

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

ANDRIZIO ALEXANDRINO DE MORAIS

EFEITOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NOS HOSPITAIS PRIVADOS FILIADOS À  
ANAHP.

SÃO PAULO  
2021

ANDRIZIO ALEXANDRINO DE MORAIS

EFEITOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NOS HOSPITAIS PRIVADOS FILIADOS À  
ANAHP.

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo da  
Fundação Getulio Vargas, como requisito  
para a obtenção do título de Mestre em  
Gestão para a Competitividade.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2021

Morais, Andrizio Alexandrino de.

Efeitos da pandemia da covid-19 nos hospitais privados filiados à ANAHP /  
Andrizio Alexandrino de Moraes. - 2021.

164 f.

Orientador: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais - Brasil. 2. Hospitais - Finanças. 3. Saúde suplementar. 4. COVID-19  
(Doença). I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola  
de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV.  
Título.

CDU 64.024.8

ANDRIZIO ALEXANDRINO DE MORAIS

EFEITOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NOS HOSPITAIS PRIVADOS FILIADOS À  
ANAHP.

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Data de Aprovação: 29/07/2021.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Malik (Orientador)  
FGV-EAESP

---

Prof. Dr. Walter Cintra Ferreira Júnior  
FGV-EAESP

---

Prof. Dr. Olímpio José Nogueira Viana Bittar  
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela oportunidade da vida num período em que até o momento, mais de 4 milhões de pessoas no mundo, perderam suas vidas na pandemia.

Aos cientistas e a todos os profissionais da área de saúde que atuaram na linha de frente, nas pesquisas e na gestão de serviços de saúde públicos e privados no enfrentamento a pandemia da COVID-19.

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Malik, por todo o direcionamento durante o processo de pesquisa. Suas provocações intelectuais foram de suma importância para o resultado desta dissertação.

A ANAHP pelas publicações e a seriedade no trabalho desenvolvido junto aos hospitais privados.

Agradeço aos meus colegas de sala, pois as trocas de experiências que compartilhamos nesta jornada, contribuíram para meu desenvolvimento acadêmico e profissional, além das amizades que levo para a vida.

Agradeço a todo o time de *back office* da FGV-EASP, que sempre foi muito prestativo. Em especial a Mayara Alves de Souza - Assistente executiva da secretaria do MPGC.

Agradeço, também, a todos os professores da FGV-EAESP, MPGC, linha de Saúde, pelo amplo conhecimento e experiências que foram compartilhadas em sala de aula.

Em especial, agradeço a toda a minha família pelo apoio incondicional e incentivo ao meu desenvolvimento intelectual.

A Deus pela oportunidade e a toda a minha família que estão vibrantes por esta conquista.

## RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021) a COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) é uma doença infecciosa, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global, causada por um novo tipo de Coronavírus, denominado então como SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). A OMS tomou conhecimento do novo vírus em 31 de dezembro de 2019, após um relatório de um grupo de casos graves de pneumonia viral, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. A doença foi declarada pela OMS como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020 e como pandemia em 11 de março do mesmo ano. Globalmente até 3 de junho de 2021 a OMS registrou 171 milhões de casos confirmados de COVID-19, com 3,7 milhões de óbitos. A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar os resultados financeiros da pandemia da COVID-19, no ano de 2020, num grupo de 118 hospitais privados filiados à Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), distribuídos em 17 estados brasileiros. A pesquisa analisou se as medidas regulatórias da ANS e as medidas sanitárias governamentais no combate a pandemia da COVID-19, causaram impactos operacionais e/ou financeiros no grupo de hospitais privados. O presente trabalho aplicado se baseia em pesquisa com desenho metodológico quantitativo do tipo descritivo, transversal e retrospectivo, utilizando dados secundários disponibilizados publicamente por essa Associação. O estudo evidenciou os resultados dos seguintes indicadores: redução de 9.3 pontos percentuais na taxa de ocupação hospitalar, aumento do TMP hospitalar em 0,6 dias, redução de 20,1% nas internações hospitalares, redução de 16% nas cirurgias destes hospitais e a mudança do *case mix*. Em relação aos indicadores financeiros, identificou-se as seguintes variações nos hospitais filiados à ANAHP: redução de 7.13 pontos percentuais na participação de receitas das OPS, aumento de 4 pontos percentuais na participação de receitas do Sistema Único de Saúde (SUS), aumento de 13,34% nas despesas total por paciente dia *versus* 8,41% na receita líquida por paciente dia, aumento expressivo de 39,43% nas despesas total por saída hospitalar *versus* 23,67% na receita líquida total por saída hospitalar e redução de 4.4 pontos percentuais na margem EBITDA (*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*). Dentre as medidas regulatórias com impactos relevantes pode-se observar que, por questões sanitárias, a agência reguladora

suspendeu os procedimentos eletivos por 77 dias e ampliou a cobertura de 8 novos exames para diagnóstico da COVID-19 aos beneficiários de planos de saúde. Além disto publicou RN com o incremento de 69 novos procedimentos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde aos beneficiários. Em relação às medidas governamentais identificou-se a instituição do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e medidas sanitárias preventivas. Entre as restrições pode-se destacar a contratação e/ou requisição de leitos privados, bem como decretos com suspensões de procedimentos, exames e cirurgias eletivas.

**Palavras-chave:** pandemia da COVID-19, hospital privado, saúde suplementar, impacto financeiro, margem EBITDA.



## **ABSTRACT**

According to the World Health Organization (WHO) (2021), COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) is an infectious, potentially serious, highly transmissible and globally distributed disease, caused by a new type of Coronavirus, then called SARS- CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2). WHO became aware of the new virus on December 31, 2019, following a report of a group of severe cases of viral pneumonia in Wuhan City, Hubei Province, People's Republic of China. The disease was declared by WHO as a Public Health Emergency of International Importance (ESPII) on January 30, 2020 and as a pandemic on March 11 of the same year. Globally as of June 3, 2021, WHO has registered 171 million confirmed cases of COVID-19, with 3.7 million deaths. This research aims to analyze the financial results of the COVID-19 pandemic, in 2020, in a group of 118 private hospitals affiliated to the National Association of Private Hospitals (ANAHP), distributed in 17 Brazilian states. The research analyzed whether ANS regulatory measures and government sanitary measures in combating the COVID-19 pandemic caused operational and/or financial impacts in the group of private hospitals. The present applied work is based on research with a quantitative methodological design of a descriptive, transversal and retrospective type, using secondary data made publicly available by this Association. The study showed the results of the following indicators: reduction of 9.3 percentage points in the hospital occupancy rate, increase in hospital TMP by 0.6 days, reduction of 20.1% in hospital admissions, reduction of 16% in surgeries in these hospitals and change the case mix. Regarding financial indicators, the following variations were identified in ANAHP-affiliated hospitals: reduction of 7.13 percentage points in the share of OPS revenues, increase of 4 percentage points in the share of revenues from the Unified Health System (SUS), increase in 13.34% in total expenses per patient per day versus 8.41% in net income per patient per day, a significant increase of 39.43% in total expenses per hospital discharge versus 23.67% in total net income per hospital discharge and reduction of 4.4 percentage points in the EBITDA margin (Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization). Among the regulatory measures with relevant impacts, it can be observed that, for sanitary reasons, the regulatory agency suspended the elective procedures for 77 days and expanded the coverage of 8 new COVID-19 diagnostic tests to beneficiaries of health plans. In

addition, it published RN with the addition of 69 new procedures in the List of Procedures and Events in Health for beneficiaries. In relation to government measures, the institution of the Emergency Program for the Maintenance of Employment and Income and preventive sanitary measures was identified. Among the restrictions, the hiring and/or requisition of private beds can be highlighted, as well as decrees suspending procedures, exams and elective surgeries.

**Keywords:** COVID-19 pandemic, private hospital, supplementary health, financial impact, EBITDA margin.

## LISTA DE SIGLAS

ABRAMED	Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica
ABS	Associação Brasileira de Startups
ACI	<i>Accreditation Canada International</i>
ACT	<i>Access to COVID-19 Tools</i>
AI	<i>Artificial Intelligence</i>
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
AMR	Resistência Antimicrobiana
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AR	<i>Augmented Reality</i>
ASSNT	Assessoria Normativa
B3	Brasil, Bolsa e Balcão
BACEN	Banco Central do Brasil
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAMSS	Câmara de Saúde Suplementar
CDC	<i>Centers of Disease Control and Prevention</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONSU	Conselho e Saúde Suplementar
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DASA	Diagnósticos da América Sociedade Anônima
DF	Distrito Federal
DIAS®	<i>DNV International Accreditation Standard</i>
DICOL	Diretoria Colegiada

DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIGES	Diretoria de Gestão
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DIRAD	Diretoria Adjunta
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
DUT	Diretriz de Utilização
EBITDA	<i>Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization</i>
EMD	Empresas de Medicina Diagnóstica
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEBASE	Federação Baiana de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
FEHERJ	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
FEHOESC	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina
FEHOESG	Federação dos Hospitais, Laboratórios, Clínicas de Imagem e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás
FEHOESP	Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e de Análises Clínicas e demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo
FEHOSPAR	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Paraná
FEHOSUL	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul
FENAESS	Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FFS	<i>Fee For Service</i>
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GNDI	Grupo NotreDame Intermédica
GDH	Grupo de Diagnósticos Homogêneos

GT	Grupo Técnico
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HM	Honorários Médicos
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i>
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFA	Insumo Farmacêutico Ativo
IgG	Imunoglobulina classe G
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IoT	<i>Internet of Things</i>
IOT	Intubação orotraqueal
IPO	<i>Initial Public Offerings</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
LAJIDA	Lucros Antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização
MCMs	<i>Medical Countermeasures</i>
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIE	Organização Internacional de Epizootias
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OPS	Operadora de Plano de Saúde
P4P	Pagamento por Performance
PA	Pronto Atendimento
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PIB	Produto Interno Bruto
PRESI	Presidência
PROUT	Protocolo de Utilização
PS	Pronto-Socorro
RAHIS	Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde

RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
RPS	Registro de Planos de Saúde
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RT-PCR	<i>Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction</i>
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAGE	Grupo Consultivo Estratégico de Peritos em Vacinas
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SEGER	Secretaria Geral
SINHA	Sistema de Indicadores Hospitalares ANAHP
STF	Supremo Tribunal Federal
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
SS	Saúde Suplementar
TAG	Grupo Consultivo Técnico
TMP	Tempo Médio de Permanência
UF	Unidade Federativa
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTSI	Unidade de Terapia Semi Intensiva
VR	<i>Virtual Reality</i>

