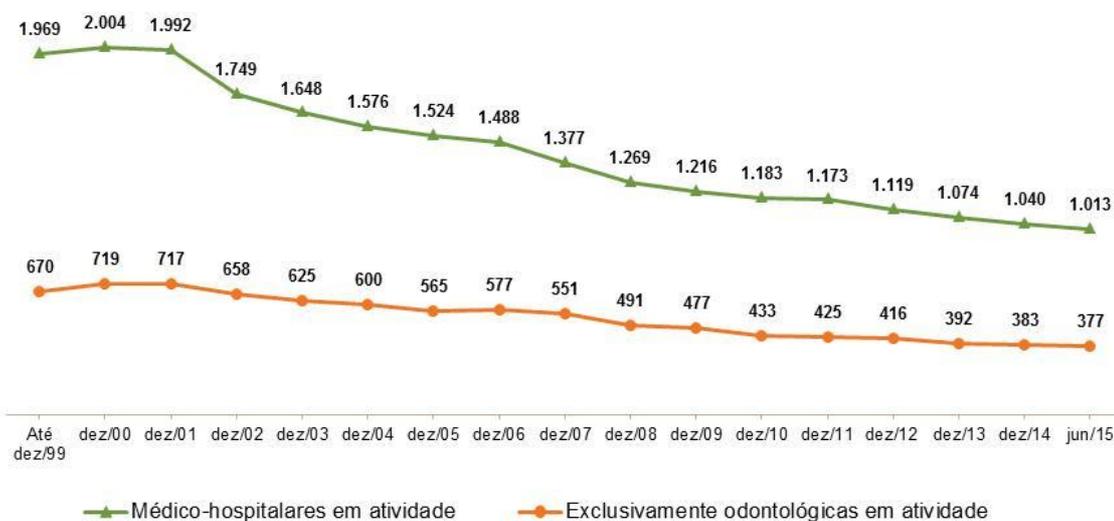
*Fonte: Elaboração do autor a partir dos dados da ANS.*

### 3.2.3

#### O Processo de Consolidação das Operadoras de Plano de Saúde

O mercado suplementar de saúde vivenciou um processo de consolidação por parte das operadoras de planos de saúde nos últimos 15 anos. Pode-se dizer que desde a criação da ANS, a regulação sobre o setor fez com que o número de operadores diminuísse a cada ano. Conforme o gráfico 4, em 2000 existiam 2004 operadoras de

planos médico hospitalar, enquanto que em 2015 este número caiu praticamente pela metade para 999. É importante pontuar que parte expressiva dessa redução ocorreu por determinação da ANS, como pode ser exemplificado pelo caso recente da Unimed Paulistana, que sofreu alienação compulsória em detrimento de problemas econômicos financeiros e de assistência. A cooperativa abrangia cerca de 744 mil beneficiários, que foram transferidos para carteira de outras operadoras.



**Gráfico 4 - Operadoras de Planos de Saúde em Atividade**

*Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Set 2015*

Com a criação da ANS, as empresas desse mercado passaram a ter que cumprir uma série de requisições regulatórias que acabou levando muitas delas a falência. Medidas regulatórias como requisição de reservas técnicas, controle de preços, rol mínimo de procedimentos e controle sobre registro de produtos exerceram enorme pressão nas margens das operadoras.

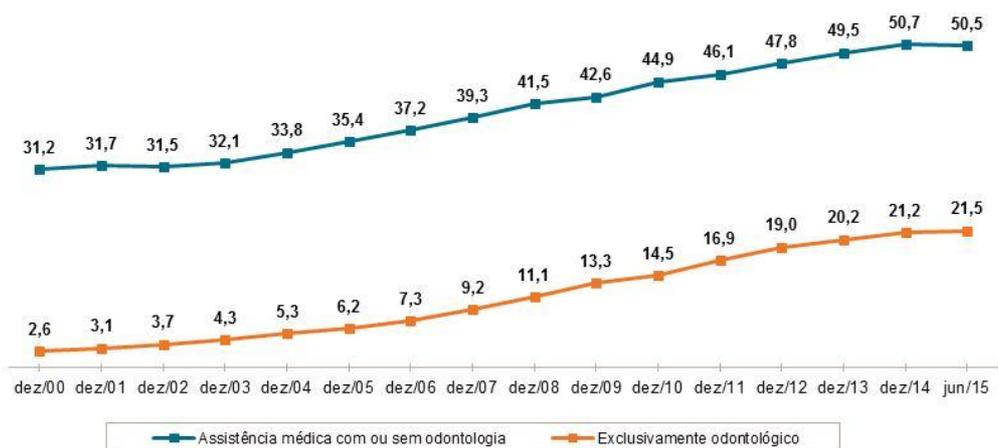
Enquanto o número de operadoras diminuiu ao longo dos anos, houve também um grande aumento no número de pessoas beneficiadas, conforme será mostrado na seção seguinte. Com base nessa relação, pode-se dizer que as mudanças regulatórias representaram grande oportunidade de crescimento para alguns participantes, resultando em uma maior concentração deste mercado. De acordo com Baldassare:

Em dezembro de 2012 cerca de oito operadoras detinham 30% do total de beneficiários, enquanto que 600 empresas cobriam apenas 10% das vidas cobertas. A tendência de concentração do setor em poucas operadoras traz riscos ao equilíbrio do mercado por comprometer a competição e favorecer condições de oligopólio. (BALDASSARE, 2014).

Outro processo que corroborou para a concentração do mercado suplementar foram as operações de fusão e aquisição entre os players desse mercado e a transferência voluntária (venda) das carteiras de beneficiários para outra empresa.

### 3.2.4

#### Os Beneficiários dos Planos de Saúde

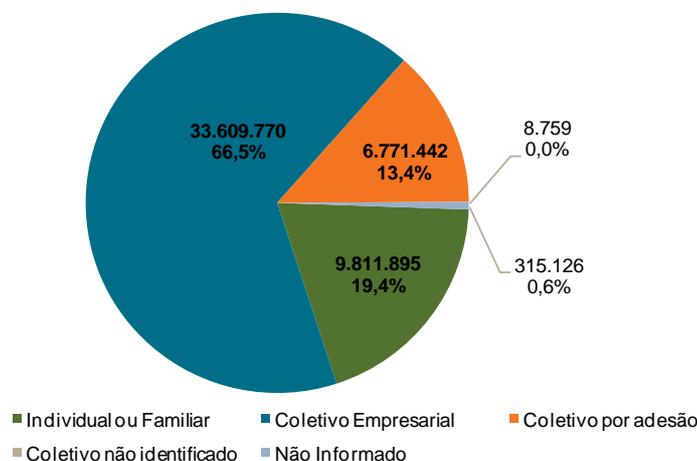


**Gráfico 5 – Beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde Brasil**

*Fonte: Caderno ANS*

De acordo com o gráfico 5 nota-se que desde 2000 o número de beneficiários de planos de assistência médica teve uma trajetória ascendente nos últimos anos, com a primeira queda acontecendo em 2015, como reflexo da crise que assola o país. Diante dos dados, pode-se dizer que apesar da saúde ser um bem essencial, e, portanto mais resiliente, não é imune a flutuações econômicas. Como 66,5% dos beneficiários pertencem a planos coletivos empresariais, o nível de atividade em queda leva a uma consequente queda no número de beneficiários. Assim, pode-se afirmar que o

crescimento do mercado de saúde suplementar está fortemente correlacionado com crescimento do emprego formal.



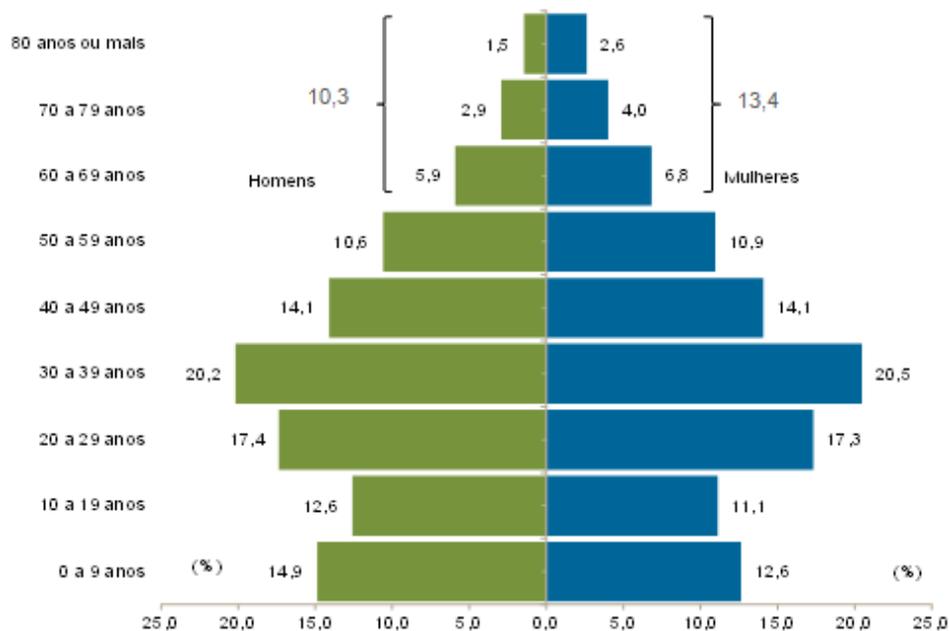
**Gráfico 6 – Distribuição por tipo de contratação (Jun 2015)**

*Fonte: Caderno ANS, Julho de 2015*

O gráfico 6 revela a distribuição etária dos beneficiários dos planos de saúde. De acordo com dados da ANS, a faixa etária com maior percentual de cobertura é a de 30 a 39 anos com 20,5% para mulheres e 20,2% para homens. Já a população idosa, caracterizada por 60 anos ou mais, representa 10,3 % do total para homens e 13,4% do total para mulheres. É muito importante para este mercado acompanhar o processo de envelhecimento da população, pois estes requerem maiores cuidados, o que eleva as despesas das operadoras.

O impacto financeiro da ampliação do número de idosos nasce da maior demanda por serviços de saúde uma vez que doenças crônicas acompanham a idade avançada. Logo esta faixa etária tende a demandar mais exames, consultas, internações hospitalares e medicamentos.

De acordo com as projeções da Pesquisa Nacional de Domicílios (PNAD), a população idosa passou de 7,2 milhões em 1980 para 19,2 milhões em 2010, com projeções de chegar a 28,3 milhões em 2020. Isso deverá gerar grandes desafios para as operadoras nos próximos anos (NUNES, 2004).

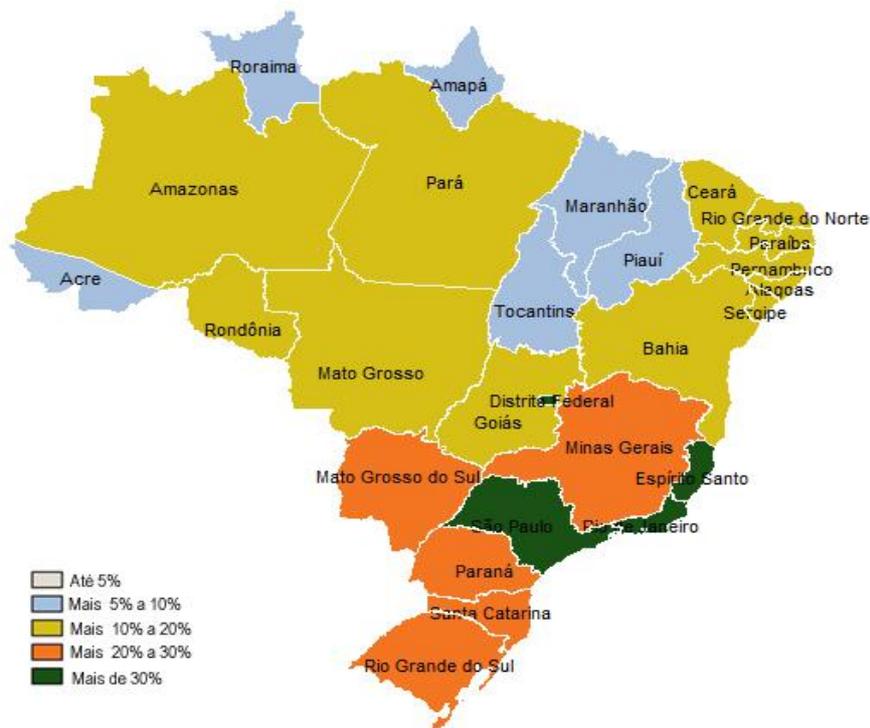


Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2015

**Gráfico 7 – Pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica (Brasil, setembro/2015)**

*Fonte: Caderno ANS, Julho de 2015*

Assim como evidenciado no SUS, a cobertura de planos de saúde privados também vivencia grandes disparidades regionais. Como exposto no gráfico 7, os estados com maior número de beneficiários em relação à população total são São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Espírito Santo. Isso sugere uma forte correlação dos usuários do setor de saúde suplementar com a renda.



**Figura 3 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação**

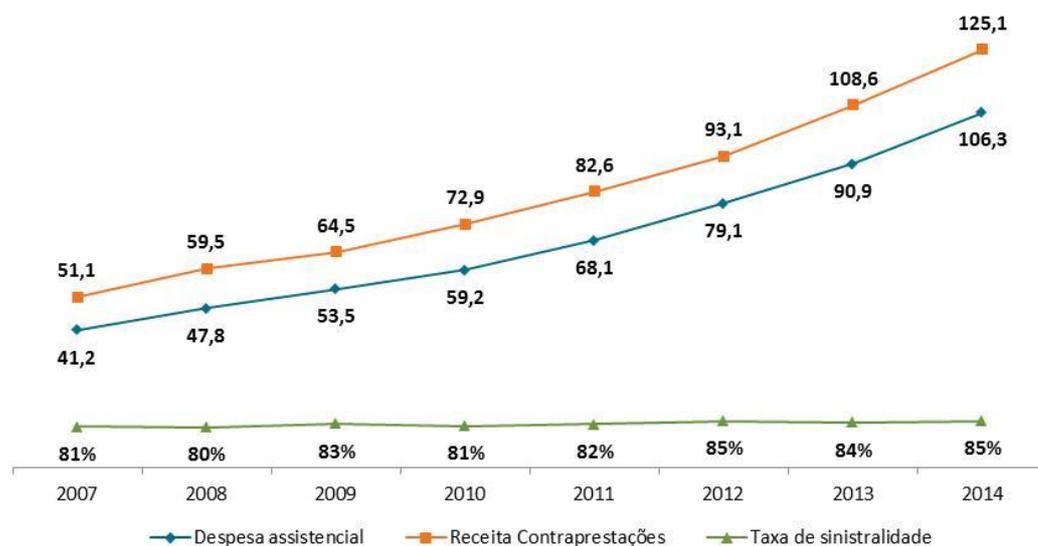
*Fonte: ANS/MS - 09/2015 e IBGE/DATASUS/2012*

### 3.2.5

#### Os Desafios Enfrentados pelas Operadoras

Apesar de atender 25% da população, o setor de saúde privado movimenta um montante de recursos extremamente significativo, mais representativo que os gastos em saúde pública. As receitas de contraprestação, isto é, os prêmios pagos pelos beneficiários, atingiram um valor de 125,1 bilhões em 2014, valor que representa um aumento de 15,1 % em relação a 2013. O gráfico 8 expõe a trajetória ascendente da receita das operadoras, o que está alinhado com aumento do número de pessoas que adquiriram planos privados nos últimos anos. Em relação à despesa assistencial, que corresponde ao valor desembolsado pelas operadoras para pagamento dos sinistros, estas gastaram 106,3 bilhões. Essa relação traduz-se em uma taxa de sinistralidade de 85% e sinaliza que as operadoras estão bastante apertadas, pois além das despesas

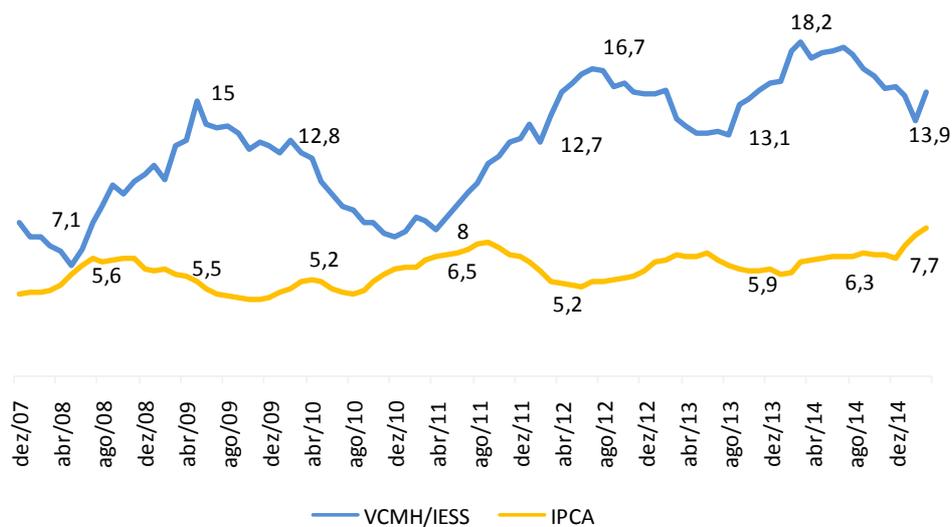
com assistência existem todas as despesas administrativas da operação. Dentre as despesas médico hospitalares, Carolina Zanatta aponta que deste total em 2011, 42% foram provenientes de internações, 18% com consultas e 40% com exames, terapias e outras despesas (ZANATTA, 2013).