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição das variantes de preocupação do SARS-CoV-2.....	25
Quadro 2- Distribuição global das variantes de interesse do SARS-CoV-2 .....	25
Quadro 3- Distribuição global e por região do número de casos confirmados, óbitos e taxa de letalidade por COVID-19.....	28
Quadro 4- Distribuição global e por país, do número de casos confirmados, óbitos e taxa de letalidade por COVID-19.....	29
Quadro 5- Distribuição histórica da receita bruta por fonte pagadora dos hospitais filiados à ANAHP .....	36
Quadro 6- Distribuição histórica da receita bruta por natureza dos hospitais filiados à ANAHP .....	40
Quadro 7- Distribuição histórica quantitativa dos Hospitais no Brasil.....	53
Quadro 8- Distribuição de hospitais privados e beneficiários de OPS por Região ....	55
Quadro 9- Distribuição comparativa proporcional dos hospitais privados <i>versus</i> beneficiários de OPS por UF.....	57
Quadro 10- Distribuição da série histórica do número e proporção de leitos hospitalares públicos e privados .....	63
Quadro 11- Distribuição dos leitos hospitalares privados por Região .....	65
Quadro 12- Distribuição e representatividade (%) de leitos hospitalares privados, beneficiários de OPS por UF.....	67
Quadro 13- Distribuição da amostra de OPS e beneficiários monitorados pela ANS na pandemia da COVID-19 .....	77
Quadro 14- Distribuição da série histórica do custo por diária e tipo de internação..	81
Quadro 15- Distribuição comparativa da quantidade de EPIs para tratamento de paciente com diagnóstico de COVID-19 <i>versus</i> paciente com demais patologias ....	82
Quadro 16- Distribuição da série histórica do TMP hospitalar (em dias) por tipo de internação hospitalar .....	83
Quadro 17- Distribuição do custo unitário total (R\$) de internação .....	84
Quadro 18- Distribuição do ranking do número de transações por fusões e aquisições no Brasil .....	93
Quadro 19- Distribuição do número e proporção dos hospitais filiados à ANAHP por UF .....	115
Quadro 20 - Distribuição dos hospitais filiados à ANAHP por UF .....	116

Quadro 21- Distribuição do número de creditações nacionais e internacionais dos hospitais filiados à ANAHP em 2020 .....	117
Quadro 22- Distribuição comparativa da série histórica da taxa de ocupação .....	121
Quadro 23- Distribuição da série histórica trimestral comparativa do TMP em hospitais filiados à ANAHP .....	126
Quadro 24- Distribuição comparativa do TMP e participação proporcional (%) das internações hospitalares segundo o capítulo do CID-10 .....	130
Quadro 25- Estimativa de lucro líquido (R\$) e margem líquida (%) dos hospitais filiados à ANAHP .....	133
Quadro 26- Distribuição dos prazos máximos para atendimento de beneficiários pelas OPS.....	138



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição das despesas com saúde pública e privada no Brasil em 2020 .....	35
Gráfico 2- Distribuição das OPS médico-hospitalares e odontológicas no Brasil.....	45
Gráfico 3– Distribuição da série histórica do número de beneficiários de planos privados de saúde médico-hospitalares e odontológicos .....	45
Gráfico 4- Distribuição histórica da taxa de cobertura por planos privados de saúde médico-hospitalares e odontológicos .....	46
Gráfico 5- Distribuição histórica percentual de Hospitais Públicos e Privados no Brasil .....	54
Gráfico 6- Distribuição comparativa de hospitais privados <i>versus</i> beneficiários de OPS .....	56
Gráfico 7- Distribuição proporcional de hospitais privados, por porte populacional do município no Brasil .....	58
Gráfico 8- Distribuição dos hospitais privados por porte hospitalar no Brasil .....	59
Gráfico 9- Distribuição proporcional de hospitais privados com e sem vínculo ao SUS .....	60
Gráfico 10- Distribuição histórica de aberturas e fechamentos de hospitais privados .....	61
Gráfico 11- Distribuição da série histórica do número total geral de leitos hospitalares .....	62
Gráfico 12- Distribuição da série histórica da densidade de leitos hospitalares por 1.000 habitantes.....	64
Gráfico 13- Distribuição percentual de leitos hospitalares privados <i>versus</i> beneficiários de planos de saúde por Região.....	65
Gráfico 14- Distribuição dos leitos hospitalares privados, por porte populacional do município .....	68
Gráfico 15- Distribuição dos leitos hospitalares privados, por porte hospitalar .....	69
Gráfico 16- Distribuição dos leitos hospitalares privados com e sem vínculo ao SUS .....	70
Gráfico 17- Distribuição do número e proporção de leitos hospitalares privados, por tipo de hospital .....	71
Gráfico 18- Distribuição do número de beneficiários das OPS e novos casos diários	

de COVID-19.....	76
Gráfico 19- Distribuição da série histórica de leitos hospitalares na S.S. na pandemia da COVID-19.....	77
Gráfico 20- Distribuição da série histórica da proporção de leitos hospitalares para à COVID-19.....	78
Gráfico 21- Distribuição da série histórica da proporção de leitos hospitalares comum e UTI para à COVID-19 .....	79
Gráfico 22- Distribuição da série histórica de taxa de ocupação de leitos para à COVID-19 e demais procedimentos .....	80
Gráfico 23- Distribuição da série histórica da taxa sinistralidade mediana de caixa .	84
Gráfico 24- Distribuição da série histórica da taxa de pacientes atendidos no PS com suspeita diagnóstica de COVID-19 .....	85
Gráfico 25- Distribuição da série histórica da Taxa de Incidência de COVID-19.....	86
Gráfico 26- Distribuição da série histórica da Taxa de atendimentos de urgência e emergência convertidos em internação hospitalar por diagnóstico de COVID-19.....	86
Gráfico 27- Distribuição da série histórica da Taxa de letalidade por diagnóstico de COVID-19.....	87
Gráfico 28- Distribuição da série histórica do número de OPS médico-hospitalares	89
Gráfico 29- Distribuição da série histórica da taxa de ocupação hospitalar .....	121
Gráfico 30- Distribuição da taxa de ocupação hospitalar em países, saúde suplementar e hospitais filiados à ANAHP .....	122
Gráfico 31- Distribuição da série histórica da taxa de ocupação hospitalar geral entre hospitais filiados à ANAHP e hospitais de 50 OPS com rede própria hospitalar.....	123
Gráfico 32- Distribuição da série histórica da taxa de ocupação de leitos hospitalares de UTI nos hospitais filiados à ANAHP .....	124
Gráfico 33- Distribuição da série histórica da taxa de ocupação de leitos hospitalares de UTI nos hospitais filiados à ANAHP e hospitais de 50 OPS com rede própria hospitalar.....	125
Gráfico 34- Distribuição da série histórica do TMP nos hospitais filiados à ANAHP	126
Gráfico 35- Distribuição do TMP hospitalar (dias) por faixa etária nos hospitais filiados à ANAHP .....	127
Gráfico 36- Distribuição do TMP dos hospitais filiados à ANAHP e países selecionados da OECD .....	128
Gráfico 37- Distribuição da série histórica da receita líquida e despesa total por	

paciente-dia.....	131
Gráfico 38- Distribuição da série histórica da receita líquida e despesa total por saída hospitalar.....	132
Gráfico 39- Distribuição do EBITDA por trimestre e por ano.....	135

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Linha do tempo das ESPII declaradas pela OMS .....	26
Figura 2- Linha do tempo do primeiro ano de pandemia da COVID-19 .....	31
Figura 3 - Modalidades das OPS conforme ANS .....	44
Figura 4 - Porte das Operadoras de Planos de Saúde no Brasil.....	46
Figura 5 - Principais características por tipo de plano de saúde das OPS .....	49
Figura 6 - Visão Geral do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil em 2020 .....	52
Figura 7- Distribuição da variação do PIB nos países no ano de 2020 <i>versus</i> 2019.	90
Figura 8- Distribuição da série histórica do número de fusões e aquisições no Brasil .....	91
Figura 9- Distribuição do EBITDA e número de hospitais da Rede Dor São Luiz .....	95
Figura 10- Distribuição da série histórica do Ranking do valor de mercado de empresas de saúde listadas na B3 .....	96
Figura 11- Distribuição da série histórica de aquisições da OPS Grupo NotreDame Intermédica.....	97
Figura 12- Visão geral da fusão anunciada entre as duas maiores OPS no Brasil, Hapvida e GNDI- 2021 .....	99
Figura 13- Distribuição da série histórica do número de Healthtechs no Brasil.....	101
Figura 14- Distribuição das tendências que definirão o modelo assistencial do futuro na visão da ANAHP .....	104
Figura 15- Visão geral da ANAHP para os desafios do modelo assistencial do futuro .....	105
Figura 16- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas .....	112
Figura 17- Matriz de impactos positivos e negativos da pandemia da COVID-19 em 2020 nos Hospitais Privados – Resumo Geral .....	148

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	23
2. OBJETIVOS.....	32
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	33
3.1 Visão geral do setor Saúde Suplementar no Brasil.....	33
3.1.1 A Saúde Suplementar no Brasil.....	33
3.1.2 Fontes de receitas dos hospitais privados filiados à ANAHP .....	35
3.1.3 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) .....	40
3.2 Hospitais e leitos hospitalares privados no Brasil .....	53
3.2.1 Visão geral dos hospitais no Brasil .....	53
3.2.2 Os Hospitais privados no Brasil .....	54
3.2.2.1 Hospitais privados por Região .....	54
3.2.2.2 Hospitais privados por UF .....	56
3.2.2.3 Hospitais privados por porte populacional do município .....	57
3.2.2.4 Hospitais privados por porte hospitalar .....	58
3.2.2.5 Hospitais privados por tipo de atendimento .....	59
3.2.2.6 Histórico de abertura e fechamentos de hospitais privados no Brasil .....	60
3.2.3 Visão geral dos leitos hospitalares no Brasil .....	61
3.2.3.1 Leitos hospitalares em hospitais públicos e privados.....	62
3.2.3.2 Densidade de leitos hospitalares por 1.000 habitantes no Brasil ....	63
3.2.3.3 Leitos hospitalares privados por Região .....	64
3.2.3.4 Leitos hospitalares privados por UF .....	66
3.2.3.5 Leitos hospitalares privados por porte populacional do município ..	68
3.2.3.6 Leitos hospitalares privados por porte hospitalar .....	68
3.2.3.7 Leitos hospitalares privados por tipo de atendimento .....	69
3.2.3.8 Leitos hospitalares privados por tipo de hospital.....	70

3.3	A Importância dos indicadores na gestão hospitalar .....	71
3.4	Impactos gerais da pandemia da COVID-19 na Saúde Suplementar .....	74
3.4.1	Indicadores da COVID-19 nos hospitais filiados à ANAHP. ....	85
3.5	A Saúde Suplementar no Brasil no início da terceira década do século XXI	87
3.5.1	Breve cenário de fusões e aquisições no mercado de saúde brasileiro	91
3.5.2	O cenário das <i>Startups Healthtechs</i> no Brasil .....	100
3.5.3	A visão da ANAHP para o futuro da saúde.....	103
3.5.4	Visão de futuro da saúde da OMS, OPAS, ONU e ANAHP no início da terceira década do século XXI .....	106
4.	METODOLOGIA .....	113
5.	DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	120
6.	CONCLUSÕES.....	149
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	155

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo a OMS<sup>1</sup> (2021) a COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) é uma doença infecciosa, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global, causada por um novo tipo de Coronavírus, denominado então como SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*).

O escritório da OMS na China tomou conhecimento deste novo vírus em 31 de dezembro de 2019, após um relatório de um grupo de casos graves de pneumonia viral, causada por um novo tipo de Coronavírus na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. No Brasil o primeiro caso com COVID-19, foi diagnosticado na cidade de São Paulo, pelo Hospital Israelita Albert Einstein, em 25 de janeiro de 2020<sup>2</sup>, em um homem de 61 anos de idade, que havia retornado de uma viagem a trabalho pela Itália, onde permanecera entre os dias 9 e 21 de fevereiro.