**Gráfico 8 - Receita de contraprestações e despesa assistencial de todas as operadoras**

*Fonte: Caderno ANS, Julho de 2015*

Assim como no setor público e em diversos outros países desenvolvidos e emergentes, a pressão dos custos de saúde é motivo de grande preocupação para os operadores de planos. O crescimento das despesas assistenciais é reflexo da tendência de envelhecimento da população junto com a elevada inflação do setor atribuída a incorporação de novos procedimentos e tecnologias nos serviços prestados. No gráfico 9 é apresentado a evolução a Variação dos Custos Médicos Hospitalares (VCMH), desenvolvido pelo Instituto de Estudo de Saúde Suplementar, em comparação com o principal indicador de preços do país, o Índice de Preços do Consumidor Amplo (IPCA). Esse crescimento é decorrente principalmente do aumento da complexidade dos tratamentos, dos preços dos procedimentos, da inclusão de novas tecnologias, aumento da frequência e problemas estruturais oriundos de falhas de mercado que potencializam desperdícios.



**Gráfico 9 - IPCA vs VCMH**

*Fonte: IBGE e IESS*

O VCMH contempla a variação do custo per capita mensal das operadoras em comparação com o período anterior de 12 meses, captando tanto a frequência como preços médios pagos aos prestadores de serviço (NETO, 2015). Nota-se no gráfico que desde 2007 esses custos aumentaram 118%. Olhando para as perspectivas futuras, um estudo realizado pelo Instituto de Saúde Suplementar (IESS), estima que os custos com despesas assistenciais dobrarão até 2050.

### 3.3

#### Os Prestadores de Serviço de Saúde

##### 3.3.1

#### Os Hospitais Privados

Segundo as informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Brasil detém 6.687 hospitais. Deste montante, 4680 são privados e 2006 são públicos realizando um percentual do total de 70% e 30% respectivamente. É importante

salientar que muitos desses hospitais privados são filantrópicos e/ou conveniados ao SUS.

Hospitais do Brasil		%
Municipais	1.404	21%
Estaduais	535	8%
Federais	67	1%
Privados	4.681	70%
	<b>6687</b>	<b>100%</b>

**Tabela 1 – Hospitais do Brasil**

*Fonte: CNES – Nov/15*

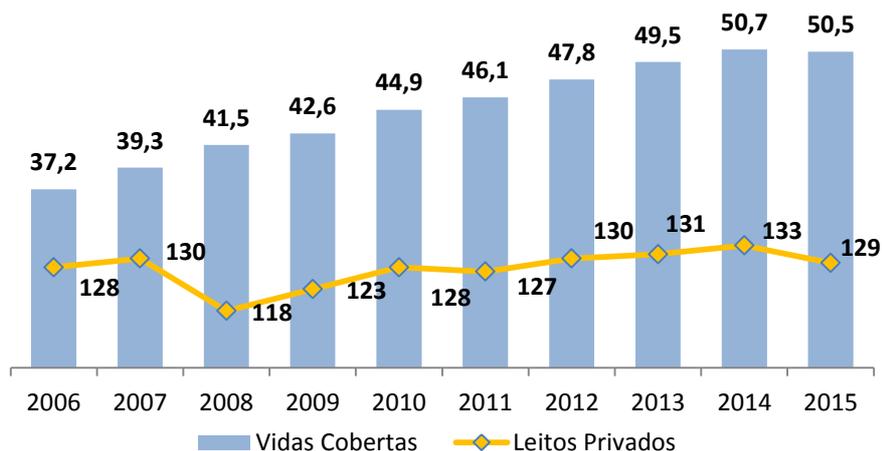
Analisando a estrutura dos hospitais privados, pode-se usar como grupo de análise os hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANHAP). A entidade é formada por 71 hospitais, que disponibilizam informações com intuito de gerar uma base comparativa para estimular processos de melhorias. Em 2014, os hospitais em conjunto detinham 17.049 leitos, o equivalente a 13,8% do total de leitos do sistema suplementar (ANAHP, 2015). De acordo com o observatório da ANHAP, em 2014 os gastos realizados nos hospitais membros representaram 19% do total das despesas assistenciais do mercado suplementar, produzindo uma receita bruta de 20,7 bilhões de reais. Observando a composição das receitas de um grupo de controle de 23 hospitais, observa-se que em todos os anos disponíveis na tabela 2 os insumos hospitalares foram os maiores contribuintes, representando 46% do total recebido em 2014. Já as diárias e taxas tiveram trajetória decrescente na participação da receita, caindo de 32% em 2006 para 19% em 2014. Segundo a entidade de classe, a queda deve-se a dificuldade dos hospitais nas negociações de reajuste com as operadoras. Diante do processo de concentração das operadoras de planos de saúde e pelo fato destes terem financiado 86,6% das receitas hospitalares em 2015 (ANAHP, 2015), pode-se dizer que existe um grande poder de negociação pelo lado das operadoras visto que os grupos hospitalares são bastante fragmentados. Por último, notam-se que os serviços SADT ganharam maior representatividade nos últimos anos, atingindo 23% da receita em 2014.

<b>Natureza da Receita</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Diárias e Taxas	32%	33%	30%	29%	28%	25%	25%	20%	19%
Insumos Hospitalares	45%	46%	49%	51%	49%	52%	48%	49%	46%
SADT	12%	11%	13%	12%	11%	14%	16%	21%	23%
Outras Receitas de Serviços	3%	3%	3%	3%	3%	5%	5%	4%	4%
Outras Receitas Operacionais	9%	7%	6%	5%	9%	6%	6%	6%	8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Tabela 2 – Composição da receita dos hospitais da ANAHP**

*Fonte: Observatório ANAHP*

Observada a dimensão dos prestadores de serviço, é importante salientar que sua estrutura precisa acompanhar o número de beneficiários do sistema suplementar. Mesmo que este número tenha apresentado queda neste ano em detrimento da crise, existe enorme interesse por parte da população descoberta em poder adquirir um plano de saúde privado *vis-à-vis* as deficiências do sistema público. Espera-se que com a recuperação econômica o número de beneficiários volte a crescer. Assim, de acordo com Zanatta, esse aumento deve ser acompanhado da expansão da rede de estabelecimentos de saúde ou de uma melhor eficiência no uso da estrutura atual (ZANATTA, 2013). Bahia alega que esse descompasso do crescimento dos beneficiários e da rede de serviços leva a um crescimento insustentável do setor, o que acaba por afetar o consumidor (BAHIA, 2009). A questão de superlotação dos hospitais e dos prontos atendimentos não é exclusiva do setor público, ocorrendo também na esfera privada do setor. Observando o gráfico10, pode-se dizer que a oferta de leitos privados no Brasil vem crescendo abaixo do aumento da demanda da população por serviços hospitalares. Enquanto que o número de vidas cobertas aumentou em 36% em relação a 2006, o número de leitos privados permaneceu praticamente constante, sugerindo um excesso de demanda frente à oferta.



**Gráfico 10 – Número de Leitos (em milhares) X Vidas Cobertas (em milhões)**

*Fonte: ANS e CNES*

### 3.3.2

#### **A Estrutura do Setor Privado em Comparação com o SUS**

Esta seção dedica-se a fazer uma comparação da rede privada com a rede pública de prestadores de serviços do mercado. A tabela 3 dispõe de informações sobre os estabelecimentos de saúde em 2015 que atendem o mercado privado em contraste com os que atendem ao SUS. Destaca-se a predominância de ambulatórios privados (115.541) frente ao mesmo tipo de estabelecimento no SUS (74.926). Em relação às instalações com internação, o setor suplementar detém 2.305 unidades em comparação com as 5.817 do SUS. Os estabelecimentos de SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia) somaram 2.035 para o mercado privado contra 5.817 do sistema público. Por último os estabelecimentos que contam com atendimento emergencial representam um número 9.947 pelo SUS versus 2.042 da saúde suplementar.

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>SUS</b>	<b>Saúde Suplementar</b>
Ambulatorial	74.926	115.541
Internação	5.817	2.305
SADT	23.351	18.073
Urgência	9.947	2.042

**Tabela 3 - Estrutura de Estabelecimentos Sistema de Saúde**

*Fonte: ANS Tabnet e Caderno de Informações da saúde suplementar de Junho de 2015.*

*Mês base: Junho de 2015*

Com exceção dos ambulatoriais, o SUS apresenta número superior em termos absolutos. Entretanto quando se olha para o número de estabelecimentos por 100 mil habitantes, essa relação se altera, com o mercado suplementar oferecendo maior disponibilidade em todas as categorias à exceção de estabelecimentos de urgência. A tabela 4 apresenta essa relação juntamente com a evolução dos números em relação a 2009. Percebe-se que os estabelecimentos ambulatoriais, de internação, de SADT e urgência tiveram variações de 2009 para 2015 de respectivamente 10,9%, -9,7 %, 2,7% e 32,4% para o SUS e de 37,7%, 21,1%, 29,2% e 29 % para o setor suplementar.

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>2009</b>		<b>2015</b>	
	<b>SUS</b>	<b>Plano de Saúde Privado</b>	<b>SUS</b>	<b>Plano de Saúde Privado</b>
Ambulatorial	33,0	166,1	36,6	228,7
Internação	3,1	3,8	2,8	4,6
Diagnóstico e Terapia	11,7	2,7	11,4	35,8
Urgência	3,7	3,1	4,9	4,0

**Tabela 4 – Infraestrutura por 100 mil habitantes no SUS e na Saúde Suplementar, 2009 e 2015**

*Fonte: Caderno de Saúde Suplementar – ANS*

### 3.3.3

#### **A Relação entre os Prestadores de Serviço e as Operadoras**

É de suma importância compreender que a relação entre as operadoras e os prestadores de serviço é marcada por um intenso conflito de interesse que muitas vezes não estimula a qualidade da assistência.

Segundo Silva:

Existem grandes desafios na direção de encontrar formas de relacionamento que priorizem a saúde e não a doença. Ao mesmo tempo em que ambas as partes precisam auferir lucro, é crucial um bom cuidado aos pacientes, o que partirá principalmente das boas relações entre as operadoras e os prestadores de serviço (SILVA, 2003).

Os principais embates presentes na relação entre os prestadores e os planos estão presentes nos seguintes itens: reajustes de preços de diárias, fluxo de pagamento, glosas, medicamentos e órteses e próteses. Conforme apontado anteriormente, os reajustes de diárias e procedimentos para hospitais e honorários médicos vem perdendo representatividade nas receitas hospitalares, o que sugere uma posição mais firme de negociação por parte dos planos.

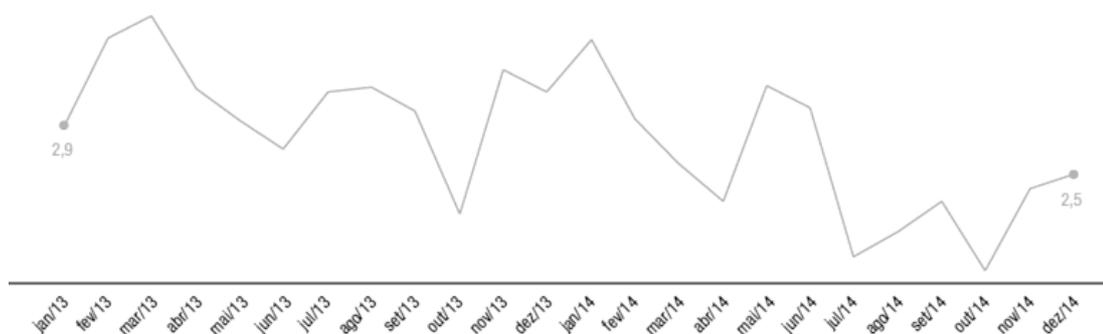
Em relação ao prazo de recebimento, deve-se compreender que uma das grandes dificuldades na prestação de serviços, em especial hospitais, é a necessidade de elevado capital de giro, visto que estes recebem somente após o longo processo de averiguação das despesas feito pelos planos. (ZANATTA, 2013). Observando o grupo de controle dos hospitais da ANAHP (gráfico 11) estes tiveram um prazo médio de recebimento de 74,7 dias em dezembro de 2014, o que confirma a dificuldade enfrentada. A queda em relação a 2013 sugere melhores negociações por partes dos hospitais.



**Gráfico 11 – Prazo médio de recebimento (em dias) - Total**

*Fonte: Observatório ANAHP*

Já as glosas consistem no cancelamento ou recusa de pagamento por parte dos planos das contas apresentadas pelos prestadores de serviço. Existem auditores das operadoras situados nos hospitais que analisam se tudo aquilo que foi consumido e utilizado pelo paciente ao longo de sua permanência está de acordo com os contratos firmados. Como é um conflito já institucionalizado nas práticas desse mercado, hospitais e operadores já fazem provisões lineares das glosas em seus planejamentos, sendo uma perda para o primeiro e um ganho para o segundo. De acordo com o grupo de controle dos hospitais da ANAHP, o índice de glosa realizado em Dezembro de 2014 atingiu 2,5 % sobre a receita líquida, o que indica uma melhora em relação aos 2,9% de Janeiro de 2013.



**Gráfico 12 – Índice de Glosas % sobre Receita Líquida**

**Grupo de Controle ANAHP**

*Fonte: Observatório ANAHP*

Foi visto que os insumos hospitalares, compreendido em grande parte por medicamentos, órteses e próteses, são os maiores representantes das receitas. Pode-se então auferir que os hospitais privados cobram preços elevados desses insumos para garantir a sustentabilidade financeira do negócio. ZANATTA (2013) aponta que os medicamentos possuem garantias de reajuste através das tabelas como a Brasíndice. Mesmo que hospitais sejam impedidos de comercializar medicamentos, é constatado que muitos destes praticam o maior preço regulado pela ANVISA, o Preço Máximo ao Consumidor (PMC), mediante a classificação de reembolso. Além disso, os hospitais são autorizados de cobrar taxa de comercialização sobre órteses, motivo de grande desentendimento entre planos e hospitais,

### **3.3.4**

#### **A Remuneração dos Prestadores de Serviço**

##### **3.3.4.1**

#### **Referencial Teórico**

Cherchiglia relata que:

Um sistema de remuneração implica no pagamento do serviço prestado por pessoas ou grupos de pessoas de formas variadas. Qualquer que seja os princípios que direcionam a sua realização, consiste em um meio de controlar o comportamento dos membros de uma organização, com objetivo de atingir uma estrutura orgânica que funcione com eficácia. Além disso, os sistemas podem ser desenhados de modo que garantem que a empresa realize suas tarefas de tal maneira que possa alcançar seus objetivos (CHERCHIGLIA, 1994).

Segundo Robson e Andreazzi (2001) os modelos de remuneração podem ser:

-Retrospectivo: quando o valor pago é definido após a realização do serviço, portanto, dependente da produção.

- Prospectivo: modelo em que o valor a ser pago é definido antes da realização do serviço, logo independente do nível de produção e geralmente baseado em critérios populacionais.

- Formas mistas: quando se remunera a partir de uma lógica de base, em que são implementados elementos das outras formas visando corrigir ou promover objetivos gerenciais.