Segundo a OMS as pessoas com o diagnóstico de COVID-19 podem apresentar a seguinte sintomatologia clínica<sup>3</sup>:

Os sintomas mais comuns de COVID-19 são: febre, tosse seca e fadiga. Outros sintomas que são menos comuns e podem afetar alguns pacientes incluem: perda de paladar ou cheiro, congestão nasal, conjuntivite (também conhecida como olhos vermelhos), dor de garganta, dor de cabeça, dores musculares ou articulares, diferentes tipos de erupções cutâneas, náusea ou vômito, diarreia, calafrios ou tonturas. Os sintomas de doença COVID-19 grave incluem: falta de ar, perda de apetite, confusão, dor persistente ou pressão no peito, alta temperatura (acima de 38 ° C). Outros sintomas menos comuns são: irritabilidade, confusão, consciência reduzida (às vezes associada a convulsões), ansiedade, depressão, distúrbios do sono, complicações neurológicas mais graves e raras, como derrames, inflamação do cérebro, delírio e danos aos nervos. (OMS, 2020).

---

<sup>1</sup> A OMS (Organização Mundial da Saúde) ou WHO (World Health Organization), é uma agência especializada da ONU, destinada às questões relativas à saúde. Fundada em 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), possui 194 Estados-Membros, tem mais de 8.000 profissionais trabalhando em 150 escritórios nacionais, 6 escritórios regionais e na sua sede em Genebra na Suíça. A principal função da OMS é dirigir e coordenar a saúde internacional dentro do sistema das Nações Unidas. A OMS tem como princípio de que a Saúde é o estado completo de bem-estar psicológico, físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. A OMS lidera os esforços globais para expandir a cobertura universal de saúde, dirige e coordena as respostas mundiais às emergências de saúde pública, atua no combate de surtos epidemiológicos, proporciona a cooperação técnica a seus membros na luta contra as doenças, elabora políticas de saúde, promove campanhas de promoção e prevenção a saúde, desenvolve pesquisa científica de alto nível, entre outras responsabilidades dentro da sua governança. (OMS, 2021).

<sup>2</sup> O Ministério da Saúde oficializou o primeiro caso de COVID-19 no Brasil em 26/02/2020.

<sup>3</sup> Como este trabalho foi desenvolvido durante a pandemia que se encontra em curso, há probabilidade de se identificar novos sintomas devido ao progresso das pesquisas científicas e/ou devido a evolução do vírus com novas mutações, variantes ou cepas do COVID-19.

Para OMS (2021) o vírus se espalha principalmente por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal, quando uma pessoa infectada tosse ou espirra. Entre a exposição ao vírus e o surgimento da sintomatologia clínica passam em média de 5 a 6 dias, podendo variar de 1 a 14 dias. Entre as pessoas que desenvolvem sintomas, cerca de 80% da população diagnosticada com COVID-19 apresenta quadros assintomáticos<sup>4</sup> ou oligossintomáticos<sup>5</sup> e se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Cerca de 15% desta população requer atendimento hospitalar, pois fica gravemente doente apresentando dificuldade respiratória e necessitando de oxigênio; 5% desta população fica gravemente doente e requer cuidados de medicina intensiva, para tratamento de insuficiência respiratória grave, com suporte ventilatório entre outros protocolos vigentes.

Para a OMS (2021) os quadros clínicos que podem evoluir para óbito são:

As complicações que levam à morte podem incluir insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), sepse e choque séptico, tromboembolismo e / ou insuficiência de múltiplos órgãos, incluindo lesão do coração, fígado ou rins. Em raras situações, as crianças podem desenvolver uma síndrome inflamatória grave algumas semanas após a infecção. (OMS, 2020).

Para a OMS (2021) os grupos populacionais com o maior risco de contrair a doença são:

Pessoas com 60 anos ou mais e aqueles com problemas médicos subjacentes, como hipertensão, problemas cardíacos e pulmonares, diabetes, obesidade ou câncer, correm maior risco de desenvolver doenças graves. (OMS, 2020).

No entanto, a própria OMS ressalta que qualquer pessoa pode contrair a doença da COVID-19, ficar gravemente doente ou evoluir para o óbito, em qualquer faixa etária e com qualquer condição de saúde. Segundo o *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC)<sup>6</sup> (2020), os vírus passam constantemente por de mutações, onde uma variante pode apresentar uma ou mais mutações que a diferenciam de outras variantes do vírus em circulação. Segundo a OMS (2021) desde janeiro de 2020 em colaboração internacional com parceiros, redes de especialistas, autoridades

---

<sup>4</sup> Assintomáticos: pacientes que contraíram o vírus, mas não apresentaram nenhum sintoma durante todo o período de desenvolvimento da doença.

<sup>5</sup> Oligossintomáticos: pacientes com poucos sintomas.

<sup>6</sup> O *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC ou Centros de Controle e Prevenção de Doenças é uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América.



nacionais, instituições e pesquisadores têm monitorado e avaliado a evolução da SARS-CoV-2. O monitoramento tem por objetivo acompanhar a evolução do vírus para que, se mutações significativas forem identificadas, a OMS possa priorizar pesquisas, criar estratégias para combate à variante e informar os países e o público em geral sobre quaisquer mudanças necessárias na prevenção de sua disseminação.

Segundo o CDC (2020) as variantes do SARS-Cov-2 possuem as seguintes classificações e conceitos:

Variedade de preocupação: variedade para a qual há evidências de um aumento na transmissibilidade, doença mais grave (por exemplo, aumento de hospitalizações ou mortes), redução significativa na neutralização por anticorpos gerados durante infecção ou vacinação anterior, eficácia reduzida de tratamentos ou vacinas ou falhas na detecção de diagnóstico. (CDC, 2021).

#### Quadro 1- Distribuição das variantes de preocupação do SARS-CoV-2

Variantes monitoradas pela OMS na pandemia da COVID-19

Variedade	Linhagem	País de Origem / Mês / Ano
Alfa	B.1.1.7	Reino Unido, setembro de 2020
Beta	B.1.351	África do Sul, maio de 2020
Gama	P.1	Brasil, novembro de 2020
Delta	B.1.617.2	Índia, outubro de 2020

Fonte: elaboração própria com base nos dados da OMS, atualizado em 02 julho de 2021.

Variedade de interesse: variedade com marcadores genéticos específicos associados a alterações na ligação do receptor, neutralização reduzida por anticorpos gerados contra infecção ou vacinação anterior, eficácia reduzida de tratamentos, impacto diagnóstico potencial ou aumento previsto na transmissibilidade ou gravidade da doença. (CDC, 2021).

#### Quadro 2- Distribuição global das variantes de interesse do SARS-CoV-2

Variantes monitoradas pela OMS na pandemia da COVID-19

Variedade	Linhagem	País de Origem
Epsilon	B.1.427 / B.1.429	Estados Unidos da América, março de 2020
Zeta	P.2	Brasil, abril de 2020
E	B.1.525	Vários países, dezembro de 2020
Theta	P.3	Filipinas, janeiro de 2021
Iota	B.1.526	Estados Unidos da América, novembro de 2020
Kappa	B.1.617.1	Índia, outubro de 2020
Lambda	C.37	Peru, dezembro 2020

Fonte: elaboração própria com base nos dados da OMS, atualizado em 02 julho de 2021.

*Variante de alta consequência*<sup>7</sup>: variante que apresenta evidências claras de que as medidas de prevenção ou contramedidas médicas (MCMs) reduziram significativamente sua eficácia em relação às variantes que circulavam anteriormente. (CDC, 2021).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS (2020) declarou que o surto causado pelo novo vírus, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O Regulamento Sanitário Internacional – RSI da OMS (2020), é um instrumento jurídico com abrangência internacional e vinculativa para 196 países em todo o mundo. Os principais objetivos do regulamento para a comunidade internacional são a prevenção e a resposta coordenada a graves riscos de saúde pública. Segundo o RSI uma ESPII significa:

"Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional" significa um evento extraordinário que é determinado, conforme previsto neste Regulamento:

- (i) constituir um risco de saúde pública para outros Estados por meio da disseminação internacional de doenças e
  - (ii) para potencialmente exigir uma resposta internacional coordenada;
- (WHO, IHR, 2005, p.9).

No século XXI esta foi a sexta vez que a OMS (OPAS, 2020) declarou uma ESPII. A figura 1 demonstra a linha do tempo das Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) declaradas pela OMS desde a criação deste dispositivo.

Figura 1- Linha do tempo das ESPII declaradas pela OMS



Fonte: elaboração própria com base nos dados da OMS e CDC.

Segundo a OMS (2020), a pandemia da COVID-19 apresentou três

<sup>7</sup> Até 31/05/2021 não foram publicados dados sobre variantes de alta consequência que estejam em processo de monitoramento pela OMS.

características determinantes:

- velocidade e escala: a doença causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) se espalhou rapidamente por vários países e esta velocidade de propagação do vírus levou ao colapso até mesmo os melhores, modernos e mais resilientes sistemas de saúde do mundo;
- gravidade: em geral 20% dos casos confirmados com o diagnóstico da nova doença foram classificados como graves ou críticos, com taxa de letalidade inicial acima de 3%, sendo maior em indivíduos com faixa etária mais avançada (em geral acima de 60 anos) e em pacientes com comorbidades (câncer, diabetes mellitus, hipertensão arterial grave, obesidade mórbida, doença renal crônica, doença pulmonares crônicas, doenças neurológicas, entre outras que são descobertas conforme evolução da doença e das pesquisas científicas) (WU &amp. MCGOOGAN, 2020);
- interrupção social e econômica: os sistemas de saúde e de assistência social entraram em choque e as medidas iniciais para controle da transmissão do vírus, como *lockdown*<sup>8</sup>, quarentena<sup>9</sup>, distanciamento social<sup>10</sup> e isolamento<sup>11</sup>, causaram consequências significativas na economia, em escala global.

Segundo a OMS (2021) no mundo, até 03 de junho de 2021 foram confirmados 171.222.477 casos com o diagnóstico de COVID-19, com taxa de letalidade<sup>12</sup> de 2,2%, ou seja, 3.686.142 óbitos pelo novo Coronavírus. Entre as Regiões classificadas pela OMS, as Américas possuem a maior frequência, com 39,6% dos casos confirmados

---

<sup>8</sup> *Lockdown* é uma medida extrema do Estado que significa bloqueio total das atividades socioeconômicas que, em geral, inclui também o fechamento de vias e proíbe deslocamentos e viagens não essenciais. No cenário pandêmico, podem retardar a transmissão do COVID-19 ao limitar o contato entre as pessoas, quando as medidas de isolamento social e de quarentena não são suficientes e os casos de contaminação continuam aumentando diariamente.

<sup>9</sup> A quarentena de pessoas é a restrição de atividades ou separação de pessoas que não estão doentes, mas que possam ter sido expostas a uma doença ou agente infeccioso, com o objetivo de monitorar sintomas e fazer a detecção precoce dos casos. (OMS, 2021).

<sup>10</sup> Distanciamento social se refere ao distanciamento da comunidade e é um conjunto de intervenções ou medidas tomadas para prevenir a propagação de uma doença contagiosa, mantendo uma distância física entre as pessoas e reduzindo o número de vezes que as pessoas entram em contato próximo umas com as outras. (OMS, 2021). Exige que todos os setores da sociedade permaneçam na residência durante a vigência da decretação da medida pelos gestores locais. Esta medida restringe ao máximo o contato entre pessoas. Ficam mantidos os serviços essenciais, com adoção de maior rigor na higiene e evitando aglomeração. (FIO CRUZ, 2021).

<sup>11</sup> Isolamento é a separação de pessoas doentes ou infectadas dos outros, de modo a evitar a disseminação de infecção ou contaminação. (OMS, 2021).

<sup>12</sup> Taxa de letalidade (TL) razão entre o número de óbitos por uma doença num período e área e o número total de casos da mesma doença no período e área. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1983, p.28).

(67.798.126), 48,3% dos óbitos (1.780.367) e 2,6% de taxa de letalidade por COVID-19.























Quadro 3- Distribuição global e por região do número de casos confirmados, óbitos e taxa de letalidade por COVID-19

Quadro Global e por Região do número de Casos Confirmados, Óbitos e Taxa de Letalidade por COVID-19. Período: 30 de dezembro/2019 a 9 de julho/2021					
Região	Casos Confirmados de COVID-19 Total acumulado	(%) de Casos Confirmados de COVID-19	Óbitos por COVID-19 Total acumulado	(%) de Casos Confirmados de COVID-19	Taxa de Letalidade COVID-19
<b>Global</b>	<b>185.291.530</b>	<b>100%</b>	<b>4.010.834</b>	<b>100%</b>	<b>2,2%</b>
Américas	73.450.049	39,6%	1.930.948	48,1%	2,6%
Europa	56.730.290	30,6%	1.194.308	29,8%	2,1%
Sudeste Asiático	35.720.907	19,3%	505.706	12,6%	1,4%
Mediterrâneo Oriental	11.342.446	6,1%	221.164	5,5%	1,9%
África	4.316.877	2,3%	101.541	2,5%	2,4%
Pacífico Ocidental	3.730.197	2,0%	57.154	1,4%	1,5%

Fonte: elaboração própria com base nos dados da OMS.

Até 03/06/2021, dos 237 países listados pela OMS, 223 países possuem registros de casos confirmados de COVID-19, dos quais 22 países apresentam 80,5% dos casos confirmados globalmente (137.890.677) e 83,1% dos óbitos pela COVID-19 (3.064.585). Os Estados Unidos da América ocupam a primeira posição, com o maior volume de casos confirmados (19,3%) e óbitos (16%) por COVID-19 (32.963.318 e 589.555 respectivamente). Na mesma data, o Brasil ocupava a terceira posição em número de casos confirmados (16.624.480, ou 9,7%) e a segunda posição em número de óbitos (465.199 ou 12,6%) e taxa de letalidade de 2,8% pela COVID-19.

Quadro 4- Distribuição global e por país, do número de casos confirmados, óbitos e taxa de letalidade por COVID-19

Quadro Global e por País do número de Casos Confirmados, Óbitos e Taxa de Letalidade por COVID-19. Período: 30 de dezembro/2019 a 9 de julho/2021								
Ordem	País	Casos Confirmados de COVID-19 Total Acumulado	% Casos Confirmados de COVID-19	Casos Confirmados de COVID-19 por 100.000 habitantes Total Acumulado	Óbitos por COVID-19 Total Acumulado	% Óbitos por COVID-19	Óbitos por COVID-19 por 100.000 habitantes Total Acumulado	Taxa de Letalidade
	<b>Global</b>	<b>185.291.530</b>	<b>100%</b>	<b>2.377.196</b>	<b>4.010.834</b>	<b>100%</b>	<b>51.457</b>	<b>2,2%</b>
1	 Estados Unidos	33.451.965	18%	10.106	601.231	15%	181.64	1,8%
2	 Índia	30.752.950	17%	2.228	405.939	10%	29.42	1,3%
3	 Brasil	<b>18.909.037</b>	<b>10%</b>	<b>8.896</b>	<b>528.540</b>	<b>13%</b>	<b>248.66</b>	<b>2,8%</b>
4	 Rússia	5.733.218	3%	3.929	141.501	4%	96.96	2,5%
5	 França	5.686.066	3%	8.743	110.341	3%	169.65	1,9%
6	 Turquia	5.465.094	3%	6.480	50.096	1%	59.4	0,9%
7	 Reino Unido	5.022.897	3%	7.399	128.336	3%	189.05	2,6%
8	 Argentina	4.593.763	2%	10.164	97.439	2%	215.59	2,1%
9	 Colômbia	4.426.811	2%	8.700	110.578	3%	217.32	2,5%
10	 Itália	4.267.105	2%	7.155	127.731	3%	214.16	3,0%
11	 Espanha	3.915.313	2%	8.272	80.997	2%	171.12	2,1%
12	 Alemanha	3.734.468	2%	4.490	91.190	2%	109.65	2,4%
13	 Irã	3.327.526	2%	3.962	85.397	2%	101.67	2,6%
14	 Polónia	2.880.670	2%	7.589	75.152	2%	197.99	2,6%
15	 México	2.558.369	1%	1.984	234.192	6%	181.64	9,2%
16	 Indonésia	2.455.912	1%	898	64.631	2%	23.63	2,6%
17	 Ucrânia	2.240.246	1%	5.122	52.572	1%	120.21	2,3%
18	 África do Sul	2.135.246	1%	3.600	63.499	2%	107.07	3,0%
19	 Peru	2.071.637	1%	6.283	193.743	5%	587.6	9,4%
20	 Países Baixos	1.701.911	1%	9.777	17.762	0%	102.04	1,0%
21	 Chéquia	1.668.891	1%	15.606	30.331	1%	283.63	1,8%
22	 Chile	1.579.591	1%	8.263	33.514	1%	175.32	2,1%
	<b>Outros 215 países</b>	<b>36.369.134</b>	<b>20%</b>		<b>682.277</b>	<b>17%</b>		<b>1,9%</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da OMS<sup>13</sup>.

A pandemia da COVID-19 deflagrou pesquisas em múltiplos países para o desenvolvimento de vacinas. Provavelmente a vacina da COVID-19 entre para a história da ciência pelo tempo recorde de pesquisa, desenvolvimento, produção e imunização em massa. Apenas 10 meses após a declaração da ESPII, em meados de novembro de 2020, o governo russo anunciou a imunização de sua população. Segundo a OMS o Reino Unido se tornou oficialmente o primeiro país a iniciar a vacinação da população contra o novo Coronavírus em 08 de dezembro de 2020. Até 15 de junho de 2020, no mundo havia 17 imunizantes aprovados por pelo menos um país (COVID-19 VACCINE TRACKER, 2021) e 287 vacinas candidatas a COVID-19 em desenvolvimento (OMS, 2021). Segundo a OMS, até 9 de julho de 2021, foram aplicadas 3,1 bilhões de doses em vários países.

Diante de um cenário pandêmico, seus respectivos impactos socioeconômicos, elevado risco de colapso dos sistemas mais resilientes de saúde e das características

<sup>13</sup> Os dados da OMS são atualizados diariamente. Disponível em: <https://covid19.who.int/>

determinantes descritas pela OMS de gravidade, velocidade e escala, o presente trabalho aplicado tem a seguinte questão norteadora: que tipo de resultado financeiro a pandemia da COVID-19 trouxe para os hospitais privados filiados à ANAHP no ano de 2020?



Figura 2- Linha do tempo do primeiro ano de pandemia da COVID-19



Fonte: elaboração própria.

## 2. OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar os resultados financeiros da pandemia da COVID-19 nos hospitais privados filiados à ANAHP no ano de 2020.

Pretendeu-se cumprir os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a *performance* dos hospitais filiados à ANAHP em relação aos indicadores: taxa de ocupação de leitos hospitalares, TMP hospitalar, perfil epidemiológico das internações segundo capítulo CID-10 e margem EBITDA, durante o ano de 2020 em comparação com o ano anterior;
- Analisar a variação da receita líquida e despesa total por paciente-dia no ano de 2020 *versus* o ano de 2019;
- Analisar se as medidas regulatórias da ANS no combate a pandemia da COVID-19 no ano de 2020, causaram impactos operacionais e/ou financeiros nos hospitais objeto de estudo;
- Analisar se as medidas sanitárias governamentais no combate à pandemia da COVID-19 no ano de 2020 geraram algum nível de impacto no desempenho financeiro destes hospitais.



### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Visão geral do setor Saúde Suplementar no Brasil

##### 3.1.1 A Saúde Suplementar no Brasil

Segundo Paim et al. (2011), no Brasil a evolução das políticas públicas de saúde no decorrer de sua história resultou num sistema misto de saúde, onde organizações públicas e privadas prestam serviços à população brasileira em território nacional. Os principais marcos das políticas de saúde pública no país, segundo Rodrigues e Santos (2011, p.75), foram as fundações das seguintes instituições:

- a) 1923 – Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs);
- b) 1966 – Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);
- c) 1988 – Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo a ANS (2020), a saúde privada no país é oriunda da Previdência Social:

O ano de 1923 é tido como o marco do início da Previdência Social no Brasil. A Lei Eloy Chaves, promulgada naquele ano, criava: "(...) em cada uma das estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os respectivos empregados." Estas caixas funcionavam como fundos geridos e financiados por patrões e empregados que, além de garantirem aposentadorias e pensões – como destacado em sua denominação – também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes. Embora este marco histórico não seja comumente apontado como a origem dos planos de saúde no Brasil, é difícil não notar a similaridade das antigas caixas com as atuais operadoras da modalidade autogestão. De fato, em 1944, o Banco do Brasil constituiu sua caixa de aposentadoria e pensão - Cassi, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação. O sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), desenvolvendo-se a partir da previdência social. Planos de saúde comerciais, com clientelas abertas, também surgem como planos coletivos empresariais através da modalidade medicina de grupo no ABC paulista nos anos 1950. (ANS, 2020).

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) estabelece:

Art. 196. 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. (BRASIL, CASA CIVIL, 2020).

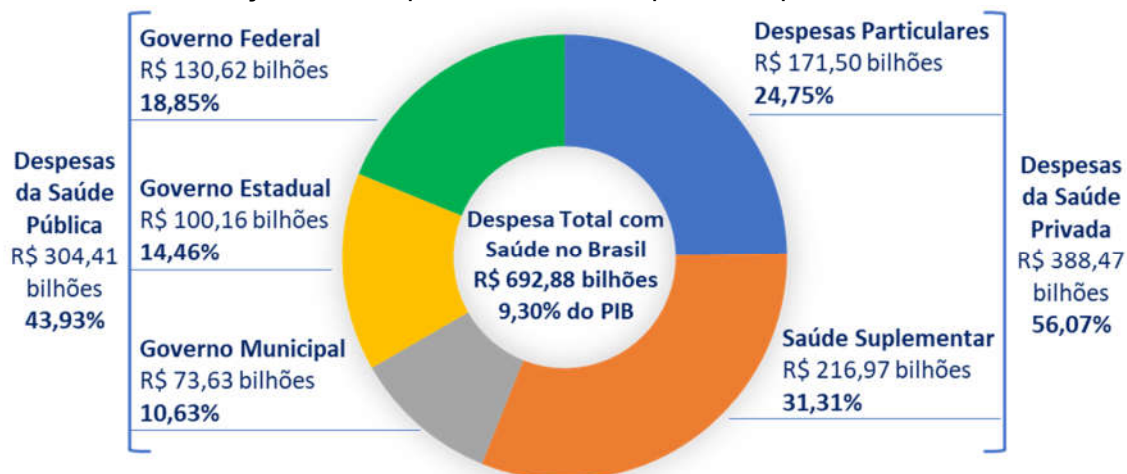
Dessa maneira o Brasil conta com um sistema público de saúde universal, denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme a Constituição da República Federativa do Brasil (1988), este sistema provê a cobertura de assistência à saúde a todos os brasileiros em território nacional; sua gestão e o respectivo financiamento são de responsabilidade das três esferas governamentais, ou seja, federal, estaduais e municipais. A Constituição também estabelece, no seu artigo 199, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, embora normatizada, regulada, coordenada e fiscalizada pelos agentes públicos. Segundo Paim et al. (2011), o sistema de saúde brasileiro é composto por três setores: público, privado e suplementar. Segundo os autores, o setor público abrange os serviços de saúde financiados exclusivamente pelo Estado. No setor privado, os serviços são prestados por instituições de cunho privado e podem ser financiados com recursos públicos e/ou privados. Por último, o setor de saúde suplementar é representado por OPS.