Apresentado o arcabouço teórico dos modelos de remuneração, pode-se analisar a sua aplicação ao mercado de saúde brasileiro, mais especificamente na relação entre os planos de saúde e os prestadores. O modelo mais tradicional e frequente adotado no Brasil é o pagamento por produção, também conhecido como *fee for service* ou "conta aberta", que consiste em um modelo retrospectivo. Porém, diante dos crescentes custos em saúde, as operadoras têm adotado outras formas de pagamento. A seguir serão explorados os principais modelos de remuneração adotados no Brasil.

#### 3.3.4.2

##### ***Fee for service***

*O fee for service* é o modelo mais usual no Brasil para remuneração de médicos e serviços hospitalares. Consiste em um sistema de pagamento retrospectivo, onde o paciente é cobrado de forma individual e por cada item consumido. Pela ótica do médico, é o modelo mais confortável para que este possa realizar o melhor tratamento possível, sem qualquer tipo de restrição. O profissional não precisa se preocupar com o consumo realizado, visto que tudo será financiado posteriormente pelas operadoras. Por outro lado, o sistema tem incentivo de gerar uma superprodução de serviços, dado que a remuneração do profissional depende diretamente do volume produzido. Além disso, o modelo acaba não incentivando práticas de promoção e prevenção da saúde, dado que o tratamento da doença oferece maiores retornos (TAKAHASHI, 2011). É importante destacar que o modelo depende muito dos princípios éticos do profissional, pois os desvios na direção de maior consumo (indução de demanda)

podem ser realizados sem grandes dificuldades por causa das assimetrias de informações presentes neste mercado conforme já apresentadas anteriormente.

Pelo lado do hospital, o modelo de *fee for service* ocorre baseado em uma tabela onde estão listadas os preços negociados em contrato das diárias, dos procedimentos, do uso de equipamentos, materiais de consumo, medicamentos, dos honorários médicos, exames, entre outros (TAKAHASHI, 2011). Cada item consumido pelo paciente é adicionado à conta do paciente aberta no momento em que ele entra no hospital. Assim como para os médicos, quanto maior a quantidade e o nível de complexidade dos serviços executados, maiores serão os valores das contas hospitalares, e, portanto, maiores serão seus ganhos.

Como os insumos hospitalares são a maior fonte de receita e oferecem as maiores margens para os hospitais, pode-se dizer que o incentivo para excessos por parte dos hospitais é bastante representativo. O modelo não leva em conta o desempenho, qualidade ou eficiência dos serviços prestados, com o foco de sua atenção voltado para preços e não para o valor entregue ao paciente. Pela ótica da fonte pagadora, esse sistema de remuneração gera grande imprevisibilidade dos gastos das operadoras e também promove custos administrativos elevados através do processo de constatação das contas hospitalares pelos auditores. Em suma, apesar de o modelo oferecer bastante flexibilidade para os prestadores no tratamento dos pacientes, este possui uma série de deficiências que comprometem a eficiência do sistema de saúde.

### **3.3.4.3**

#### **Procedimento Gerenciado (Pacote)**

Outro modelo de remuneração bastante utilizado no Brasil é o pagamento via procedimento gerenciado, de natureza prospectiva.

Conforme Takahashi:

O sistema baseia-se na composição de "pacotes" de serviços que são normalmente aplicados para procedimentos cirúrgicos. Esta modalidade determina os pacotes a partir

do agrupamento de medicamentos, diárias, materiais, taxas e honorários para serem utilizados em um procedimento específico a um preço pré-determinado. São estabelecidos protocolos de utilização dos recursos em que os médicos devem seguir (TAKAHASHI, 2011).

Este modelo de remuneração passa a demandar eficiência dos prestadores de serviço, uma vez que estes precisam realizar os procedimentos a um custo menor do que o valor fixo pago pelos planos para conseguirem realizar ganhos. Caso incorram em custos maiores do que os valores pagos, o prestador (hospital principalmente) terá de arcar com essas despesas adicionais, caracterizando uma situação de prejuízo. O prestador precisa gerir melhor a assistência oferecida, controlando custos e a utilização nos procedimentos. É importante pontuar que em alguns casos de custos maiores dos que os previstos nos pacotes, o prestador e o pagador podem negociar o pagamento do excedente sob justificativas médicas.

A principal crítica sobre esse modelo é que o estímulo para a redução nos custos dos serviços prestados pode acarretar em riscos para a saúde do paciente. Além disso, Silva afirma que muitos desses pacotes deveriam ser formados com maior articulação de especialistas no assunto. Como esse processo acaba levando muito tempo, muitos desses pacotes são desenhados com base em um valor médio histórico (SILVA, 2003).

Pela ótica da operadora, esta passa a ter melhor previsibilidade das despesas. Bessa alega que:

O relacionamento com os prestadores é simplificado, os custos são reduzidos e eliminam-se os conflitos de cobrança e pagamento. A constante pressão que as operadoras fazem sobre os prestadores por menores custos, com riscos de descredenciamento de hospitais, pode ser em parte resolvida pela adoção deste modelo (BESSA, 2011).

#### 3.3.4.4

##### **Diária Global**

O modelo de diária global tem o mesmo racional do procedimento gerenciado, com o desenho de pacotes. Sua grande diferença segundo Silva (2003) no fato de que este é destinado para eventos clínicos. Os pacotes englobam diárias, materiais de consumo, gasoterapia, exames, honorários médicos, serviços de enfermagem e outras taxas. Normalmente itens de custo elevado, órteses e próteses são cobrados pelo modelo de conta aberta. Em suma, o modelo consiste em pacotes para eventos de natureza clínica, com os valores pagos em função do número de dias que o paciente permanece no hospital e do tipo de acomodação utilizada.

#### 3.3.4.5

##### **Diagnóstico de Grupo Relacionados (DRG)**

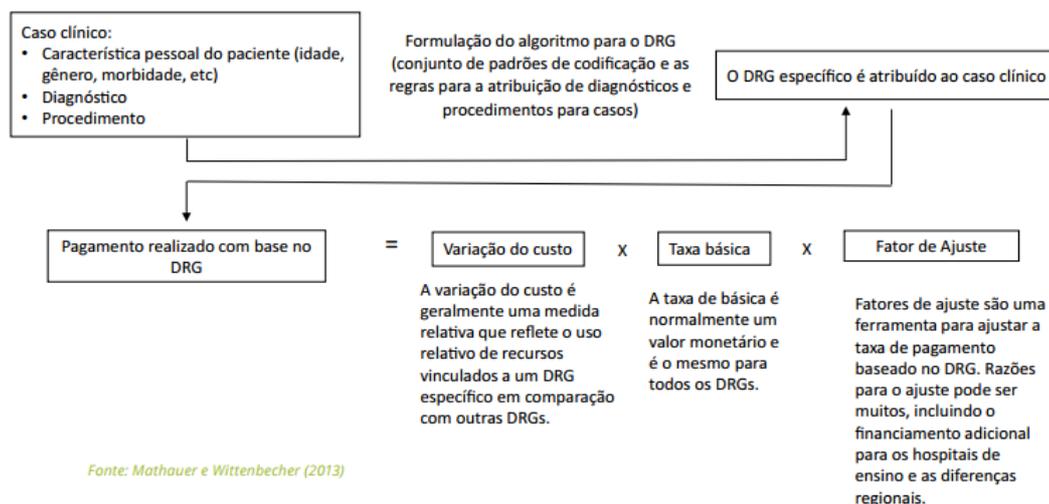
De acordo NORONHA (1991):

O Grupo de Diagnósticos Homogêneos (GDH), mais conhecido como Diagnosis Related Group (DRG), é uma metodologia de classificação dos pacientes que leva em conta características clinicamente homogêneas de pacientes para determinar seus níveis de consumo dos serviços de saúde. Foi um sistema desenvolvido no final dos anos 60, por pesquisadores da universidade de Yale no EUA, passando a ser adotado para remuneração hospitalar em 1983 através do programa Medicare (NORONHA, 1991).

O sistema já é utilizado por diversos países desenvolvidos como Estados Unidos, Alemanha e Portugal para o pagamento dos prestadores de serviço (LARA, 2015). No Brasil, ainda estuda-se a sua implementação como substituição ao modelo *fee for service*, com um projeto piloto em andamento que inclui 17 hospitais. O sistema de pagamento utilizando-se DRG's é prospectivo, fazendo a associação dos perfis dos pacientes com os insumos e procedimentos consumidos ao longo da sua permanência no hospital. Criam-se então grupos clinicamente similares que teoricamente devem ter um consumo padrão, e, portanto, valores de pagamento próximos (LARA, 2015). O conceito parte da premissa de que estes grupos de doentes

teriam características demográficas, terapêuticas e de diagnóstico comuns, determinando um nível de conduta médica específico.

Segundo Dalmati (2012), a construção do DRG baseia-se no: Diagnóstico principal do paciente, se a sua internação é clínica ou cirúrgica (com o porte também sendo determinante), os códigos das doenças presentes no CID (Classificação Internacional da Doença), os CTP (Códigos de Procedimento Terapêuticos), gênero e idade. A partir do cruzamento de todas essas informações, um algoritmo agrupa os dados e determina um DRG específico para cada tipo de diagnóstico. Conforme apresentado na figura 4, a remuneração dos hospitais é com base no DRG, na variação do custo, taxa básica e fator de reajuste.



**Figura 4 – Fluxograma de Construção do Processo do DRG**

*Fonte: Mathauer e Wittenbecher, 2013*

Além de vantagens que nascem da natureza prospectiva do sistema como a contenção de custos médicos e maior eficiência, este também é responsável por gerar um enorme fluxo de informações de custo e qualidade que podem servir como base de comparação entre os hospitais nos temas de eficiência e qualidade. A utilização dos DRG's permite ainda uma alocação apropriada tanto de serviços como de recursos financeiros para os procedimentos realizados (BANCO MUNDIAL, 2010).

Em suma, esta metodologia de precificação leva em conta diversas atribuições do paciente, buscando oferecer o tratamento mais adequado ao paciente tanto em

termos de utilização de recursos como de custos realizados. O modelo pode servir como solução para os crescentes custos de saúde do Brasil.

### 3.4

#### Regulação do Setor

A intervenção estatal em um mercado é justificada através da existência de falhas de mercado que impedem a vigência da competição perfeita, que garante um mercado eficiente. Para satisfazer a perfeita competição necessita-se de três condições:

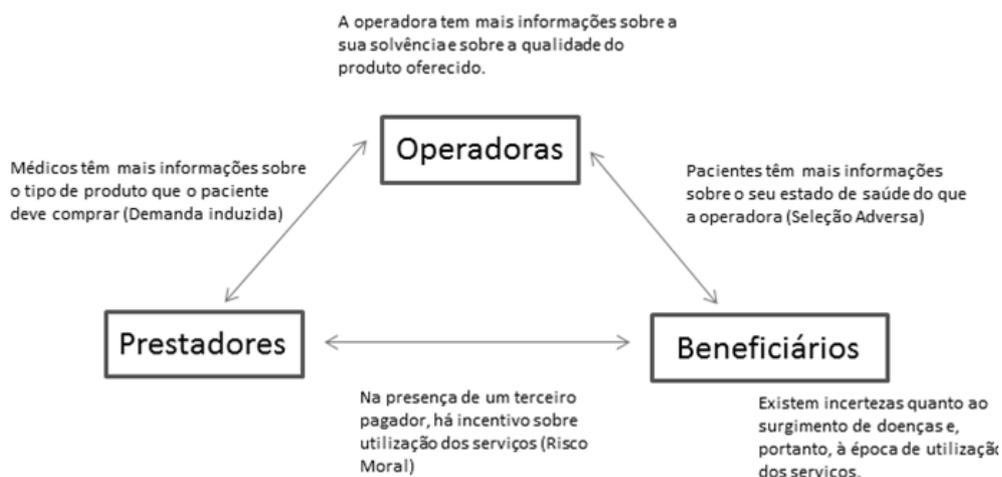
- Consumidores e produtores sozinhos não são capazes de modificar os preços de mercado;
- Não existe diferenciação nos produtos negociados;
- O acesso a informação deve ser completo sobre os produtos e os agentes que atuam no mercado.

Quando alguma dessas condições não ocorre, acontecem desequilíbrios que levam a distorções no consumo, tornando-se necessário a intervenção governamental para elevar o bem-estar desta economia. No mercado de saúde são observadas falhas de mercado que impedem a ocorrência da competição perfeita. O principal problema do setor é a assimetria de informação, uma vez que consumidores possuem mais informações sobre seu estado de saúde do que as operadoras de plano. O histórico de doenças e propensões a enfermidades são informações muitas vezes não observadas pela operadora, o que faz esta última incorporar tais riscos aos valores pagos.

Pessoas têm o incentivo de contratar planos apenas quando os custos incorridos sem o benefício forem maiores que os prêmios pagos. Desta maneira, muitos indivíduos decidem sair deste mercado, caracterizando uma situação de seleção adversa, pois a parte informada e menos arriscada sai do mercado, intensificando ainda mais o processo de aumento dos prêmios. (ZANATTA, 2013). Diante desta falha, os operadores têm o incentivo de criar barreiras para indivíduos propensos a

doenças crônicas e para idosos. Esses grupos têm cobertura negada ou são cobrados por valores abusivos. Além disso, cabe ressaltar que essa seleção de risco culmina em grandes custos administrativos para as operadoras

Outro tipo de assimetria de informação presente no mercado suplementar é o risco moral, mais especificamente, o problema de agente principal. Este decorre do fato de uma das partes não conseguir monitorar as ações de outra, podendo ocorrer desvios que infringem o acordado entre as duas partes. No contexto do setor estudado, como um indivíduo que adquire um plano de saúde em geral não tem custos sobre a utilização dos serviços fora os prêmios mensais pré-determinados, este tem incentivo de sobre utilizá-los, mesmo que não seja preciso. Além disso, existe outro tipo de assimetria informacional que envolve os prestadores de serviço. Neste caso, como os médicos detêm maior conhecimento e informação sobre o estado de saúde de um paciente, pode haver o incentivo deste em prescrever mais procedimentos do que o necessário, gerando um potencial conflito. Já com relação aos hospitais, existe o incentivo de consumirem o máximo possível dependendo do modelo de remuneração praticado (no caso, o *fee for service*). A figura 5 resume as principais falhas descritas.



**Figura 5 – Principais falhas de mercado no mercado suplementar**

*Fonte: Zanatta (2013)*

Pode-se dizer que tais assimetrias distorcem os incentivos dos participantes envolvidos, resultando em ineficiências econômicas. Assim, diante das falhas presentes no mercado suplementar, se faz necessária a intervenção governamental contra potenciais distorções que se materializam em abusos contra os beneficiários.

Em conjunto com a criação do SUS em 1988 pela Constituição Federal, o Estado passou também a atuar como ente regulador do sistema de saúde privado. Conforme o Art. 197:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Mesmo que instaurado na Constituição Federal, o cenário até o final dos anos 90 foi de fraca regulação. Apenas após 10 anos da instituição do SUS é que se iniciou um processo regulatório consistente, que se consolidou com a criação da ANS a partir da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Até o final da década de 90, os planos de saúde não tinham regras claras de atuação, configurando um quadro de livre definição dos tipos de cobertura, das carências, dos reajustes, escolha de clientes e níveis de risco. O resultado dessa liberdade era uma atuação abusiva por parte das operadoras, o que gerou grande insatisfação aos beneficiários. Na época, ocorriam diversas situações como interrupção de internações, limites de dias nos leitos de UTI, rompimento inesperado de contratos, entre outros (ZANATTA, 2013).

Segundo FREITAS:

Como resultado da Lei dos Planos de Saúde, a ANS é criada como órgão responsável principalmente pela regulação dos planos privados, tratando das relações entre planos e beneficiários assim como das relações com os prestadores de serviço e fornecedores. É instituída como uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde e com atuação em todo território nacional. Cabia a esta a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades do mercado suplementar de saúde (FREITAS, 2011).

De acordo com Baldassare (2014) suas principais atribuições desde então foram: definir os critérios básicos para as empresas operarem no mercado suplementar; avaliar o desempenho das empresas, determinar o rol de procedimentos

obrigatórios para todos os planos; acompanhar os preços praticados tanto pelos planos como pelos prestadores de serviço; autorizar reajustes dos preços das mensalidades sob o crivo do Ministério da Fazenda; determinar o nível de reservas técnicas das operadoras; autorizar eventos de fusão e aquisição junto ao CADE; gerenciar empresas insolventes determinando a alienação de sua carteira; e demandar o fornecimento de informações dos participantes do mercado.