Por outro lado, o setor privado, considerando também os gastos diretos dos brasileiros (chamados *out of pocket*)<sup>14</sup>, gasta mais que o governo brasileiro na prestação de serviços em saúde. Para a ANAHP (2021), com base em dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as despesas com saúde movimentaram recursos financeiros equivalentes a 9,30% do PIB brasileiro em 2020 (R\$ 692,88 bilhões). Desse montante, 43,93% do total (R\$ 304,41 bilhões) foram recursos públicos e 56,07% (R\$ 388,47 bilhões), oriundos de recursos privados. O gráfico 1 demonstra a distribuição das despesas com saúde pública e privada no Brasil no ano de 2020, segregadas em despesas com saúde pública e despesas com saúde privada.

---

<sup>14</sup> No Brasil, *out of pocket* são gastos culturalmente denominados como “pagamento particular”, ou seja, desembolso financeiro de eventos em saúde efetuados por pessoas físicas e/ou jurídicas para os respectivos prestadores de saúde, na utilização de serviços de saúde por opção própria ou por ausência de cobertura pelos sistemas de saúde público e/ou da saúde suplementar (OPS).

Gráfico 1- Distribuição das despesas com saúde pública e privada no Brasil em 2020



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

### 3.1.2 Fontes de receitas dos hospitais privados filiados à ANAHP

Segundo Júnior (2009, apud RAHIS, 2008), a receita de um hospital privado por fonte pagadora é decomposta por:

Convênios: também chamados de operadoras de saúde, são pessoas jurídicas constituídas sob modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que operam produto, serviço ou contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, regulado pela Agência de Saúde Suplementar (BRASIL, 2004, p.77).

Particulares: pessoas físicas que contratam e se responsabilizam pelo pagamento dos serviços hospitalares prestados por elas utilizados.

SUS: sistema público brasileiro de saúde.

Outras fontes: todas as demais fontes de receita. Incluem-se aqui as receitas não operacionais, como doações, auxílios e subvenções públicas, juros de aplicações financeiras, entre outras. (JÚNIOR, 2009, p.49).

Segundo a ANAHP (2021), 82,78% da receita bruta dos hospitais filiados à ANAHP em 2020, provêm de recursos financeiros administrados por OPS. Devido à pandemia da COVID-19, houve redução de 7,13 pontos percentuais de concentração de receita bruta nas OPS, se comparado o ano de 2019 (89,91%) ao ano de 2020 (82,78%). O quadro 5 demonstra a distribuição da receita bruta em percentual por fonte pagadora (privado e público) dos hospitais filiados à ANAHP, no período do ano de 2016 a 2020.

Quadro 5- Distribuição histórica da receita bruta por fonte pagadora dos hospitais filiados à ANAHP

Série histórica de receita bruta por fonte pagadora (%) no período do ano 2016 a 2020						
Tipos de receita	2016	2017	2018	2019	2020	$\Delta$ 2020 x 2019 pontos percentuais
<b>Operadoras de Plano de Saúde:</b>	<b>91,70</b>	<b>90,27</b>	<b>90,97</b>	<b>89,91</b>	<b>82,78</b>	<b>-7,13</b>
Cooperativa médica	34,10	31,66	31,80	31,82	30,49	-1,33
Autogestão	26,04	27,86	27,16	27,86	27,70	-0,16
Seguradoras	25,85	26,53	26,91	24,50	23,48	-1,02
Medicina de grupo	13,36	13,19	12,49	13,88	16,3	2,42
Filantropia	0,28	0,61	1,52	1,85	1,81	-0,04
Internacionais	0,38	0,16	0,12	0,09	0,21	0,12
<b>Sistema Único de Saúde - SUS</b>	<b>3,75</b>	<b>5,32</b>	<b>4,65</b>	<b>5,61</b>	<b>9,62</b>	<b>4,01</b>
Particular	4,55	3,70	3,45	3,26	3,95	0,69
<b>Demais fontes pagadoras</b>	<b>0,00</b>	<b>0,72</b>	<b>0,92</b>	<b>1,23</b>	<b>3,65</b>	<b>2,42</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

Tais fontes pagadoras<sup>15</sup> remuneraram os hospitais privados pelos seguintes serviços:

- Diária: é a permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar (ABRAMGE- SP, 1996, apud Júnior 2009). Compõem a diária a oferta de um leito próprio, a troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante quando em apartamento, os cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental, a dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia), cuidados de enfermagem e taxa administrativa. (ABRAMGE-SP, 1996, apud Júnior 2009). Nas diárias de UTI e UTSI, além dos itens citados anteriormente, também compõem a diária a utilização de: monitor cardíaco, oxímetro de pulso, desfibrilador/ cardioversor, nebulizador e aspirador a vácuo, exceto o de aspiração contínua (ABRAMGE-SP, 1996, apud Júnior 2009). Nas diárias de UTI e UTSI Neonatal, além de todos os itens citados anteriormente, também compõem a diária a utilização dos equipamentos incubadora/berço aquecido e da bomba de infusão (ABRAMGE-SP, 1996)<sup>16</sup>. (JÚNIOR, 2009, p.50-51).

- Diária Global: Trata-se da precificação única de um conjunto de serviços hospitalares e engloba a maioria dos itens relacionadas à internação do paciente, seguindo a lógica do pacote, porém, não incluiu procedimentos de centro cirúrgico e normalmente é utilizada para casos clínicos. Na diária Global, cobra-se o número de diárias de acordo com a permanência do

<sup>15</sup> As OPS remuneraram os hospitais mediante contratualização conforme disposto em resoluções normativas da ANS (nº 365, nº 436, nº 456 e suas atualizações). Todos os eventos em saúde são faturados conforme padrão TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), que são encaminhadas para as OPS, de acordo com padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar). Periodicamente as OPS reportam estes dados para a ANS.

<sup>16</sup> ABRAMGE - Associação Brasileira de Planos de Saúde é uma entidade sem fins lucrativos que representa institucionalmente às empresas privadas de assistência à saúde do segmento de Medicina de Grupo, junto aos órgãos federais, estaduais e municipais, com atuação no território nacional.

paciente e a acomodação utilizada, e para os demais itens da internação é realizada a cobrança por conta aberta. (SOUZA et al., 2014).

- **Diária global:** constitui na precificação única de um conjunto de serviços hospitalares, independente da patologia do paciente, compreendendo principalmente: as diárias, 39 os materiais de consumo, os medicamentos, os serviços de enfermagem, a utilização de equipamentos, a gasoterapia, exames, honorários médicos e taxas diversas. Os demais itens da conta hospitalar, como os medicamentos de alto custo, as órteses e próteses, e outros, permanecem sendo cobrados pela conta aberta (SILVA, 2003).

- **Taxa:** é a cobrança da utilização de uma sala especial para a realização de procedimentos, cirúrgicos ou não, prestação de serviços médico-hospitalares não cobertos pelas diárias ou taxas de sala, utilização de equipamentos não cobertos pelas diárias ou taxas de sala, utilização de gases medicinais e prestação de serviços de governança/ hotelaria, quando não incluídas nas diárias (ABRAMGE- SP, 1996) (JÚNIOR, 2009, p.51).

- **Órtese:** é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido. (ANS, 2021).

- **Prótese:** é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. (ANS, 2021).

- **Materiais especiais:** quaisquer materiais ou dispositivos de uso individual que auxiliam em procedimento diagnóstico ou terapêutico dos pacientes e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não, podendo ou não sofrer reprocessamento, conforme regras determinadas pela Anvisa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.8).

- **Medicamento:** produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. (BRASIL, CASA CIVIL, 2021)

- **Material de consumo:** todo material que, em razão de sua utilização, perde normalmente sua identidade ou característica física, ou tem sua utilização limitada em dois anos de validade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.8).

- **Gases medicinais:** São medicamentos na forma de gás, gás liquefeito ou líquido criogênico isolados ou associados entre si e administrados em humanos para fins de diagnóstico médico, tratamento ou prevenção de doenças e para restauração, correção ou modificação de funções fisiológicas. Os gases medicinais são utilizados em hospitais, clínicas de saúde ou outros locais de interesse à saúde, bem como em tratamentos domiciliares de pacientes. São exemplos de gases medicinais: oxigênio medicinal; ar sintético medicinal; óxido nitroso medicinal e dióxido de carbono medicinal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

- **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT):** consiste na prestação de serviços de apoio técnico por equipe multidisciplinar para confirmar as hipóteses diagnósticas ou para implementar tratamento especializado. Pode ser dividido em 3 categorias:

Serviços exclusivamente diagnósticos (como análises clínicas, radiologia convencional, eletrocardiograma);

Serviços diagnóstico e terapêuticos (como endoscopia, hemodinâmica) e

Serviços exclusivamente terapêuticos (como serviços de terapia antineoplásica – quimioterapia; de terapia renal substitutiva – diálise; radioterapia; hemoterapia). (VECINA NETO & MALIK, 2016, p.272).

- **Procedimento gerenciado:** é o conjunto de ações assistenciais e

administrativas necessárias e suficientes para a realização integral de procedimentos cirúrgicos, contemplando recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, instrumentos e materiais de insumo, inerentes ao processo assistencial. O pagamento através de Procedimentos Gerenciados é uma forma de estabelecer um preço global para concentrar itens que compõem o procedimento, agilizando e racionalizando a operacionalização da cobrança e do pagamento, com a presunção de benefícios para quem cobra e para quem paga. O Procedimento Gerenciado se difere da prática conhecida pelo setor de pagamento por pacotes. Nesta última, há um predomínio da precificação dos serviços em função dos valores financeiros médios das contas, enquanto no Procedimento Gerenciado a base está fundamentada em protocolos, diretrizes clínicas e consenso dos especialistas que compõem o corpo clínico do hospital. Somente então são apurados os custos e precificados os serviços que serão negociados com as operadoras. Ou seja, o pacote considera a média dos preços praticados, independente da base técnica que fundamenta o procedimento, ao passo que o Procedimento Gerenciado considera primeiro a fundamentação técnica, apura os custos relacionados e calcula o preço. O Procedimento Gerenciado pode ser clínico (Procedimento Gerenciado Clínico) ou cirúrgico (Procedimento Gerenciado Cirúrgico). Em ambos os casos a lógica de elaboração e os conceitos e definições são os mesmos. A diferença é que um está fundamentado em um protocolo clínico, enquanto o outro está fundamentado em um protocolo cirúrgico. (ANS, 2012).

- Honorário Individual: valor a que faz jus o profissional de saúde pela prestação de serviços assistenciais a um paciente. (ANS, 2010, p.138)

Além dos itens descritos acima, conforme acordo entre as partes (fontes pagadoras (OPS, etc.) *versus* hospitais), os hospitais privados também podem ser remunerados pelos respectivos Honorários Médicos (HM), em relação aos respectivos(as) consultas, visitas, atendimentos, avaliações, tratamentos, plantões, exames, cirurgias e/ou procedimentos para os eventos em saúde dos beneficiários<sup>17</sup> das fontes pagadoras. Para a ANS evento em saúde é uma despesa assistencial<sup>18</sup> para a OPS e uma receita para o hospital privado e demais prestadores de serviço de assistência à saúde complementar<sup>19</sup> da rede credenciada. Evento em saúde é definido na RN nº 435 conforme Manual Contábil por:

Evento é qualquer despesa que a operadora incorra para a prestação do atendimento referente à cobertura contratual do beneficiário do plano de saúde comercializado, inclusive a taxa de intercâmbio eventual que uma

<sup>17</sup> Beneficiário de plano privado de assistência à saúde também denominado no mercado como Consumidor, Consumidor de plano de saúde, Segurado, Usuário ou Usuário de plano privado de assistência à saúde. O termo beneficiário refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora, ou seja, pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. (ANS, 2016).