Dentre as normas aplicadas pela ANS destacam-se a definição dos reajustes dos planos da modalidade "individuais" enquanto que as outras categorias poderiam ajustar seus contratos livremente entre as operadoras e beneficiários (Lei 9.656/9.837). Sob pretexto de que este grupo não teria barganha de negociação com as operadoras, a ANS passa a intervir nesta frente. A metodologia adotada pela ANS tornou os reajustes dos planos individuais inferiores aos dos planos coletivos, com tendência de aumento de tal discrepância a cada ano (TENDÊNCIAS CONSULTORIA, 2015). Diante do crescimento acelerado dos custos assistenciais, o controle de preços levou a diminuição das margens ou até prejuízos para as operadoras, o que levou a perda de interesse em oferecer este tipo de plano. Na figura tabela 5, é observa-se que apesar do número de planos individuais terem crescido em números absolutos, nota-se que a participação destes diminuiu de 30,3% em dezembro de 2001 para 19,1% em setembro de 2014. Isso sugere para que o número de planos de saúde se torne cada vez mais dependente do nível de emprego.

Data contratação	Total		Coletivo		Individual	
	Nº planos	(%)	Nº planos	(%)	Nº planos	(%)
dez/01	12.153.066	100	8.472.211	69,7	3.680.855	30,3
dez/02	14.260.273	100	10.060.272	70,5	4.200.001	29,5
dez/03	17.144.311	100	12.367.952	72,1	4.776.359	27,9
dez/04	20.563.224	100	15.100.775	73,4	5.462.449	26,6
dez/05	23.391.513	100	17.336.880	74,1	6.054.633	25,9
dez/06	25.885.109	100	19.426.413	75,0	6.458.696	25,0
dez/07	28.660.207	100	21.803.753	76,1	6.856.454	23,9
dez/08	31.693.857	100	24.652.953	77,8	7.040.904	22,2
dez/09	33.783.274	100	26.497.541	78,4	7.285.733	21,6
dez/10	36.660.631	100	28.935.042	78,9	7.725.589	21,1
dez/11	38.791.556	100	30.799.163	79,4	7.992.393	20,6
dez/12	41.364.148	100	33.121.554	80,1	8.242.594	19,9
dez/13	43.647.419	100	35.163.371	80,6	8.484.048	19,4
set/14	44.832.723	100	36.263.246	80,9	8.569.477	19,1

Fonte: ANS. Elaboração: Tendências.

**Tabela 5 – Distribuição dos Planos por Tipo de Contratação 2001- 2014**

Fonte: ANS

Outra medida instituída pela mesma lei foi a definição do Rol Mínimo de Procedimentos, que consiste em uma lista de procedimentos, exames e tratamentos que são de cobertura obrigatória para todos os planos (TENDÊNCIAS CONSULTORIA, 2015). A revisão desta lista ocorre a cada dois anos por um grupo constituído por técnicos da ANS, operadoras e representantes da defesa do consumidor. A ampliação deste rol nos últimos anos junto com a falta de flexibilidade na definição dos planos tem gerado enormes dificuldades no planejamento financeiro das operadoras (TENDÊNCIAS CONSULTORIA, 2015). Alega-se que a imposição de serviços obrigatórios mínimos acaba definindo também a existência de um preço mínimo para os planos, o que provoca a exclusão de diversos indivíduos que estariam dispostos a abdicar de alguns tipos de cobertura em detrimento de um preço menor. Por último, outra medida importante a ser destacada é o Estatuto do Idoso, publicado em 2003, que define a proibição da discriminação de preços aos idosos no mercado de planos de saúde em razão da idade. Em resumo, nota-se que a regulação do setor se deu através tanto na definição dos preços como pela definição dos serviços cobertos.

Entende Ocke-Reis que:

Pela ótica das operadoras pode-se dizer que a regulamentação do setor gerou aumento de custos principalmente através das garantias financeiras exigidas (reservas), da oferta mínima de serviços obrigatórios, da redução dos períodos de carência e de maiores custos administrativos para atender os requerimentos regulatórios (OCKE-REIS *et al.*, 2006).

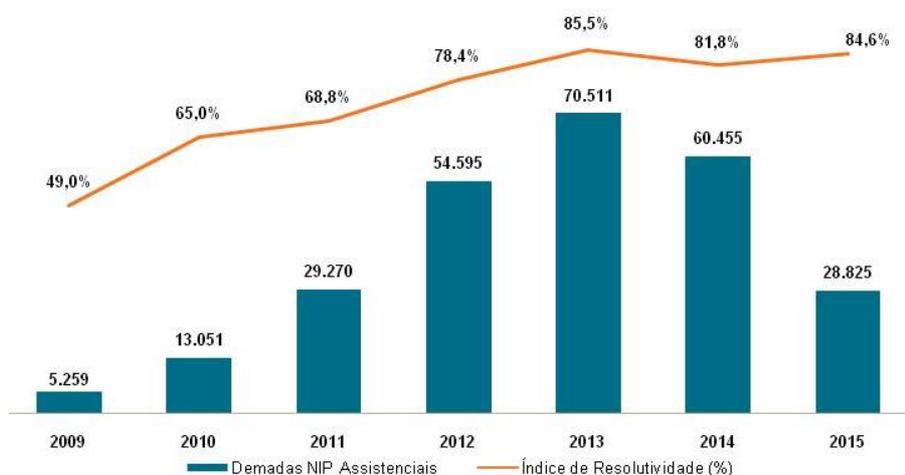
Por outro lado, os beneficiários ganharam proteção contra os abusos das operadoras e melhor qualidade nos serviços oferecidos, garantindo um mercado mais eficiente.

### 3.5

#### **A Judicialização da Saúde**

A “judicialização” da saúde foi um termo criado para definir o número crescente de pacientes que acionam a justiça para obter tratamentos não

disponibilizados pelos planos de saúde ou pelo SUS. Segundo o estudo Tendências Consultoria, o processo começou a ganhar força nos anos 90, quando portadores do vírus da AIDS passaram a exigir o fornecimento de medicamentos baseados no direito constitucional de acesso a saúde. Diante do sucesso dessas iniciativas, cada vez mais pessoas com diversos tipos de enfermidade passaram a recorrer ao sistema judiciário para conseguir acesso aos serviços e medicamentos requeridos. Ao longo da última década o número de processos teve trajetória ascendente. De acordo com números do Conselho Nacional de Justiça presentes no estudo das Tendências Consultoria, os processos na justiça superaram a marca dos 240 mil em 2011. Pode-se dizer que este fenômeno é apoiado por grupos contrários a mercantilização da saúde. Como *proxy* para analisar o tamanho do problema, a figura 6 apresenta as demandas por Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), que consistem em um procedimento que permite a ANS mediar os conflitos entre operadores e beneficiários. O recurso facilita a vida dos beneficiários ao tentar resolver conflitos sem a necessidade de ingresso em longos processos administrativos junto à reguladora ou justiça. Nota-se que em 2013 e 2014 foram respectivamente 70.511 e 60.455 demandas de NIP assistenciais com índices de resolubilidade de 85,5% e 81,8%. A iniciativa tem mostrado resultados positivos na conflituosa relação entre as partes envolvidas, aliviando assim o sobrecarregado sistema judiciário. É válido pontuar que as operadoras atualmente reservam grandes quantidades de recursos para a resolução destes conflitos, o que corrobora ainda mais para o aumento de custos do setor.



**Figura 6 Demandas NIP Assistenciais e Índice de Resolubilidade (Brasil- 2009 - 2015)**

Fonte: Ans

### 3.6

#### O Setor de Saúde como Alvo de Investimentos

Conforme as Leis 8.080/1990, 9.263/1996 e 9.656/1998 a participação de capital e empresas estrangeiras no mercado de saúde era autorizada até Dezembro de 2014 apenas para as operadoras de planos, para os produtores de insumos médicos hospitalares, para organismos ligados a ONU ou outras entidades de cooperação via doações e outros casos particulares. Ao longo da última década, o Brasil presenciou grandes operações que contavam com participação de investidores e operadoras internacionais. Como exemplo de transações ocorridas nos últimos anos pode-se apontar para a aquisição da *Qualicorp* pelo fundo de *private equity* americano *Carlyle Group*, a compra da Amil pela operadora United Health (maior operadora americana) e a compra da Intermédica pelo grupo *Bain Capital*.

Em relação aos hospitais, a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) proibia a participação de investidores externos até o começo deste ano. No entanto, operadoras que contavam com recursos externos, podiam aplicá-los em hospitais da rede própria, o que sugere uma brecha na antiga lei. No início de 2015 foi promulgada a Lei nº 13.097/2015, que modificou essa condição e autorizou a “participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde”. Poucos meses após sua aprovação, o *Carlyle Group* adquiriu aproximadamente 8% e o Fundo Soberano de Cingapura (GIC) outros 15,3% do grupo hospitalar RDSL. Outro exemplo que pode ser destacado é a compra de 13% do grupo de medicina diagnóstica Fleury pela *Advent International*. Essas transações inauguram um processo que deve se intensificar nos próximos anos e que provavelmente dará origem a grandes grupos.

A nova lei contrariou determinados grupos da sociedade, principalmente aqueles ligados a Reforma Sanitária, devido ao afastamento cada vez maior do ideário de saúde universal promovida pelo Estado. (NETO,2015).Mas é preciso compreender que diante das dificuldades enfrentadas pelo SUS, o setor suplementar já está enraizado na política de saúde brasileira.

A participação do capital estrangeiro deve ser vista como bons olhos ao permitir maiores investimentos dentro da prestação de serviços, trazendo melhorias na infra-

estrutura dos hospitais, clínicas e laboratórios. Além do aporte financeiro, os grupos estrangeiros podem trazer consigo sua expertise de outros países para o mercado brasileiro. A tendência é que essa medida ainda estimule a concorrência no setor, o que gera incentivos para aumentos na produtividade.

Por último, é válido pontuar que a liberação do investimento pode ser solução para a atual crise de financiamento e de gestão vivenciada principalmente pelas redes de hospitais filantrópicos, em especial as Santas Casas (NETO, 2015).

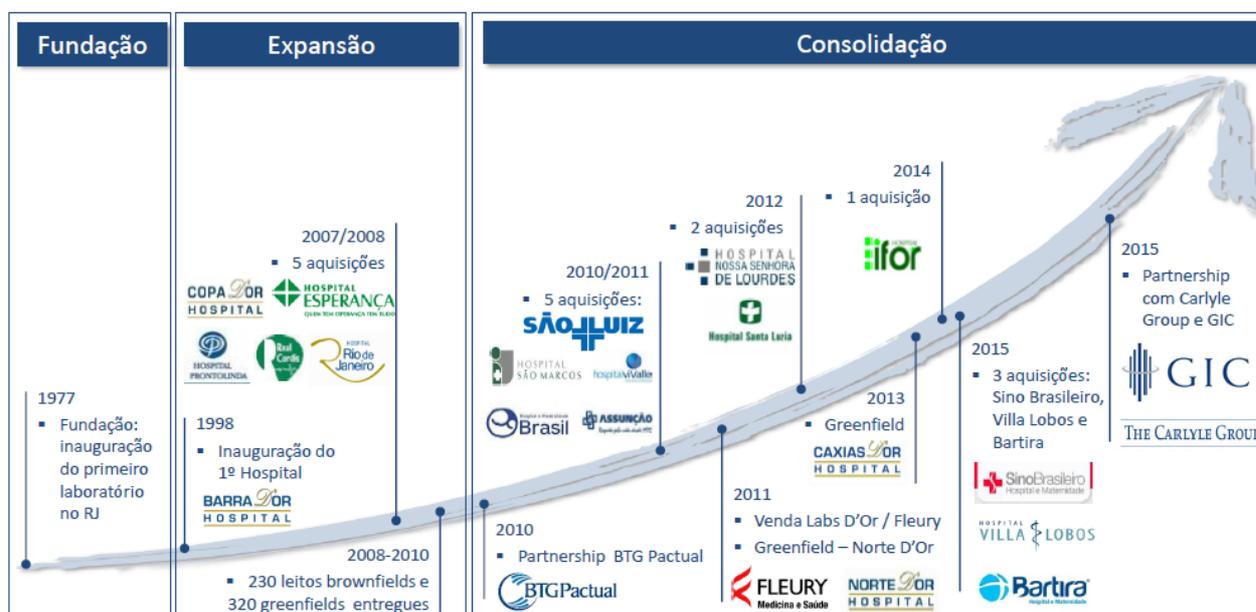
## **3.7**

### **A Rede D'or**

#### **3.7.1**

##### **Histórico da Empresa**

A Rede D'Or São Luiz (RDSL) é hoje o maior grupo hospitalar independente do Brasil com um total de 28 hospitais próprios, 2 administrados e 30 clínicas oncológicas. Foi fundada em 1977 pelo cardiologista Jorge Moll inicialmente como uma clínica de exames com o nome de Rede Lab's Dor. Com o intuito de oferecer aos pacientes uma gama completa dos serviços de saúde, foi inaugurado o Hospital Barra D'Or, dando início às operações hospitalares da RDSL. Dois anos depois, foi fundado o Hospital Copa D'Or, que se tornou referência no mercado carioca a partir da estratégia de oferecer os melhores profissionais de saúde, equipamentos modernos e de alta qualidade e serviços de hotelaria. O crescimento do grupo deu-se através da construção (*greenfiels*), expansão (*brownfiels*) e aquisição de hospitais. A figura 7 apresenta os principais marcos da história da companhia. Nela, é válido destacar a entrada do BTG Pactual em 2010 como sócio através da emissão de debêntures conversíveis, gerando um caixa de 600 milhões de reais para a companhia. A parceria permitiu um processo agressivo de aquisições como a compra do grupo São Luiz, do hospital Brasil, Vivalle e Assunção em São Paulo, além de possibilitar o início da construção de novos hospitais.



**Figura 7– Trajetória da Empresa**

*Fonte: RDSL*

Em 2015, a promulgação da Lei nº 13.097/2015 autorizou a participação de capital estrangeiro nos prestadores de assistência a saúde. Logo após sua aprovação, o *Carlyle Group* realizou o primeiro investimento estrangeiro no ramo hospitalar com a aquisição de uma parcela de 8%, cerca de 1,6 bilhões de reais, da RDSL. Os recursos foram investidos na empresa e serviram para sustentar a agressiva estratégia de expansão via aquisições. Logo depois, ocorreu a compra de participação pelo Fundo Soberano de Cingapura (GIC), que por mais que não tenha gerado recursos diretos para a empresa, trouxe credibilidade para a empresa pelo fato de deter um investidor institucional como acionista. Atualmente, dos 28 hospitais, 11 se encontram no Rio de Janeiro, 12 em São Paulo, 3 em Pernambuco e 2 no Distrito Federal.

### 3.7.2

#### Panorama de Mercado de Atuação

Anteriormente foi apresentada a estrutura do mercado suplementar de saúde. Nesse contexto, a empresa se insere como um prestador de serviços de saúde, com os planos de saúde sendo seus principais pagadores e os produtores de equipamentos e insumos médicos hospitalares seus principais fornecedores. Dentro desse escopo está o paciente, que é o consumidor dos cuidados à saúde, financiado principalmente pelas operadoras. É importante salientar que este último é quem tem a percepção de qualidade dos serviços prestados.

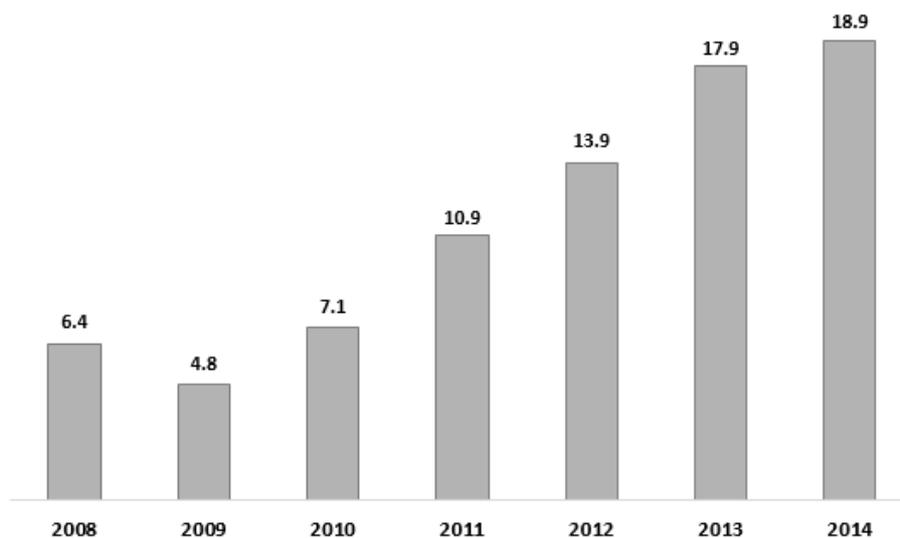
Pode-se dizer que variáveis macroeconômicas como o aumento da renda e do emprego e a precariedade da estrutura de atendimento do sistema público são um forte indutor de demanda não somente para os hospitais privados, mas para todo o setor suplementar. No entanto, é importante observar que muitos dos desafios enfrentados pelas operadoras se traduzem em oportunidades para os hospitais. Por exemplo: o envelhecimento da população, a ampliação do rol mínimo de procedimentos, ou a piora do perfil epidemiológico da população culminam em maior demanda para os serviços hospitalares. Entretanto, deve-se ter sempre em conta que a solvência das operadoras é essencial para que estas continuem financiando os seus serviços prestados.

Uma análise mais específica que se pode fazer é a enorme demanda por leitos vigente no país. Segundo a ANAHP, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda um número de leitos de 3 a 5 por mil habitantes. O último levantamento feito em 2009 pela mesma organização mostrou que essa oferta correspondia a uma média de 2,1 para o SUS e 2,6 para o mercado suplementar. Utilizando como premissa a recomendação da OMS, nota-se que o Brasil possui um grande *déficit*<sup>3</sup> no número de leitos no gráfico 1. As informações dispostas acima, em conjunto com toda análise do mercado suplementar feita anteriormente, indicam que a RDSL vislumbra um próspero horizonte de crescimento. A empresa passa por um processo de

---

<sup>3</sup> O *déficit* consiste na diferença entre o número ideal de leitos segundo a OMS e os leitos privados realizados.

consolidação na direção de atender a demanda reprimida do país oferecendo um serviço de altíssima qualidade.



**Gráfico 13: Déficit de Leitos Privados (em milhares)**

*Fonte: Elaboração do autor a partir de dados da CNES, ANS e OMS*

### 3.7.3

#### **Posicionamento Estratégico da Empresa**

A estrutura de serviços hospitalares no Brasil é bastante fragmentada, com muitos hospitais de baixa produtividade e com problemas financeiros. Observando a figura abaixo, baseada em informações de 2014, nota-se que o país detém 2.392 hospitais públicos e 4.295 mil hospitais privados, dos quais grande parte são sem fins lucrativos. Ao todo, são 6.6987 hospitais, que juntos congregam 441.764 leitos. Esse número perfaz uma média de 70 leitos por hospital, o que é considerado altamente ineficiente e ainda deflagra limitada capacidade de investimento. Em comparação com o setor americano, temos que o Brasil tem um número superior de unidades hospitalares. Entretanto, a nação norte-americana tem uma média de leitos por

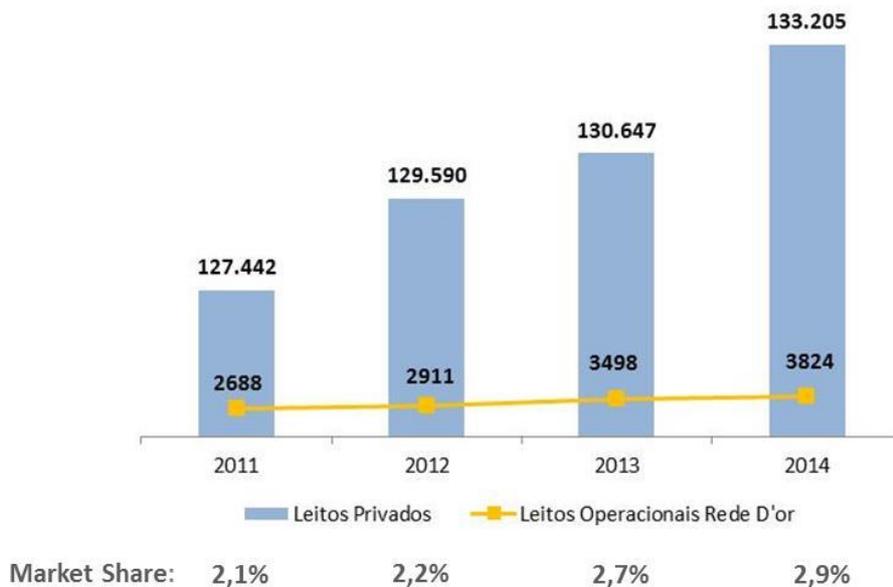
hospital bastante superior, o que sugere maior eficiência. Nesse contexto, pode-se apontar para a estrutura da empresa analisada, que conta com 28 hospitais que totalizam um número de 4.819 leitos, representando uma média de 172 por unidade. Assim, de acordo com os números apresentados pode-se dizer os hospitais da empresa são de grande porte, o que possibilita atender um grande número de pacientes e deter vários tipos de especialidades.

Hospitais	Brasil	E.U.A	Rede D'or São Luiz
<b>Públicos</b>	<b>2.392</b>	<b>1.722</b>	-
<b>Privados</b>	<b>4.295</b>	<b>3.964</b>	<b>28</b>
Com fins Lucrativos	<b>2.858</b>	<b>1.060</b>	<b>28</b>
Sem fins Lucrativos	<b>1.437</b>	<b>2.904</b>	-
<b>Hospitais Totais</b>	<b>6.687</b>	<b>5.686</b>	<b>28</b>
<b>Leitos Totais</b>	<b>441.764</b>	<b>914.513</b>	<b>4.819</b>
<b># de Leitos p/ Hospital</b>	<b>66</b>	<b>161</b>	<b>172</b>

**Tabela 6 - Análise Comparativa da Estrutura Hospitalar - Brasil, E.U.A e RDSL**

*Fonte: CNES, AHA e Rede D'Or São Luiz*

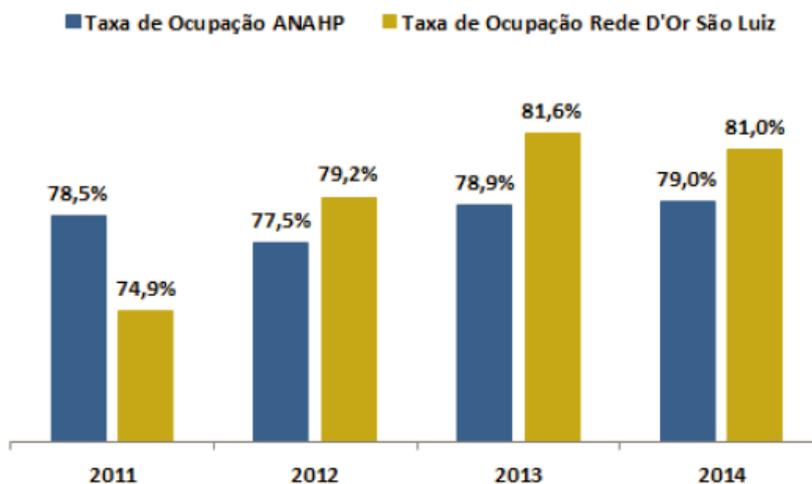
É importante destacar que a RDSL é uma rede independente, isto é, não pertence a nenhuma operadora de planos de saúde, que em muitos casos detém uma estrutura verticalizada. Quando se compara a empresa com outros *players* independentes a empresa assume a liderança tanto em número de leitos como em receita líquida conforme informações dispostas nas análises internas da empresa. Entre os concorrentes destacam-se o grupo IMPAR (empresa de Edson Bueno), o Albert Einstein e o Sírio Libanês com 1500, 899, e 439 leitos respectivamente. Analisando sua participação no mercado hospitalar, a empresa em 2014 detinha 2,9% de todos os leitos privados do país, proporção que vem aumentando a cada ano.



**Gráfico 14 – Posicionamento no Mercado Hospitalar**

*Fonte: CNES, Rede D'Or São Luiz*

Outra análise que pode ser feita é observar as taxas de ocupação<sup>4</sup> dos hospitais da empresa em comparação com os hospitais da ANAHP. Na figura abaixo nota-se em média que os hospitais da empresa tiveram 81% de sua capacidade ocupada ao longo do ano, frente aos 79% da ANAHP. Essa relação vem sendo evidenciada desde 2012.



**Gráfico 15 – Taxa de Ocupação ANAHP/Taxa de Ocupação Rede D'Or São Luiz**

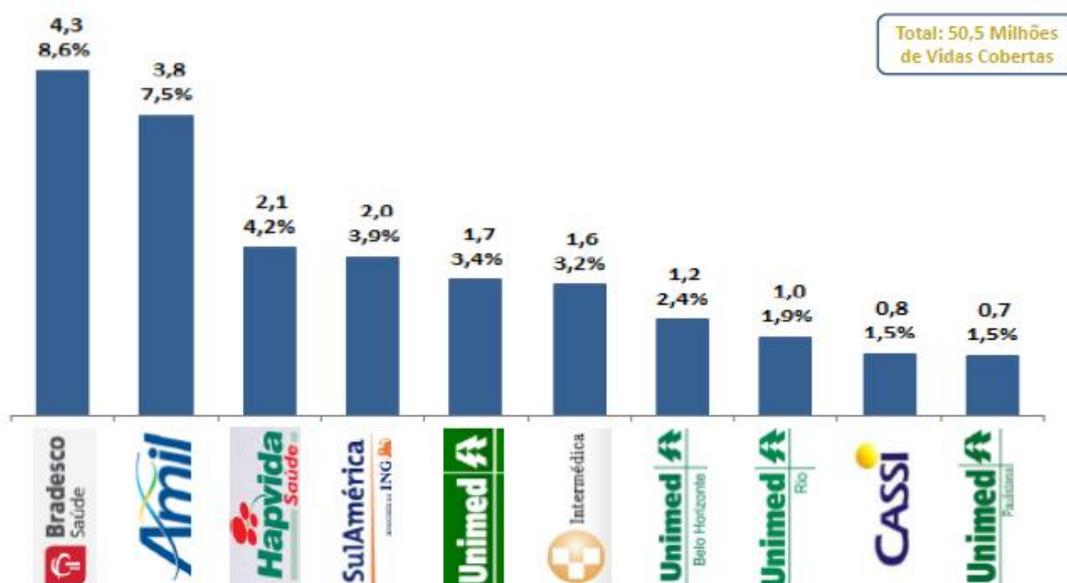
*Fonte: ANAHP, Rede D'OR São Luiz*

<sup>4</sup> Taxa de ocupação reflete a quantidade de leitos sendo utilizados em comparação com a capacidade total.

Mesmo que a questão da verticalização das operadoras ofereça riscos para diversos participantes do mercado, o porte adquirido pela RDSL junto a força de sua marca garante amplo poder de negociação com as operadoras. A escolha de determinado plano por um indivíduo está diretamente ligada com a rede de prestação de serviços. Por isso, hospitais representativos como os da bandeira D'Or não podem ser desprezados pelas operadoras (mesmo para aqueles que contam com rede própria).

Analisando as fontes pagadoras, é crucial entender que a modalidade das seguradoras são as mais interessadas em ter os hospitais do grupo em sua rede credenciada. Como não podem ter rede própria, os hospitais independentes são bastante interessantes para este tipo de operadora, visto que estes não estarão a mercê dos concorrentes verticalizados. Isso não significa que somente hospitais independentes compõem sua rede, pois muitas vezes a preferência do paciente por determinado estabelecimento leva as seguradoras a negociarem com as Medicinas de Grupo e Cooperativas, que detêm rede própria, a utilização de seus hospitais mesmo com termos de negociação piores.

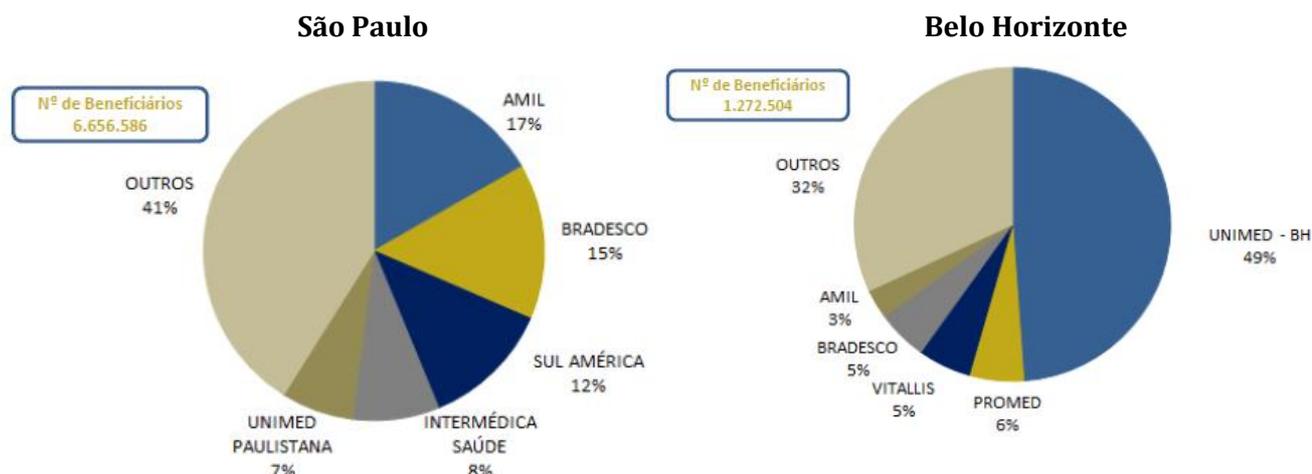
Visto isso, a expansão dos hospitais da empresa em estudo deve levar em conta a composição dos beneficiários de determinada localidade. Observando o Brasil como um todo no segundo trimestre de 2015, temos a seguinte relação apresentada no gráfico abaixo. As dez maiores operadoras representam 38% do mercado nacional, o que sustenta o processo de concentração explorado anteriormente. Chama-se atenção para a Bradesco Saúde e Sul América, que juntas detêm 12,5% do mercado, o que é bastante positivo para a RDSL.



**Gráfico 16 – Total: 50,5 Milhões de Vidas Cobertas**

*Fonte: ANS*

Entretanto, cada localidade tem uma composição diferente de número de beneficiários, o que pode caracterizar mercados de expansão potenciais ou não. Quando se compara, por exemplo, o mercado da capital paulista, que tem maior representatividade na receita do grupo, com o mercado da capital mineira, ainda não explorada, a fonte pagadora pode explicar grande parte da estratégia de atuação da companhia. Enquanto a cidade de São Paulo possui 27% de seus beneficiários nas mãos de seguradoras, Belo Horizonte apresenta uma concentração muito grande da Unimed BH e baixa representatividade das seguradoras, o que oferece uma posição desfavorável para entrar neste mercado. Assim como em São Paulo, as demais localidades em que a empresa atua, apresentam considerável presença de seguradoras independentes.



**Gráfico 17 – Fontes Pagadoras em SP e BH**

*Fonte: ANS*

O posicionamento da empresa é bastante representativo, com atuação em quatro das principais regiões metropolitanas do país: Rio de Janeiro, São Paulo, Recife e Brasília, o que caracteriza um processo de diversificação da sua receita. Seus hospitais estão localizados em regiões de alta densidade populacional e voltados para o público de média-alta renda, com uma marca bastante reconhecida.

É de suma importância compreender que a empresa precisa também manter um excelente relacionamento com os médicos, principalmente os renomados, pois estes são responsáveis por trazer os casos de maior complexidade, e, portanto, oferecem maiores margens. Os hospitais disponibilizam diversos tipos de regalias e privilégios na tentativa de captar os melhores profissionais e de garantir que estes estejam preparados para lidar com vidas.

A estrutura robusta da empresa permite uma grande vantagem perante aos outros participantes ao conseguir melhores termos de negociação, tanto com fornecedores como com os planos. É possível dizer que existem grandes barreiras para os concorrentes. Podem ser citadas: a enorme mobilização de capital para comprar ou construir um hospital, os diversos tipos de licenças com a ANVISA e ANS para a operação, a dificuldade de um novo entrante de pequeno porte negociar com planos e fornecedores e o *know-how* de uma operação bastante complexa. Diante dos fatos apresentados, pode-se dizer que ao longo de seus 17 anos como operador

hospitalar, a empresa já começa a consolidar nesse mercado, com perspectivas de intensificar cada vez mais esse processo.