<sup>18</sup> Despesa assistencial é resultante de toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas, expressa em reais e com os valores de glosas descontados. A despesa assistencial deve ser registrada por competência contábil e pode estar relacionada à utilização de beneficiários de contratos em preço preestabelecido ou pós-estabelecido. (ANS, 2021).

<sup>19</sup> Prestador de serviço de assistência à saúde complementar é a pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde. (ANS, 2017).

operadora paga à outra para prestar atendimento ao seu beneficiário. Também devem ser classificados como eventos as despesas incorridas com beneficiários de outras operadoras suportadas diretamente pela operadora, em função de operações de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários. (

No que tange especificamente os Honorários Médicos, a Associação Médica Brasileira<sup>20</sup> (AMB) (2017) publicou ofício (OF/SEC/111/2017) às Federadas e Sociedades de Especialidade da AMB em 03 de julho de 2017, com as principais formas e modelos para remuneração dos serviços médicos, sob o ponto de vista dos próprios médicos e serviços de saúde, a saber:

1. *Fee for service* (FFS): é o modelo mais conhecido, o pagamento por procedimento/serviço prestado.
2. Pacote: é o pagamento por um conjunto de insumos que pode incluir ou não os honorários médicos, acordado entre as partes.
3. Capitação ou *capitation* em inglês: forma chamada de capitação, pois é per capita, por pessoa. Existe um valor por pessoa a ser pago pela proposta de atendimento de uma determinada população.
4. DRG (*Diagnosis Related Group*), em Portugal Grupo de Diagnósticos Homogêneos GDH: trata-se de agrupar diagnósticos e procedimentos relacionados e com comportamentos "homogêneos", com a finalidade de fazer a gestão do atendimento.
5. Orçamento Global (vinculados ou não a Contratos de Gestão): modalidade prevista em muitos sistemas públicos onde o recurso hospitalar, por exemplo, com sua capacidade instalada recebe um valor orçamentário para promover o atendimento.
6. Profissionais Assalariados: são médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas enfim profissionais de saúde que podem ser contratados sob regimes CLT ou mesmo CLF (serviços públicos) que em geral dedicam as horas de trabalho em troca de salário.
7. Profissionais Liberais (autônomos): são médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, enfim profissionais de saúde que prestam serviços como profissionais liberais que dedicam as horas de trabalho.
8. Pagamento por *Performance* (P4P) Como o nome diz: paga-se conforme *performance*, desempenho ou resultado.
9. *Bundled Payment*: sem uma tradução mais adequada ao português (Brasil) a proposta se traduz no pagamento baseado no episódio/evento, propondo um atendimento integral e globalizado a um determinado serviço/grupo que detém conhecimento e condições para a condução de determinados casos objetivando o melhor resultado ao paciente.
10. *Managed Care*: a proposta é gerenciar o cuidado em saúde, permitindo uma porta de entrada de baixa complexidade, com elevada resolutividade clínica e a partir das necessidades verificadas nesta entrada, todo o "caminhar" pelo sistema será conduzido por este "gerenciador". Hierarquizam-se os serviços por complexidades e o paciente tramitará por meio de referência/contra-referência e direcionamentos dentro deste sistema.
11. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos CBHPM: pode ser adotada em qualquer um dos modelos de remuneração acima, excetuando-se o profissional assalariado por hora trabalhada. (SBRT, 2017).

<sup>20</sup> A Associação Médica Brasileira é uma sociedade sem fins lucrativos, fundada em 26 de janeiro de 1951, cuja missão é defender a dignidade profissional do médico e a assistência de qualidade à saúde da população brasileira. Possui 27 Associações Médicas Estaduais e 396 Associações Regionais.

No período do ano 2016 ao ano de 2020, os hospitais filiados à ANAHP apresentaram a seguinte distribuição de receita bruta demonstrada no quadro 6:

Quadro 6- Distribuição histórica da receita bruta por natureza dos hospitais filiados à ANAHP

Série histórica da receita bruta por natureza (%) no período do ano 2016 a 2020						
Tipos de receita	2016	2017	2018	2019	2020	$\Delta$ 2020 x 2019 pontos percentuais
<b>Medicamentos</b>	23,66	25,13	24,66	25,75	25,84	0,09
<b>Diárias e taxas</b>	19,31	20,92	21,65	22,90	22,90	0
<b>Outras receitas operacionais</b>	12,03	18,10	19,01	19,02	20,39	1,37
<b>Materiais</b>	21,34	22,16	20,36	18,32	16,37	-1,95
<b>OPME</b>	8,68	8,66	8,30	8,27	7,07	-1,2
<b>Outras receitas de serviço</b>	12,62	2,11	3,39	3,45	5,25	1,8
<b>Gases medicinais</b>	2,36	2,49	2,30	1,83	1,72	-0,11
<b>Doações</b>	-	0,43	0,34	0,46	0,86	0,4

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

Para os hospitais privados, essa elevada dependência de fonte de receita proveniente das OPS, associada ao baixo nível de regulação e fiscalização da ANS na relação comercial OPS-hospital e com o surgimento repentino da pandemia da COVID-19, constituiu cenário de elevado risco de desequilíbrio da sustentabilidade econômico-financeira dos hospitais. Como 90% das receitas dos hospitais objeto deste estudo são oriundas de OPS reguladas pela ANS e a presente pesquisa tem como objetivo central analisar o impacto financeiro da pandemia da COVID-19 nesses hospitais, buscou-se demonstrar as competências da Agência e eventuais impactos causados por medidas regulatórias durante a pandemia.

### 3.1.3 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A Constituição Federal de 1988 prevê que o Estado fiscalize as empresas do setor privado. No entanto, a legislação regulamentadora dos planos de saúde foi criada somente em 1998, por meio da Lei nº 9.656. Em 28 de janeiro do ano 2000 foi decretada e sancionada a Lei estruturante nº 9961 com o seguinte objetivo:

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia



sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. (BRASIL, 2000).

Em linhas gerais, a ANS é responsável por promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as OPS setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores de serviço de assistência à saúde suplementar da rede credenciada (hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros) e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde populacional no País. Compete à ANS:

Art. 4º

- I – Propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU para a regulação do setor de saúde suplementar;
- II – Estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- III – elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
- IV – Fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- V – Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- VI – Estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS;
- VII – estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- VIII – deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- IX – Normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- X – Definir, para fins de aplicação da Lei no 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- XI – estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XII – estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei no 9.656, de 1998;
- XIII – decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei no 9.656, de 1998;
- XIV – estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XV – Estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- XVI – estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XVII – autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;

- XVIII – expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- XIX – proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- XX – autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- XXI – monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- XXII – autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei no 8.884, de 11 de junho de 1994;
- XXIII – fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
- XXIV – exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XXV – avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
- XXVI – fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- XXVII – fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
- XXVIII – avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XXIX – fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
- XXX – aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
- XXXI – requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
- XXXII – adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
- XXXIII – instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
- XXXIV – proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil dos operadores de planos privados de assistência à saúde;
- XXXV – determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;
- XXXVI – articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990;
- XXXVII – zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
- XXXVIII – administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.
- XXXIX – celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;
- XL – definir as atribuições e competências do Diretor Técnico, Diretor Fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.
- XLI – fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
  - b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
  - c) direção fiscal ou técnica;
  - d) liquidação extrajudicial;
  - e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
  - f) normas de aplicação de penalidades;
  - g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;
- XLII – estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (ANS, 2000).

Como as competências regulatórias da ANS podem impactar os agentes da cadeia de valor da saúde, o presente estudo considerou a atuação da ANS, frente às OPS, que possa ter gerado impactos operacionais ou financeiros nos hospitais privados filiados à ANAHP no ano de 2020. Segundo Pedroso e Malik (2011), na ótica de fluxo financeiro, há quatro mercados na cadeia de valor da saúde: mercado financeiro da saúde, mercado de oferta de serviços, produtos e tecnologias de saúde, mercado de consumo de saúde e mercado de conhecimento em saúde. A regulação da saúde em si tem a responsabilidade de definir normas, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que podem impactar a saúde da população.

Para a ANS uma OPS é definida como:

Pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde. (ANS, 2012).

Para a ANS as OPS são classificadas nas seguintes modalidades (Classificação das operadoras de planos privados de assistência à saúde): 1. Administradora de benefícios (RN n.º 196, de 2009), 2. Cooperativa médica (RDC n.º 39, de 2000), 3. Cooperativa odontológica (RDC n.º 39, de 2000), 4. Medicina de grupo (RDC n.º 39, de 2000), 5. Odontologia de grupo (RDC n.º 39, de 2000), 6. Autogestão (RN n.º 137, de 2006 alterada pela RN n.º 148, de 2007), 7. Filantropia (RDC n.º 39, de 2000) e 8. Seguradoras especializadas em saúde (Lei n.º 10.185, de 2001). A figura 3 ilustra as modalidades das OPS no Brasil.

Figura 3 - Modalidades das OPS conforme ANS



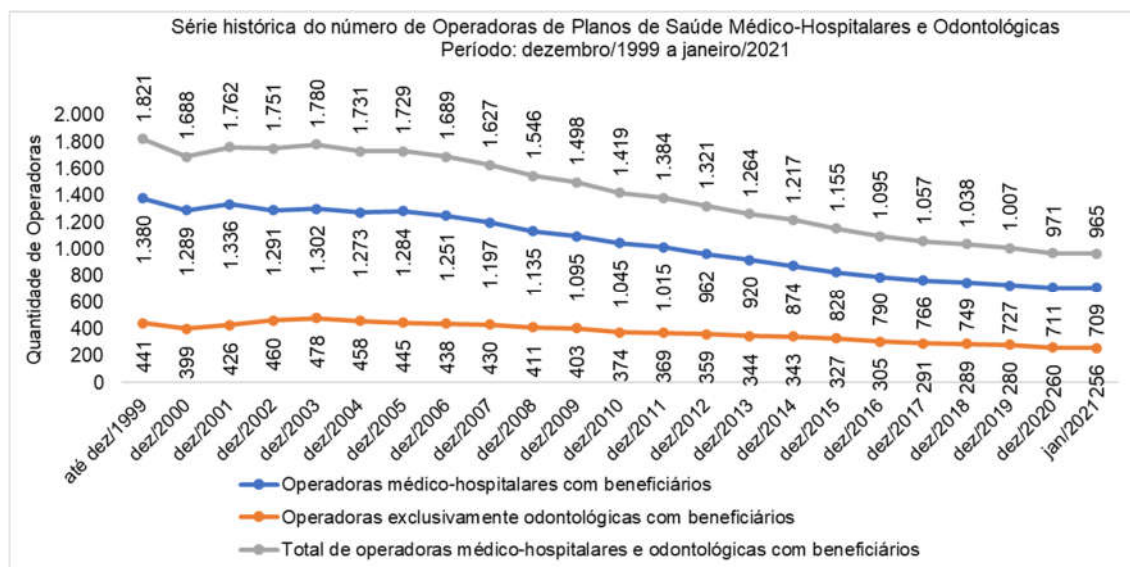
Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Segundo a ANS (2021), em dezembro de 2020 no Brasil havia 711 OPS ativas com 47.564.363 beneficiários de planos privados de assistência médica com ou sem odontologia. Desta forma 24,5% dos brasileiros possuem cobertura assistencial<sup>21</sup> de planos privados de assistência à saúde. Os gráficos 2, 3 e 4 demonstram respectivamente as séries históricas da distribuição das OPS médico-hospitalares e odontológicas, distribuição em milhões de beneficiários de planos privados de saúde médico-hospitalares e odontológicos e a taxa de cobertura<sup>22</sup> por planos privados de saúde médico-hospitalares e odontológicos no Brasil.