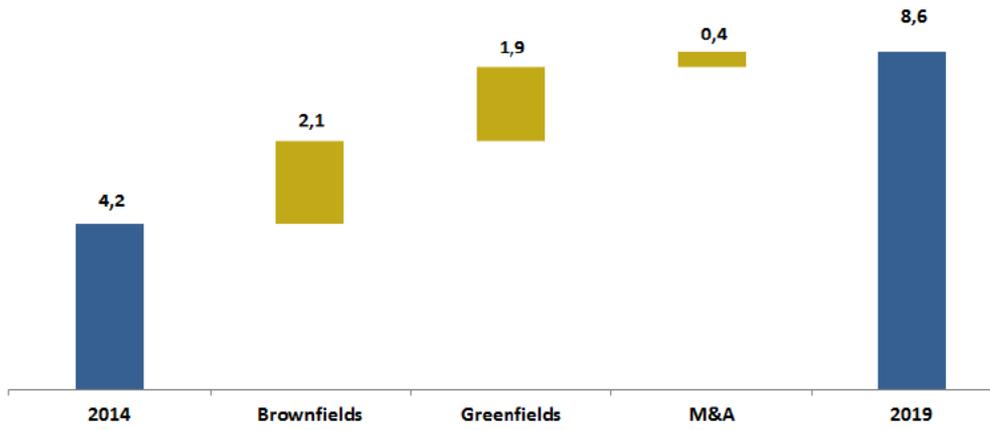
Um último adendo a ser feito é que a estratégia adotada pela empresa na direção de um *portfólio* robusto permite ganhos de escala a partir do maior poder de negociação com fornecedores e planos de saúde. Além disso, a incorporação de novas unidades possibilita a troca de experiência em gestão entre os hospitais da rede, em um processo de *benchmarking*. Os hospitais adquiridos normalmente passam por um processo de reestruturação na direção de maior eficiência e rentabilidade. Exemplos são: oferecer procedimentos de maior qualidade, alterar o *mix* dos procedimentos na direção maior complexidade e aprimoramento dos sistemas de emergência. Por outro lado, existe um grande desafio em criar uma cultura organizacional que garanta o padrão de qualidade da marca. Desde 2005 foram adquiridos 21 unidades.

#### 3.7.4

##### **Plano de Crescimento**

O plano de expansão da companhia é bastante agressivo e bem definido. Até 2019 a empresa pretende expandir em 4.400 leitos, praticamente dobrando o número atual. Para alcançar tal objetivo, a empresa planeja:

- 8 projetos *Greenfield*, que totalizam 1.900 novos leitos;
- 12 projetos *Brownfield*, totalizando 2.100 novos leitos.
- 3 M&A's realizados no presente ano de 2015. Bartira, Villa Lobos e Sino que juntos representaram um acréscimo de 400 leitos.



**Gráfico 18 – Plano de Expansão da Empresa**

*Fonte: RDSL*

## 4

# O SISTEMA DE SAÚDE NOS EUA

### 4.1

#### Histórico e Configuração do Setor

O setor de saúde nos Estados Unidos é o único entre os países desenvolvidos que não oferece cobertura universal para sua população. É um sistema caracterizado pela provisão e financiamento de serviços de saúde tanto pela esfera privada como pública. É produto de diversas reformas e leis que buscaram aprimorar um sistema que ainda possui grandes dificuldades. De acordo com Banco Mundial, em 2013 os gastos em saúde representaram 17,1 % do PIB americano, montante muito superior a todos os países. O gráfico 1, presente no início deste trabalho, apresenta a dimensão dos gastos americanos em saúde quando comparados a outros países. De acordo com as projeções da *National Health Expenditure Projections*, os gastos irão atingir 4.5 trilhões de dólares em 2019, chegando a 5 trilhões em 2022.

Para entender o sistema americano é importante destacar a estrutura do sistema. O governo americano atua como regulador e financiador de programas. A partir de instituições como a *US Department of Health and Human Services (HHS)*, *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)*, *Food and Drug Administration (FDA)* e *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* o governo regula a indústria da saúde conforme as leis americanas. Nas atribuições de financiador, o governo americano atua principalmente através dos programas *Medicare* e *Medicaid*. Ambos foram criados a partir do *Social Security Act* de 1965, durante o governo de Lyndon Johnson e são geridos pela HHS. Juntos esses programas cobriam cerca de 31% da população americana em 2013.



**Figura 8 – Distribuição da Cobertura da População Americana, 2013**

*Fonte: Kaiser Foundation, 2015*

#### 4.1.2

##### **O Medicare**

De acordo com o site oficial do governo, o *Medicare* consiste em um programa federal que financia as despesas para pessoas com mais de 65 anos, jovens com determinadas deficiências e pessoas com problemas renais graves. Em 2013 contava com 52 milhões de beneficiários.

O programa é dividido em quatro segmentos:

- Parte A: cobre os custos de internações hospitalares, serviços de enfermagem especializados, hospício e alguns tipos de atendimento domiciliar. É financiado através de contribuições automáticas da folha de pagamento chamadas *Federal Insurance Contribution Act Tax* e não envolve pagamento de prêmios por parte dos beneficiados.

- Parte B: sua utilização é opcional e cobre serviços ambulatoriais, médicos e de prevenção. É financiado por receitas do tesouro americano (em torno de 70%) e pelo pagamento de prêmios mensais.

- Parte C: também conhecido como *Medicare Advantage Plans*, são planos geridos por empresas privadas autorizadas que são remuneradas em parte pelo governo. Estes devem oferecer no mínimo os benefícios presentes nas Partes A e B. Normalmente englobam diversos adicionais como a cobertura de cuidados de vista,

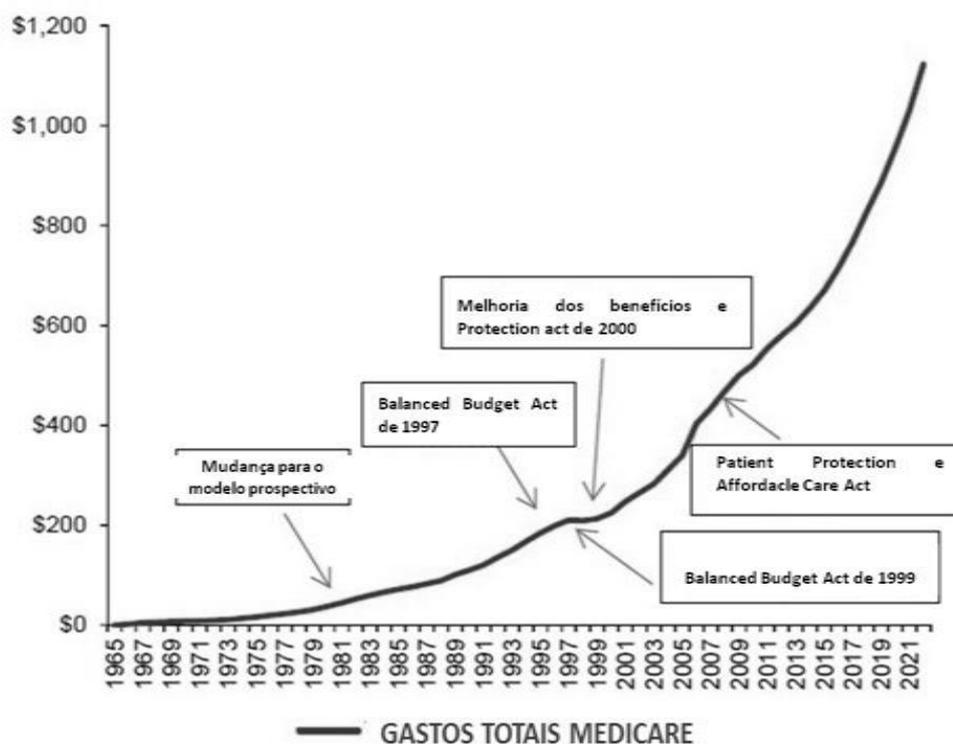
dental e prescrição de medicamentos. Os custos desse plano dependem dos benefícios escolhidos que em geral contam com coparticipação e prêmios.

- Parte D: Este segmento adiciona prescrição de medicamentos às partes A e B. São estruturados da mesma maneira que a Parte C, onde o governo realiza um pagamento fixo por mês para um plano privado, que passa a gerenciar os benefícios de acordo com as necessidades do usuário. Possui pagamento de prêmio e coparticipação. É válido pontuar que os medicamentos cobertos são aqueles fora do ambiente de internação hospitalar, que são pagos pela parte A do programa.

Conforme a Merrill Lynch Report:

Desde a sua criação o programa sofreu diversas mudanças que alteraram os gastos e a sua estrutura de cobertura. Inicialmente, em 1983, com a promulgação do *Medicare Prospective Payment Rates Act*, o sistema de remuneração dos hospitais deixou de ser baseado nos custos realizados, modelo conhecido como *fee for service* que provou ser ineficiente uma vez que as instituições de saúde não tem incentivos de reduzir os custos dos procedimentos e sim de consumir o máximo possível. O novo modelo passou a ser prospectivo, isto é, pré-fixado a partir da utilização de DRG's. Isso exigiu de os hospitais serem mais eficientes em seus custos, dado que ganhos só seriam possíveis caso o custo realizado fosse menor que o valor pago pelo *Medicare* (MERRIL LYNCH REPORT, 2014).

Em relação aos últimos 20 anos houve mudanças significativas promovidas pelo congresso americano que impactaram na relação com os prestadores de serviço, principalmente os hospitais. Primeiramente podemos apontar para o *Balanced Budget Act of 1997*, que diante do foco na disciplina fiscal e do fato do programa representar 17% dos gastos totais do governo, reduziu-se o reajuste dos preços pagos aos prestadores e ainda tornou a remuneração de serviços ambulatoriais prospectivos. Em seguida, através do *Balanced Budget Refinement Act of 1999* e do *Benefits Improvement and Protection Act of 2000* agiu-se na direção de reverter em parte a lei de 1997, que prejudicou muito a margem dos hospitais, possibilitando reajustes maiores. Por último, em 8 de Dezembro de 2003, o presidente Bush assinou o *Medicare Modernization Act* que criou o programa de prescrições de medicamentos (Parte D) e ainda reestruturou a Parte C na direção de encorajar planos a entrarem no *Medicare Advantage*. O gráfico 19 possibilita enxergar a enorme pressão sobre gastos incorridos do programa desde a sua criação junto com a previsão para os próximos anos baseados nos dados da CMS.



**Gráfico 19 – Gastos Totais com o *Medicare* desde 1965 (MM dólares) com Estimativas até 2021**

*Fonte: Merrill Lynch Report 2014*

### 4.1.3

#### **O Medicaid**

O *Medicaid* é um programa voltado para o financiamento de saúde de pessoas de baixa renda, que em 2013 atendia cerca de 59 milhões de americanos (ACTUARIAL REPORT, 2014). Para atender ao programa, os indivíduos precisam atender a determinados pré-requisitos como nível de renda e patrimônio que variam para cada estado, mas que em geral equivalem de 1 a 3 vezes a linha de pobreza do país (MERRIL LYNCH REPORT, 2014). Sua gestão é estadual, mas conta também com recursos federais. Desta forma, o primeiro é responsável pela alocação dos recursos e determinação dos valores pagos aos prestadores de serviço enquanto o

segundo integra os valores pagos, geralmente um valor de 1 a 3 dólares para cada dólar gasto pelos estados. É válido pontuar que apesar da flexibilidade de gestão dos estados, existe a supervisão da agência federal *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS), que regula os gastos e define as regras do programa. Nas últimas décadas o *Medicaid* vem cobrindo um número cada vez maior de pessoas, principalmente através da ampliação dos critérios de elegibilidade. Além disso, este ampliou a cobertura para mulheres grávidas na tentativa de lidar com problemas de mortalidade infantil e riscos de gravidez. Por último é importante destacar a existência do *Children's Health Insurance Program* (CHIP), que foi criado em 1997 e promove cobertura para crianças pertencentes a famílias não elegíveis, mas que não conseguem arcar com planos privados.

#### 4.1.4

#### **O Financiamento Privado**

O financiamento privado é realizado por operadoras de plano de saúde, conhecidas como *Health Maintenance Organizations* (HMO), por meio de despesas próprias diretas (não seguradas) e filantropia. Assim como no Brasil, os planos de saúde privados são geralmente oferecidos pelo empregador, que paga uma grande parcela do benefício (que gira em torno de 70-75%), enquanto que o empregado paga o restante através da cobrança automática na sua folha de pagamento. É importante, salientar que os montantes pagos pelos empregadores não são apurados no imposto de renda das empresas, o que pode ser caracterizado como uma forma de subsídio do governo. Conforme disposto no início desta seção, cerca de 46% da população era coberta por planos corporativos em 2013. Fora isso, pessoas podem comprar planos individualmente, pagando integralmente os prêmios exigidos. Este grupo representava 6% da população em 2013.

#### 4.1.5

### Os Não Segurados

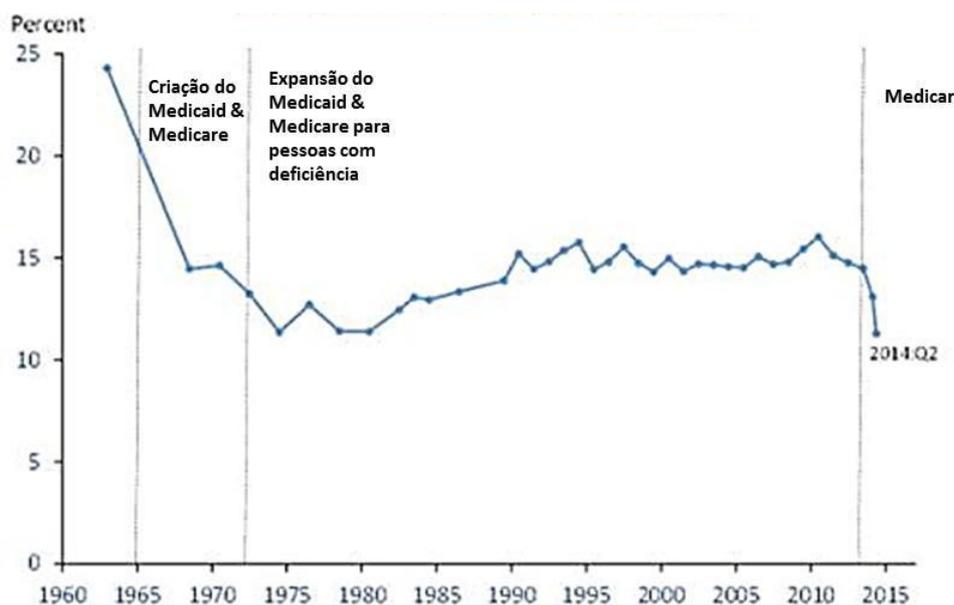
É importante entender que a não obrigatoriedade do Estado em prover serviços de saúde é responsável por deixar milhões de pessoas não seguradas, suscetíveis a altíssimos custos caso precisem fazer uso do sistema. Estas normalmente acabam entrando no sistema através dos departamentos de emergência, com um quadro de gravidade que poderia ter sido evitado com medidas de prevenção. Infelizmente o número de pessoas não seguradas ainda representava 13 % da população em 2013.

Para David U. Himmelstein

Por não atenderem aos requerimentos dos programas federais e também não terem condições de arcar com custos dos planos privados, que são comumente disponibilizados pelo empregador, essas pessoas encontram-se vulneráveis a falência. Um estudo realizado em 2007 pelo *American Journal of Medicine* mostrou que aproximadamente 62% das falências pessoais estavam relacionadas a dívidas médico-hospitalares. (HIMMELSTEIN, 2009).