<sup>21</sup> No Brasil a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde, é regulada pela ANS e atualizada a cada 2 anos. A cobertura vigente está descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme RN nº 465/2021.

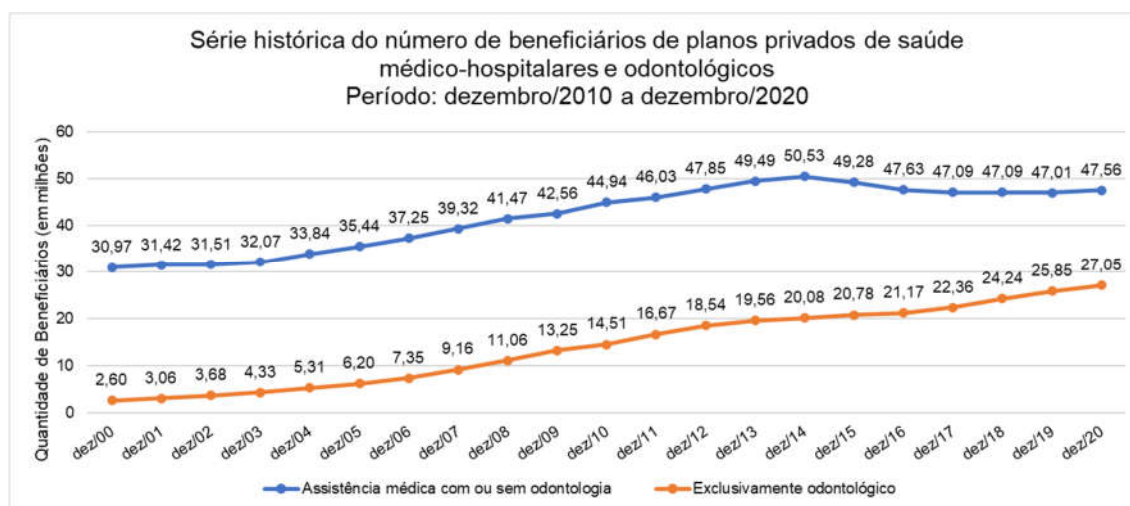
<sup>22</sup> Taxa de Cobertura é a razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área específica

Gráfico 2- Distribuição das OPS médico-hospitalares e odontológicas no Brasil



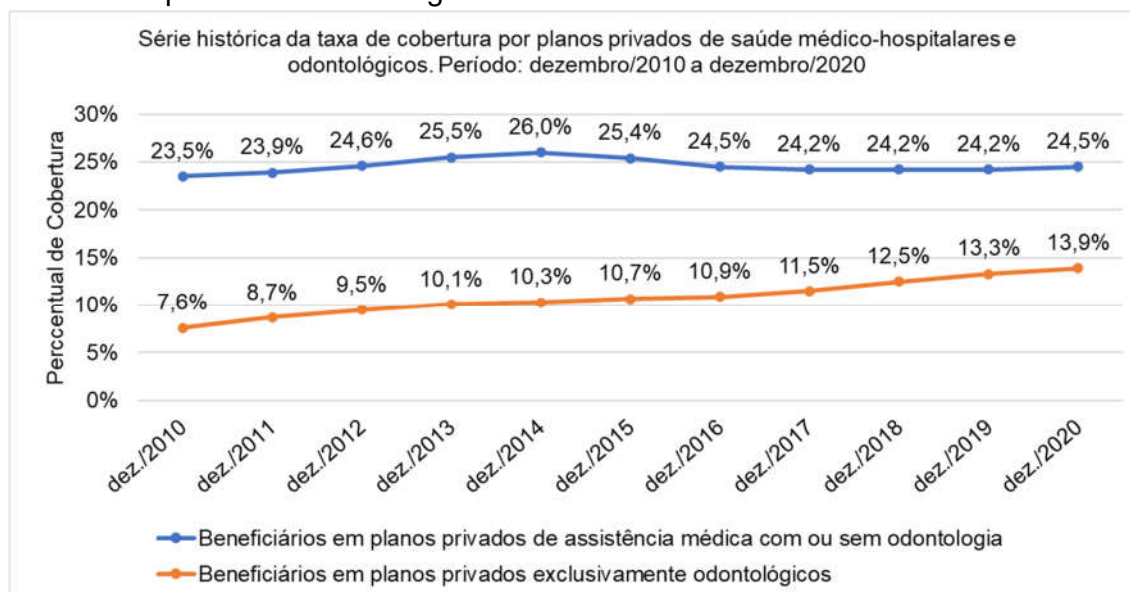
Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Gráfico 3– Distribuição da série histórica do número de beneficiários de planos privados de saúde médico-hospitalares e odontológicos



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Gráfico 4- Distribuição histórica da taxa de cobertura por planos privados de saúde médico-hospitalares e odontológicos



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

No Brasil a ANS classifica as OPS em três portes (tamanho), com base no número de beneficiários apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior. A figura 4 demonstra os portes das OPS conforme previsto na RN nº 443 da ANS.

Figura 4 - Porte das Operadoras de Planos de Saúde no Brasil



Fonte: elaboração própria com base na RN nº 443. ANS, 2019).

No Brasil as OPS podem comercializar planos de saúde conforme definição expressa na Lei federal nº 9656 de 3 de junho de 1988 (BRASIL, 1988):

Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou

cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

Segundo ANS (2021) as OPS comercializam duas modalidades de plano privado de assistência à saúde: planos individuais ou familiares e os planos de saúde coletivos. Nos planos individuais ou familiares são aqueles contratados diretamente pela pessoa física (beneficiário), com ou sem seu grupo familiar. O contrato de plano individual ou familiar é assinado entre uma operadora de planos de saúde e uma pessoa física para a assistência do titular e/ou do seu grupo familiar com ou sem seus respectivos dependentes. Os planos de saúde coletivos são divididos em duas sub modalidades, sendo empresarial e coletivo por adesão. Os planos coletivos empresariais só podem ser contratados em decorrência de comprovação de vínculo empregatício para seus respectivos colaboradores da empresa (funcionários). Os planos coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais legalmente constituídas, ente outras descritas na cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito). (ANS, 2021).

Independentemente da modalidade da OPS o beneficiário terá cobertura assistencial conforme contratação (pessoa física e/ou jurídica) de produto (plano de saúde) com registro<sup>23</sup> e autorização<sup>24</sup> de comercialização emitido pela ANS, mediante pagamento da contraprestação pecuniária<sup>25</sup> pelo contratante e:

---

<sup>23</sup> Registro de plano privado de assistência à saúde é a autorização concedida pela ANS ao plano privado de assistência à saúde que atenda às exigências estabelecidas por disposição legal específica para comercialização pelas OPS registradas na ANS. Um plano com registro na ANS pode estar ativo, ativo com comercialização suspensa, cancelado ou ter sido transferido entre OPS. (ANS, 2017).

<sup>24</sup> A ANS realiza regularmente Monitoramento da Garantia de Atendimento para avaliar o desempenho do setor e atuar na proteção dos consumidores. Caso sejam identificadas reclamações de contratantes relacionadas a cobertura assistencial, os produtos registrados para comercialização das OPS poderão ter suas respectivas vendas suspensas temporariamente, até que seja regularizada a cobertura assistencial do respectivo produto. (ANS, 2021).

<sup>25</sup> Contraprestação pecuniária de plano de saúde é o pagamento de uma importância financeira

- tipo de produto (planos de saúde individual/familiar ou coletivos);
- área geográfica de abrangência e área de atuação do produto, ou seja, o território em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.
- segmentação assistencial e cobertura do produto contratado pelo consumidor que pode ser ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia, ambulatorial + hospitalar com e sem obstetrícia, exclusivamente odontológico e plano referência);
- serviços e coberturas adicionais do produto, ou seja, além da cobertura mínima obrigatória prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estipulada e normatizada pela ANS, as OPS podem disponibilizar coberturas adicionais, como assistência farmacêutica, assistência/internação domiciliar, vacinas, seguro saúde para viagens internacionais, resgate domiciliar, atenção pré-hospitalar, por exemplo, o que deve ser especificado no contrato.










A figura 5 demonstra as principais características por tipo de plano que um contratante (pessoa física ou jurídica), deve observar na contratação do plano de saúde. Os prestadores de serviço de assistência à saúde suplementar da rede credenciada, podem atender quaisquer modalidades de plano de saúde, mediante contrato com a OPS e respectiva habilitação para prestação de serviço.

---

(mensalidade) efetuada pelo contratante de plano de saúde a uma OPS, para garantir a prestação continuada dos serviços contratados. (ANS, 2021).



Figura 5 - Principais características<sup>26</sup> por tipo de plano de saúde das OPS

Pontos Chaves	Planos Individuais	Planos Coletivos	
	Planos Individuais / Familiares	Coletivo por Adesão	Coletivo Empresarial
 Principais características dos Planos de Saúde			
 Forma de Adesão ao Plano de Saúde	Livre, ou seja, o próprio beneficiário na pessoa física procura a OPS para contratar o plano	Exige vínculo com associação profissional ou sindicato, ou seja, a associação profissional ou sindicato da categoria (pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais) contrata o plano de saúde para beneficiário	Exige vínculo com pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, ou seja, a empresa contrata o plano de saúde para o respectivo colaborador da empresa
 Carência para utilização do Plano de Saúde	Sim	Sim. Salvo para quem ingressa no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou no aniversário do mesmo	Sim. Salvo para contrato com 30 ou mais beneficiários e para quem ingressa no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à empresa
 Cobertura Assistencial do Plano de Saúde	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos
 Rescisão Contratual do Plano de Saúde	Apenas em caso de fraude e/ou falta de pagamento	Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo	Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo
 Cobrança do Plano de Saúde (Pagamento da mensalidade)	Diretamente ao consumidor pela OPS.	Diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios.	Diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios.

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Atualmente o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde<sup>27</sup> regido pela ANS contém 3.358 eventos e refere-se a uma listagem mínima obrigatória de exames, consultas, cirurgias, terapias e demais procedimentos (cirúrgicos e invasivos, clínicos, ambulatoriais, hospitalares, diagnósticos, terapêuticos e gerais) que os planos de saúde devem oferecer aos consumidores. A ANS atualiza este rol a cada dois anos sem majoração de preço ao consumidor. A atualização é realizada por um Grupo Técnico (GT) composto por representantes da Câmara de Saúde Suplementar, que inclui órgãos de defesa do consumidor, representantes de operadoras e de conselhos profissionais, sociedade civil, entre outros. A sociedade civil pode participar das consultas públicas com contribuições dos próprios consumidores, OPS, gestores de saúde (OPS e prestadores), prestadores de serviço de assistência à saúde

<sup>26</sup> Carência de plano privado de assistência à saúde corresponde ao período corrido e ininterrupto, determinado em contrato, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato. (ANS, 2021).