Nos últimos anos, os elevados custos de saúde e a enorme parcela da população sem acesso ao sistema tem dominado a pauta política do país. O *Affordable Care Act* (mais conhecido como *obamacare*), sancionado por Barack Obama em 23 de Março de 2010 foi um pacote de políticas adotada para ampliar o acesso de americanos ao sistema de saúde na direção da cobertura universal. O conjunto de leis reforçou o acesso de pessoas através das seguintes mudanças: planos passam a ser obrigatórios para todos (com multas para descobertos), empresas de grande porte passam a ser obrigadas a oferecer seguros de saúde aos seus funcionários, empregadores de pequenas empresas passam a contar com subsídios do governo para assegurar seus empregados e também ampliou-se os critérios de elegibilidade do Medicaid. Além disso, foi criada uma plataforma de negociação (*marketplace*) de planos de saúde, um ambiente regulado pelo governo onde os indivíduos podem comparar os preços e decidir o plano que mais for conveniente. É a partir da plataforma que indivíduos e famílias que com renda menor que até 400% da linha pobreza passam a conseguir assistência do governo. Apesar das muitas dificuldades enfrentadas na sua

implementação, o resultado tem sido muito positivo, com o número de pessoas não seguradas caindo para menos de 10% da população em 2015 (Gráfico 20).



**Gráfico 20 – População Desassegurada nos E.U.A, 1963-2014**

*Fonte: Cohen e Martinez, 2015*

## 4.2

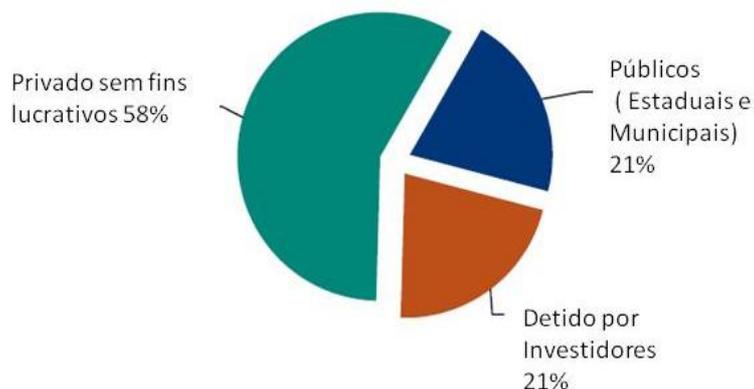
### O Setor Hospitalar Americano seus determinantes

#### 4.2.1

##### Visão Geral

Os serviços hospitalares representaram a uma parcela 32% dos gastos gerais com saúde em 2013, aproximadamente 929 bilhões de dólares segundo a *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS). Projeções da mesma instituição apontam que estes serviços crescerão de 4 a 7% ao ano até 2021 em resposta ao envelhecimento da população e do aumento da demanda por serviços médicos.

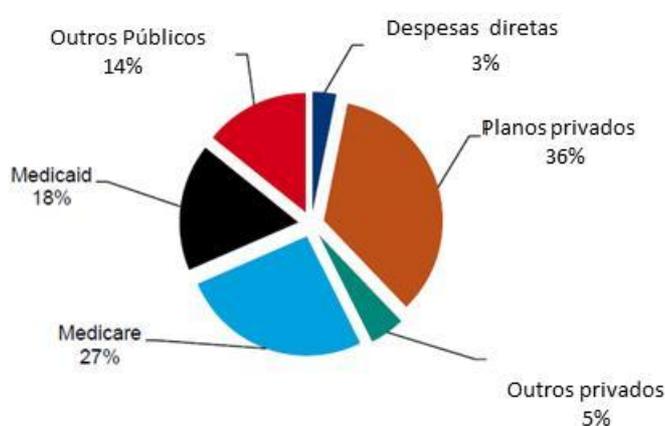
De acordo com a *American Hospital Association* (AHA), em 2015 existiam aproximadamente 5.010 hospitais nos Estados Unidos, sendo 40 % situados em áreas rurais e 60 % em locais urbanos (Figura 9). Deste montante 58% são entidades não lucrativas, 21 % são públicos (estaduais e governos locais) e 21% são detidos por investidores.



**Figura 9 – Hospitais por Tipo de Gestão**

*Fonte: AHA*

Ao analisar a estrutura hospitalar americana deve-se entender o cenário da sua fonte de financiamento. A receita hospitalar, conforme apresentado na figura 10, tem como principal cliente o governo através dos programas *Medicare*, equivalendo a 27% da receita total, e *Medicaid* com 18%. Em seguida, chama-se atenção para os operadores de planos privados e as despesas diretas que representam respectivamente 36% e 3%.



**Figura 10 – Receita por Fonte Pagadora dos Hospitais Americanos - 2013**

*Fonte: AHA*

## 4.2.2

### A Relação com as Fontes Pagadoras

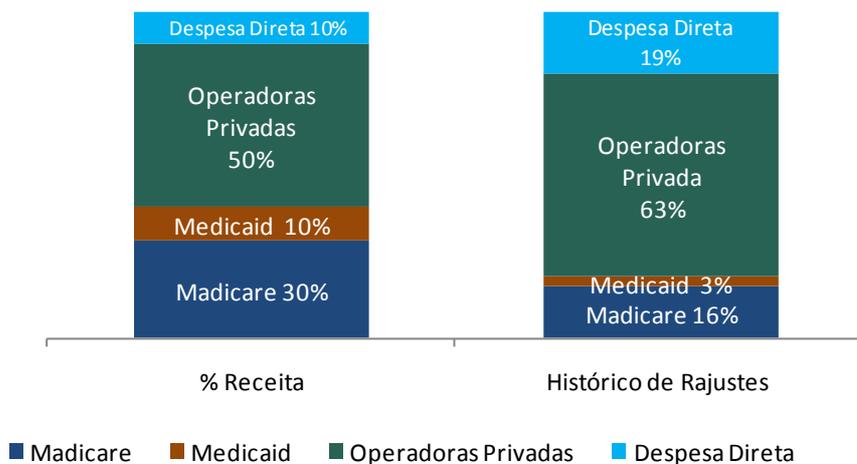
Merril Lynch Report retrata que:

Diante do cenário do governo ser o maior pagador do setor através dos programas *Medicare* e *Medicaid*, os preços praticados por estes têm grande influência em suas receitas. Historicamente os reajustes eram feitos acima da inflação, porém, nos anos recentes estes têm sido abaixo (MERRIL LYNCH REPORT, 2014).

O *Medicare* é também o único em que as regras podem mudar da noite para o dia através da legislação, representando um grande risco regulatório. É importante destacar que os determinantes dos preços praticados pelo governo vão além de questões do setor, como por exemplo, a solvência fiscal do governo, visto que o programa tem um enorme peso no orçamento federal. Pode-se assim dizer que não há nenhum tipo barganha com os financiadores públicos.

Em contraste, as relações com os planos privados, principal fonte de receita do setor, é marcada por um constante processo de negociação. A barganha desses operadores varia de acordo com o grau de influência dentro de determinada região. Caso a rede hospitalar domine determinada localidade, sua estrutura precisa compor o portfólio da seguradora para ser competitivo, o que leva a condições de negociação piores. O mesmo acontece quando um operador de seguros é influente em determinada região, fazendo o hospital aceitar termos piores em prol de um grande cliente. Assim pode-se dizer que em geral, os ajustes feitos pelos operadores privados são bem superiores aos dos programas públicos, deflagrando um quadro em que as relações com os pagadores privados determinam a lucratividade do setor hospitalar.

A figura 11 expõe o histórico de reajustes feito pelos pagadores, confirmando a necessidade dos hospitais em onerarem os pagadores privados para garantirem suas margens.



**Figura 11 – Histórico de Reajustes por Fonte Pagadora**

*Fonte: Merril Lynch Report 2014*

### 4.2.3

#### A Queda no Volume de Pacientes nos Hospitais

Segundo o relatório do Banco Merrill Lynch sobre o setor, outro importante determinante de crescimento do setor de hospitais nos E.U.A. é o volume de pacientes. Apesar de ser um setor mais resiliente, as condições macroeconômicas marcadas pela crise de 2008 promoveram aumento no desemprego e queda na renda, o que refletiu diretamente no número de não segurados. Estes, ao fazerem uso do sistema apenas em situações extremas, explicam parte da redução do número de pacientes hospitalares nos últimos anos.

Além disso, existe uma tendência de realização de procedimentos em ambulatorios independentes. Pode-se dizer que os hospitais especializados e centros ambulatoriais cirúrgicos são os maiores responsáveis pela queda no volume hospitalar. Em 2013 o número de ambulatorios especializados já se equivalia aos de hospitais no país. Como os custos de saúde têm crescido de forma acelerada, os operadores de planos privados têm cada vez mais optados por disponibilizar estruturas

mais baratas como os ambulatorios. Além disso, há o incentivo dos médicos em realizarem procedimentos em estruturas próprias, pois conseguem auferir maior lucro. A demanda hospitalar tem também diminuído por causa do desenvolvimento da tecnologia, que tem possibilitado a realização de procedimentos cada vez menos invasivos e com recuperação mais rápida, tornando a necessidade do uso de uma instalação hospitalar cada vez menor. Além disso, pode-se dizer que os avanços nos tratamentos com medicamentos tem conseguido resolver diversos problemas de saúde, principalmente os cardiológicos, que oferecem grandes margens de lucro aos hospitais.



**Figura 12 – Pacientes de Internação / Pacientes Ambulatoriais, 1996-2006**

*Fonte: Merrill Lynch Report 2014*

#### 4.2.4

#### **O Crescimento a partir de Fusões e Aquisições no Setor**

A principal estratégia de crescimento das empresas hospitalares americanas consiste na expansão a partir de fusões e aquisições. A aquisição de unidades com margens reduzidas abre caminho para um processo de reestruturação, que após algum tempo, passa a demonstrar bons resultados. No contexto americano, as razões para se adquirir um hospital são: um *portfólio* maior aumenta o poder de negociação com os pagadores, uma diversificação do *portfólio* reduz os riscos inerentes a determinada região, e ainda os ganhos que serão tragos pelo ativo comprado, principalmente após

o processo de reestruturação. Já pela ótica da empresa adquirida, os benefícios são: unidades independentes e sem fins lucrativos ganham acesso ao capital no momento que passarem a pertencer a um grande *player*; a venda de uma unidade problemática de uma empresa possibilita esta voltar-se para seus melhores ativos ao invés de tentar realizar um complexo plano de reestruturação e, por último, hospitais adquiridos passam a usufruir da *expertise* de um provável *player* experiente, principalmente no que se refere ao gerenciamento dos riscos regulatórios. A tabela 7 apresenta as principais transações ocorridas nos últimos anos.

Data	Comprador	Alvo	Hospitals	Receita(MM de US\$)	Leitos	Localização
6/21/2013	LPNT	Bell Hospital	1	\$40	25	MI
10/01/2010	CYH	Bluefield Regional Medical Center	1	\$95	265	WV
05/03/2010	LPNT	Clark Regional	1	\$54	100	KY
01/01/2011	VHS	Detroit Medical Center	6	\$2	NA	MI
10/01/2010	CYH	Forum health Systems	3	\$370	813	OH,WV
02/01/2012	HCA	Galichia Heart Hospital	1	\$15	82	KS
1/27/2014	CYH	Health Management Associates Inc.	71	\$6	11	AR,FL,GA,KY,MS,MO,NC,OK,PA,SC,TN,TX,WA,WV
7/19/2013	HCA	Iasis - (3 hospitais)	3	\$225	691	FL
09/04/2013	LPNT	JV with Fauquier Health System Inc	1	\$106	97	VA
02/06/2012	HMA	JV with Integris Health	5	\$80	226	OK
12/02/2013	LPNT	JV with Portage Health	1	\$64	36	MI
03/03/2014	LPNT	JV With Wilson Medical Center	1	\$123	294	NC
10/31/2011	LPNT	Maria Parham	1	NA	NA	NC
07/07/2010	CYH	Marion Regional Healthcare System	2	\$60	216	SC
09/04/2012	LPNT	Marquette General	1	\$250	NA	MI
1/25/2012	CYH	Memorial Health Systems	1	\$97	100	PA
05/02/2011	HCA	Mercy	1	\$226	473	FL
05/02/2011	CYH	Mercy Health Partners	3	\$200	313	PA
07/01/2011	HMA	Mercy Health System	7	\$600	1	TN
05/02/2011	HCA	Mercy Hospital	1	\$226	473	FL
12/12/2011	CYH	MetroSouth Medical Center	1	\$150	244	IL
7/19/2011	CYH	Moses Taylor HealthCare	2	\$160	242	PA
3/19/2014	CYH	Munroe Regional Medical Center	1	\$295	421	FL
10/03/2011	LPNT	Person Memorial	1	NA	NA	NC
02/02/2009	LPNT	Rockdale Medical Center	1	\$120	138	GA
11/16/2011	CYH	Roswell Regional Hospital	1	\$42	26	NM
07/01/2010	HMA	Shand	3	\$100	139	FL
04/01/2014	CYH	Sharon Regional Medical Center	1	\$163	251	PA
12/01/2009	HMA	Sparks Health System	2	\$245	492	AK
09/01/2010	LPNT	Sumner Regional	4	\$145	268	TN
10/04/2011	CYH	Tomball Regional Center	1	\$151	358	TX
05/03/2011	HMA	Tri-Lakes Medical Center	1	\$45	132	MS
10/27/2011	LPNT	Twin County	1	NA	NA	VA
09/02/2011	VHS	Valley Baptist Health	2	\$510	866	TX
10/01/2013	THC	Vanguard Health System Inc	28	\$6	7	AZ,IL,MA,MI,TX
07/02/2012	LPNT	Woods Memorial	1	\$24	72	TN
10/01/2010	HMA	Wuesthoff	2	\$290	406	FL
<b>TOTAL</b>			<b>165</b>	<b>\$5.285</b>	<b>8.278</b>	

**Tabela 7 – Transações de M&A no Setor 2010-2014**

*Fonte: Merrill Lynch Report*

## 4.2.5

### Glosa Hospitalar

Assim como no mercado brasileiro, outra questão crucial do setor americano é a glosa, conhecida como *bad deb* em inglês. Essas perdas devem ser olhadas com atenção dobrada no setor hospitalar americano. Como o setor possui um enorme nível de pessoas não seguradas sem um sistema público gratuito, os serviços de emergência devem ser realizados independente da capacidade de pagamento dos pacientes,

culminando em grandes riscos para os hospitais. Segundo o relatório do banco sobre o setor, 60% a 70% das perdas são causadas por pacientes não segurados que não tem condições de pagar pelo serviço. Em seguida, a segunda maior causa é de pacientes segurados que não conseguem arcar com os preços de co-participação e dedutíveis. Em média os hospitais coletam cerca de 50% do valor de co-participações. Por último, e menos representativo, as negações na cobertura de determinados serviços pelos operadores de planos de planos de saúde também geram perdas. Isso ocorre geralmente com erros nos preenchimentos de formulários que são submetidos para pagamento pelo plano.

#### **4.2.6**

##### **Estrutura de Custos**

De acordo as informações dispostas no relatório, os hospitais detém um estrutura intensiva em pessoal, representando em média cerca de 45% da receitas. A gestão desses custos é crucial para manter a rentabilidade do negócio. Historicamente, estes custos subiram de 4-5% devido à falta de mão de obra especializada, principalmente enfermeiras, que consistem na maior parte do pessoal. Entretanto, em 2014, como reflexo de uma economia ainda em recuperação e da queda do volume de pacientes, a demanda por parte dos hospitais desacelerou, aliviando a pressão nesses custos. Em relação aos insumos, outro representativo custo da operação, estes também tem crescido menos ao longo últimos anos, principalmente pela queda de procedimentos cirúrgicos, que utilizam mais recursos. Pode-se dizer também que os hospitais estão conseguindo melhores termos de negociação com fornecedores, uma vez que os *players* se consolidam cada vez mais (MERRIL LYNCH REPORT, 2014).

#### 4.2.7

### Principais Participantes

No mercado hospitalar americano podem-se destacar cinco grandes *players* que possuem suas ações negociadas em bolsa. Conforme as informações dispostas em seus relatórios anuais do ano de 2014, destacam-se: a *Hospital Corporation of America* (HCA) com 166 hospitais e receita de \$ 36,9 bilhões, a *Community Health Systems* (CYH) com 203 hospitais e \$ 18,6 bilhões de receita, a *Tenet Healthcare* com 80 hospitais e \$ 17,9 bilhões de receita, a *Universal Health Services* com 24 hospitais e \$ 8,1 bilhões de receita e por último a *Life Point Hospitals* com 64 hospitais e \$ 4,5 bilhões de receita. Estas empresas representaram juntas 108 mil leitos e um total de 3,1 milhões de pacientes atendidos em sua rede de serviços. Esses números sugerem para um mercado privado de hospitais bastante maduro e consolidado.

	Receita 2014 ( US\$ BN)	Hospitais	Leitos Licenciados	Admissões
HCA	36,9	166	43.356	1.795.300
CYH	18,6	203	30.137	892.536
THC	17,9	80	20.814	202337
UHS	8,1	24	5.776	251.165
LPNT	4,5	64	8.254	221.587
	<b>86,0</b>	<b>537</b>	<b>108.337</b>	<b>3.160.588</b>

**Tabela 8 – Principais *Players* Americanos**

*Fonte: Relatórios Anual das Empresas*

## 5

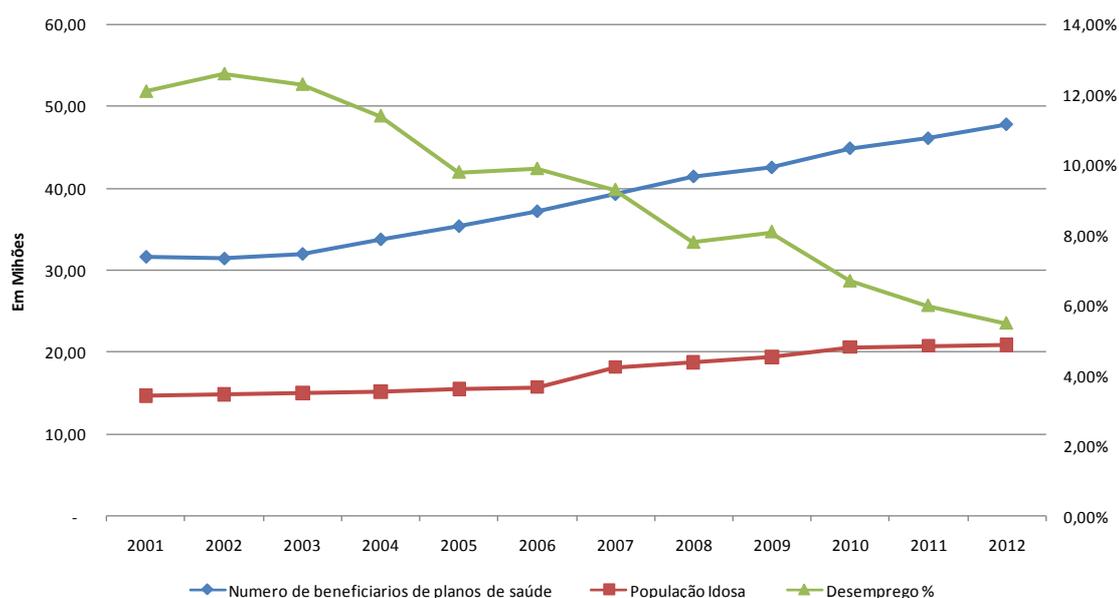
## ANÁLISE EMPÍRICA

## 5.1

## Análise Proposta

Conforme exposto nos últimos capítulos, o setor de saúde suplementar é de suma importância para atender as demandas de saúde da população brasileira. Foram apresentados diversos indicadores que tornam as perspectivas de investimentos no setor bastante promissoras, principalmente no setor hospitalar. O objetivo desta seção é fazer uma análise empírica dos fatores que levaram ao crescimento do setor e que possivelmente ainda representam oportunidades para o futuro.

O gráfico abaixo apresenta relação entre as seguintes variáveis: o número de beneficiários, o número da população idosa no país e as taxas de desemprego. Nota-se que enquanto as taxas de desemprego tiveram uma trajetória decrescente principalmente em função do período de grande prosperidade econômica do país, o número de beneficiários aumentou consideravelmente juntamente com a renda disponível dos indivíduos. Além disso, consegue-se observar uma correlação positiva do número da população idosa com o número de detentores de plano de saúde.



**Gráfico 21: Beneficiários, Taxa de Desemprego e População Idosa 2001 – 2012**

Fonte: IBGE e DATASUS

## 5.2

### Dados

Para o estudo econométrico foram utilizadas informações anuais do período entre 2001 e 2012. O número de beneficiários foi extraído das informações disponíveis no Caderno da ANS, publicação realizada pela reguladora que contempla a *performance* do setor. Para o número de idosos utilizou-se dados do DATASUS e para a taxa de desemprego recorreu-se aos dados do IBGE, a partir da Pesquisa Mensal do Emprego.

## 5.3

### Método

A regressão foi rodada utilizando-se os recursos econométricos do Software GRETL. Para a sua realização, foi utilizado o método de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). A estrutura das regressões se deu da seguinte forma:

$$\text{Beneficiários} = \alpha + \beta_1 \text{Taxa de Desemprego} + \beta_2 \text{População Idosa} + \varepsilon$$

Onde  $\beta$ 's são os coeficientes,  $\alpha$  uma constante e  $\varepsilon$  o resíduo.

## 5.4

### Resultado

Após rodada a regressão os resultados encontrados foram os seguintes:

	<i>Coefficiente</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>razão-t</i>	<i>p-valor</i>	
Const	3,67686e+07	5,55599e+06	6,6178	<0,0001	***
Desemprego	-1,46937e+06	202649	-7,2508	<0,0001	***
Pop_Idosa	0,889233	0,207415	4,2872	0,0020	***
Média var. dependente	38665439	D.P. var. dependente	5872760		
Soma resíd. quadrados	2,77e+12	E.P. da regressão	555238,6		
R-quadrado	0,992687	R-quadrado ajustado	0,991061		
F(2, 9)	2083,682	P-valor(F)	1,00e-12		
Log da verossimilhança	-174,0270	Critério de Akaike	354,0540		
Critério de Schwarz	355,5087	Critério Hannan-Quinn	353,5154		
Rô	-0,576547	Durbin-Watson	2,884243		

**Tabela 9 – Modelo 1: MQO, usando as observações 2001-2012 (T = 12)**  
**Variável dependente: Num\_Beneficiários**

Os resultados nos levam as seguintes conclusões: de acordo com o p-valor, as variáveis de desemprego e da população idosa são estatisticamente diferentes de zero a um nível de significância de 1%. A interpretação dos resultados pode ser feita da seguinte maneira: o aumento em uma unidade no nível de desemprego diminui em 1,46 unidades o número de beneficiários de plano de saúde. Analogamente, o aumento em uma unidade da população idosa, leva a um aumento de 0,88 no número detentores de planos de saúde. Ao analisar o R2 ajustado da regressão, definido como o percentual de vezes em que a hipótese nula é rejeitada, observa-se um valor de 0,991, o que nos permite dizer que o modelo foi bem especificado. Assim as variáveis independentes explicam 99,1 % da variação da variável dependente.

O resultado da regressão sustenta que essas duas variáveis têm impacto relevante para o mercado suplementar. Uma hipótese para a causalidade negativa do desemprego no número de beneficiários é a de que como a maioria dos planos são corporativos, ao se perder o emprego perde-se também o benefício. Constou-se também que o aumento do número de idosos causa o aumento do número de beneficiários planos de saúde. A hipótese para essa relação é a de que as pessoas idosas consideram fundamental estarem seguradas devido à maior probabilidade de contrair problemas de saúde. Além disso, pode-se supor que a necessidade do benefício torna-se uma preocupação familiar, com filhos ajudando os pais a adquirirem um plano.

## 6.

### CONCLUSÃO

O principal objetivo deste trabalho foi apresentar um cenário promissor para o mercado de saúde brasileiro nos próximos anos, em especial para o setor privado hospitalar. Primeiramente analisou-se o setor público de saúde, representado pelo SUS. Foi demonstrado que apesar de ser um projeto ambicioso do Estado para garantir a saúde como um direito universal para os brasileiros, o SUS ainda enfrenta grandes dificuldades. Mesmo que realizados grandes avanços em comparação ao período que o antecedeu, o SUS ainda padece de questões crônicas como a falta de recursos e de boa gestão que o impedem de alcançar as metas de universalidade. Esses problemas se traduzem em uma estrutura precária de serviços públicos de saúde, gerando grande insatisfação e até mesmo riscos para os seus 150 milhões de usuários.

Como alternativa ao sistema público, o mercado suplementar de saúde desenvolveu-se rapidamente ao longo dos últimos 20 anos. Foi visto que o número de beneficiários atingiu a marca de 50 milhões de pessoas em 2015, um número bastante representativo de indivíduos que compõe o mercado consumidor dos serviços hospitalares. Na última seção deste trabalho foi realizado um estudo empírico, onde se constatou que o aumento do número de beneficiários ocorridos no período entre 2001 a 2012 foi causado em parte pela diminuição do nível de desemprego e aumento da população idosa. Assim, mostrou-se que variações nessas duas variáveis foram estatisticamente significativas para a demanda por serviços hospitalares por meio do aumento do número de beneficiários.

A configuração do setor foi estudada através da apresentação de seus principais participantes: as operadoras de planos de saúde e os hospitais privados. Notou-se que os crescentes custos na assistência, reflexos de fatores como envelhecimento da população, do avanço tecnológico do setor e dos conflitos judiciais representam um enorme desafio para os próximos anos, ameaçando a solvência financeira das operadoras assim como de toda a cadeia suplementar.

A relação entre esses agentes mostrou-se bastante conflituosa, com interesses divergentes, principalmente diante do modelo de remuneração adotado entre as partes. A predominância do *fee for service* é responsável por gerar grandes ineficiências e

por pressionar ainda mais os crescentes custos das operadoras. Modelos prospectivos como o pagamento baseado em DRG`s podem ser vistos como uma solução para amenizar estes conflitos e garantir a maior eficiência do setor. No escopo regulatório, a presença da ANS provou-se essencial para corrigir as falhas de mercado causadas por assimetrias de informações entre beneficiários, operadoras e hospitais.

Diferentemente do mercado de operadoras de plano saúde, marcado por uma enorme concentração, os *players* hospitalares ainda mostram-se bastante fragmentados e com carência de investimentos. A recente autorização para o capital estrangeiro no setor vem ocasionando o início de um processo de consolidação já iniciado pela Rede D'Or São Luiz. A empresa já é o maior grupo de hospitais independentes, baseando-se em uma estratégia agressiva de expansão através de fusões e aquisições.

A seção que apresentou o mercado de saúde americano indicou que o país responsável pelo maior gasto no setor ainda enfrenta graves problemas estruturais, como o elevado número de pessoas não seguradas e, portanto, sem acesso a serviços de saúde. O setor hospitalar americano apresentou características semelhantes ao mercado de saúde suplementar brasileiro. Fora o fato dos programas governamentais serem os maiores financiadores dos hospitais, são características comuns aos dois: um sistema baseado no poder de barganha entre operadores e hospitais, um dinâmico processo de fusões e aquisições, a preocupação com as glosas e a crescente pressão nos custos. O setor americano demonstrou a presença de grandes *players* que se consolidaram de maneira semelhante ao processo que vem sendo vivenciado, por exemplo, pela Rede D'Or São Luiz no Brasil. Assim pode-se considerar as empresas americanas como um grande *benchmark* para o setor brasileiro.

Por fim, pode-se concluir que diante de todos os fatos apresentados ao longo deste estudo, as perspectivas para o investimento no setor hospitalar são bastante positivas, com o provável aparecimento de grandes participantes nos próximos anos. Deve-se ter em mente que o setor vem se tornando alvo do interesse de investidores que buscam, acima de tudo, o retorno financeiro. Isso deve ser objeto de grande atenção pelos reguladores, uma vez que o cuidado com o paciente deve ser priorizado frente às pressões por maiores rentabilidades.

## 7

**Referências Bibliográficas**

ANDREAZZI, M.F.S. Formas de Remuneração de Serviços de Saúde. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada** – Texto para Discussão, 1006. Brasília, dezembro de 2003.

BAHIA, L. **Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão**. Relatório Final, 2009. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/Abrasco%20Divulga/Relatorio.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BALDASSARE, R.M. *et al.* **Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro**. Tese de Mestrado do Departamento em Administração de empresas da Fundação Getúlio Vargas, 2014.

BANCO MUNDIAL. **En Breve: Hospital Performance and Health Quality Improvements in São Paulo (Brazil) and Maryland (USA)**. Vol 156, Junho de 2010. Disponível em: <[http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/257803-1269390034020/EnBreve\\_156\\_Printable.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/257803-1269390034020/EnBreve_156_Printable.pdf)> Acesso em: 25 out. 2015.

BESSA, R.M. *et al.* **Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro**. Tese de Mestrado do Departamento em Administração de empresas da Fundação Getúlio Vargas, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> . Acesso em: 20 out. 2015, às 10:15.

BRASIL. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.** Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L5764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5764.htm)> Acesso em: 10 nov. 2015, às 10:13.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)> Acesso em: 1 nov. 2015, às 17:44.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)> Acesso em: 5 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm)> Acesso em: 20 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei 9.656/9.837, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm)> Acesso em: 12 out. 2015.

BRASIL. **Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)> Acesso em: 23 set. 2015.

BRASIL. **LEI Nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015.** Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores. Disponível: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/L13097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13097.htm)> Acesso em: 11 nov. 2015.

BRASIL (Ministério da Saúde). MS 1997. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, Ministério da Saúde. 1997.

\_\_\_\_\_. Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Diretrizes operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União 2001; 29 jan. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html) . Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União 2002; 28 fev.

CHERCHIGLIA, M.L. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 1994.

CMS. Centers for Medicare & Medicaid Services. **Actuarial Report on the Financial Outlook for Medicaid**. United States Department of Health & Human Services, 2014.

COHEN, Robin A., Ph.D., and MARTINEZ, Michael E., M.P.H. Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, 2014. In **Division of Health Interview Statistics**, National Center for Health Statistics, 2015.

DALMATI, C. F. *et al.* Aplicação do método de DRGs para classificação das internações hospitalares da região de Ribeirão Preto. In: **Congresso Brasileiro em Informática em Saúde**, vol. XIII, 2012.

DAVID, U.H. Medical Bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. In: **The American Journal of Medicine**, 2009.

FREITAS, M. A. *et al.* **A avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao sistema único de saúde**. Tese de Mestrado do Departamento em Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, 2011.

HUSSER, J.; GUERIN, O.; BRETONES, D. The incentive effects of DRG's reimbursement rates for health care establishments. In **France: towards a new allocation of surgical procedures?** International Business Research, v. 5, n. 12, 2012.

KISHIMA, Vanessa Sayuri Chaer *et al.* **Avanços e desafios na gestão municipal do SUS: um retrato das contratações de pessoas e serviços no Estado de São Paulo**. Tese de Doutorado do Departamento em Administração de empresas da Fundação Getúlio Vargas, 2012.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2008.

LARA, Natalia. **Diagnosis Related Groups (DRG's) e seus efeitos sobre os custos e a qualidade dos serviços hospitalares**. Textos para Discussão nº 54-2015. 2015.

LEISTER, J. E. **Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality**. Health Policy, v. 74, n. 1, 2005.

MERRIL LYNCH, Primer. **Hospital Fundamentals-A Sector Reshaped by Reform**, Junho 2014.

NETO, Delfim *et al.* **O financiamento da saúde no Brasil e a valorização da saúde suplementar**. Estudos especiais do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), 2015.

NORONHA, M. F. *et al.* O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"-DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, 1991.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, p. 427-450, 2004.

OKAZAKI, R. **Identificação de Ineficiências na Cadeia de Valor da Saúde, a Partir da Análise da Gestão de Compras de Quatro Hospitais Privados do Município de São Paulo**. 2006. 130f. Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Provider Payments and cost-containment: lessons from OCDE countries**. Geneva: WHO, 2007.

PONGRIPUL, K.; COURTLAND, R. Hospital manipulation. In DRG system: a systematic scoping review. *Asian Biomedicine*, v. 7, n. 3, 2013.

ROBINSON, J.C. **Theory and Practice in the design of physician payment system**. *The Milkbank Quartely*, v. 79, n. 2, 2001.

SILVA, A. A. **Relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico**. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT\\_AR\\_6\\_AAAlvesdaSilva\\_RelacaoOperadorasPlanos.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2012.

TAKAHASHI, A.C.D. **Análise do Modelo de Remuneração Hospitalar no Mercado de Saúde Suplementar Paulistano**. Dissertação de Mestrado da Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2013.

TENDÊNCIAS CONSULTORIA *et al.* **Estudo econômico sobre os desafios do setor de saúde suplementar no brasil**. Estudos Especiais do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), 2015.

ZANATTA, Carolina Lopes. **Principais efeitos da regulamentação dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar**. Dissertação de Mestrado da Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2011.