<sup>27</sup> A RN nº 465/2021 contém a listagem completa e vigente do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Diretrizes de Utilização, Diretrizes Clínicas e Protocolo de Utilização. (ANS, 2021)

suplementar da rede credenciada das OPS (isto inclui os hospitais privados) e sociedade civil em geral. Este Rol é acompanhado de 148 Diretrizes de Utilização<sup>28</sup>, 3 Diretrizes Clínicas<sup>29</sup> para cobertura de procedimentos e Protocolo de Utilização – PROUT (referente ao fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina).

Para operacionalizar a oferta dos procedimentos e eventos em saúde descritos no Rol de Eventos e Procedimentos (cobertura assistencial), as OPS podem dispor de rede própria (hospitais, ambulatórios, medicina diagnóstica, clínicas, SADT, etc.), contratar prestadores de serviço de assistência à saúde suplementar para compor sua rede credenciada, contratada ou referenciada de serviços de saúde<sup>30</sup> (hospitais, laboratórios, clínicas, consultórios, clínicas, SADT, entre outros), ou utilizar rede conveniada de outra OPS. Eventualmente seus respectivos beneficiários podem ter acesso a uma cobertura contratada na rede do SUS e caso isto ocorra a OPS está sujeita ao ressarcimento ao SUS. O Ressarcimento ao SUS<sup>31</sup> ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários e respectivos dependentes de planos de saúde, forem realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público de saúde, conforme artigo 32 da Lei 9.656 de 1998.

Para a ANS e para efeitos de contabilização previsto no Plano de Contas Padrão<sup>32</sup> ANS, rede própria hospitalar é definida conforme Manual Contábil das

---

<sup>28</sup> DUT é o conjunto de critérios, clínicos ou não, que condicionam a obrigatoriedade de cobertura, pela operadora de plano privado de assistência à saúde, de determinados procedimentos ou eventos em saúde estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. A DUT tem por finalidade estabelecer a melhor indicação para a execução do procedimento ou evento em saúde no setor de saúde suplementar. A obrigatoriedade da cobertura do procedimento ou evento em saúde está condicionada à presença dos seus critérios atestada em declaração do médico ou cirurgião-dentista assistente. (ANS, 2021).

<sup>29</sup> Diretrizes clínicas é o conjunto de recomendações estruturadas, submetidas à atualização periódica à luz das evidências científicas disponíveis, a fim de produzir ações de melhor qualidade. (ANS, 2009).

<sup>30</sup> Rede credenciada é o conjunto de profissionais e estabelecimentos de saúde, incluindo médicos, consultórios, laboratórios, clínicas, hospitais, equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. (ANS, 2021).

<sup>31</sup> Ressarcimento ao SUS é a restituição dos custos cobrada das OPS pelos atendimentos de saúde prestados a seus beneficiários e dependentes. A cobrança de ressarcimento ao SUS é realizada por meio de procedimento administrativo da ANS. São passíveis de cobrança os atendimentos realizados previstos nos contratos celebrados entre OPS e beneficiários. Os custos são revertidos ao FNS.

<sup>32</sup> Plano de contas padrão ANS é o conjunto de critérios, estrutura de codificação das contas e modelos de demonstração contábeis previamente codificadas pela ANS, cujo objetivo é determinar e/ou orientar os registros contábeis dos atos e dos fatos das operadoras de planos privados de assistência à saúde. (ANS, 2017).

operações do mercado de saúde suplementar, descrito no anexo da RN nº 435 de 23 de novembro de 2018.

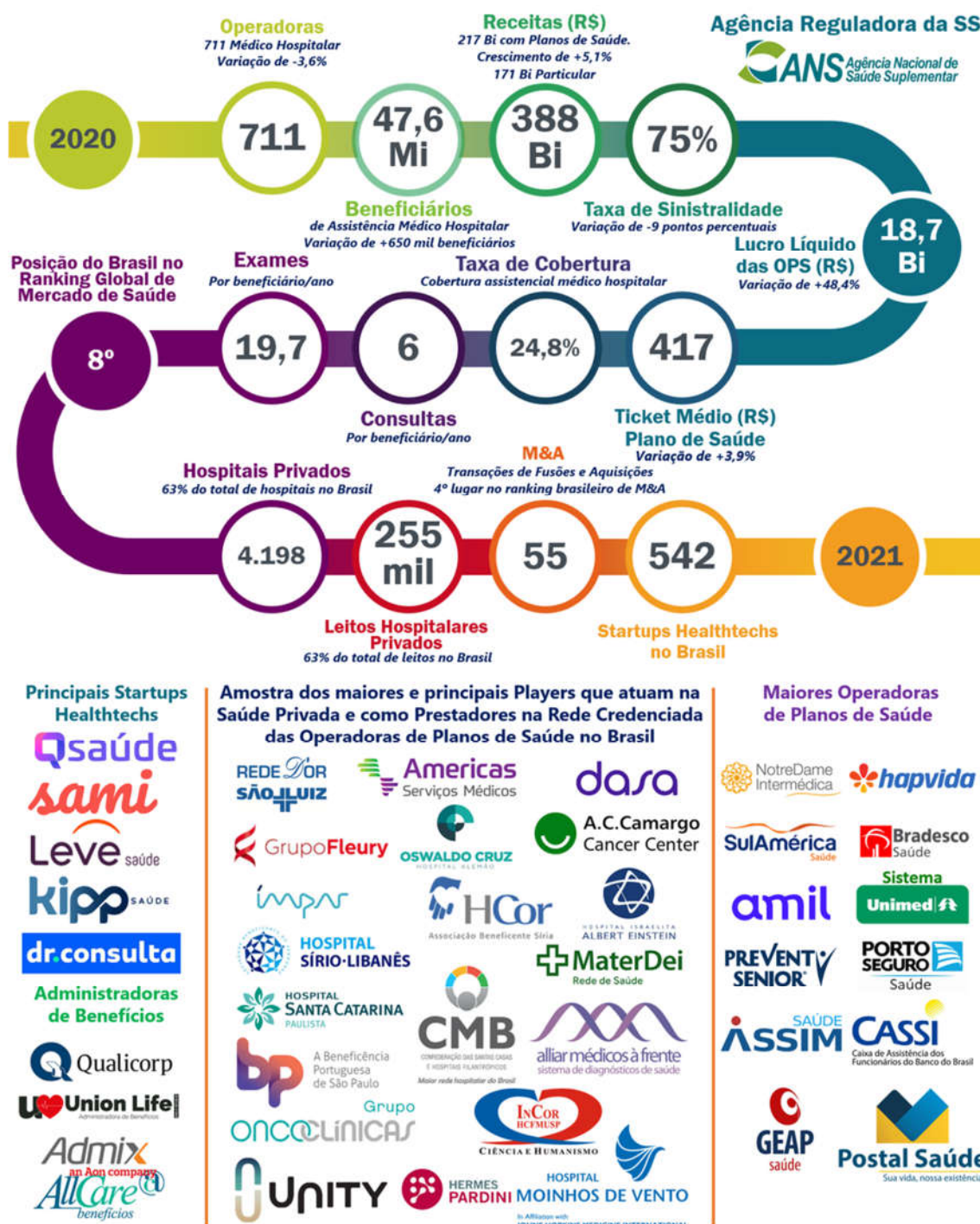
Para fins do Plano de Contas Padrão, rede hospitalar e rede odontológica própria é definida como todo e qualquer recurso hospitalar ou odontológico de propriedade da operadora, ou sob controle comum, ou ainda, com participação relevante da operadora ou do grupo do qual ela está inserida, compreendendo todos os profissionais médicos ou odontólogos, assalariados ou cooperados da operadora. (ANS, 2018).

Esta rede credenciada é disponibilizada para os consumidores contratantes dos planos de saúde, através do popular guia médico em mídia impressa ou digital (portal na internet, App<sup>33</sup>, etc). No caso dos hospitais privados, os procedimentos e eventos em saúde que foram negociados com as OPS, são as principais fontes de receitas dos hospitais privados no Brasil. No caso dos hospitais da ANAHP, o atendimento dos procedimentos e eventos em saúde das OPS representou 89% das receitas no ano de 2019 e 82% em 2020. A figura 6 tem por objetivo demonstrar uma visão geral do mercado de Saúde Suplementar no Brasil em 2020. A figura descreve as principais quantidades do mercado de SS (OPS, beneficiários, hospitais privados, leitos hospitalares privados, *Startups Healthtechs* e transações de M&A), os principais resultados econômico-financeiros (receitas, ticket médio do Plano de Saúde, lucro líquido), alguns indicadores da ótica assistencial por beneficiário (número de consultas e exames) e uma “amostragem” dos principais players que atuam no mercado de SS como OPS de grande porte (acima de 100 mil beneficiários), *Startups Healthtechs*, prestadores de serviço de assistência à saúde suplementar da Rede Credenciada (principais grupos hospitalares, hospitais privados de grande porte e de relevante nível de excelência no Brasil, principais grupos de laboratórios, entre outros).

---

<sup>33</sup> App é a abreviação de aplicativo (que vem do inglês *application*), que é um programa de *software* presente em dispositivos móveis (celulares *smartphones* e *tablets*), ou no computador e em *smart TVs*. Mediante disponibilização das OPS, os Apps são obtidos em lojas virtuais de aplicativos e podem ser utilizados *off-line* ou *on-line*. No APP o beneficiário pode consultar a rede credenciada, agendar consultas e exames, consultar resultados de exames, pagar boletos, consultar informações de saúde, solicitar autorizações, atualizar dados cadastrais, realizar consultas médicas por telemedicina, entre outras funcionalidades de acordo com cada OPS.

Figura 6 - Visão Geral do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil em 2020



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS, FBH, KPMG e OPS.

## 3.2 Hospitais e leitos hospitalares privados no Brasil

### 3.2.1 Visão geral dos hospitais no Brasil

Considerando que o objeto deste estudo tem foco em hospitais privados, inicialmente este capítulo trata da visão geral da distribuição dos hospitais públicos e privados no país e sua respectiva representatividade por natureza jurídica<sup>34</sup> (público e privado). Na sequência apresenta-se uma análise das principais características e a evolução da distribuição dos hospitais privados no Brasil.

Hospital privado ou particular – hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público.

Hospital público – hospital que integra o patrimônio da União, estados, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado). (Ministério da Saúde, 1987).

Segundo a Federação Brasileira de Hospitais – FBH<sup>35</sup> (2020), no Brasil no mês de janeiro, no período dos anos de 2010 a 2020, a distribuição de hospitais na série histórica apresentou discreta variação (-3,8%) se comparado com o ano de 2010, ou seja, redução de 265 hospitais, passando de 6.907 para 6.642 hospitais em 2020. O quadro 7 demonstra a distribuição da série histórica do número total de hospitais no Brasil.

Quadro 7- Distribuição histórica quantitativa dos Hospitais no Brasil

Série histórica do número de Hospitais Públicos e Privados no Brasil. Período: janeiro de 2010 a janeiro de 2020													
Classificação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 2020 x 2010	Δ 2020 x 2010 (%)
Hospitais Públicos	2.080	2.115	2.123	2.200	2.281	2.331	2.366	2.397	2.423	2.435	2.444	364	17,5%
Hospitais Privados	4.827	4.687	4.578	4.544	4.538	4.329	4.341	4.341	4.397	4.267	4.198	-629	-13,0%
<b>Total de Hospitais</b>	<b>6.907</b>	<b>6.802</b>	<b>6.701</b>	<b>6.744</b>	<b>6.819</b>	<b>6.660</b>	<b>6.707</b>	<b>6.738</b>	<b>6.820</b>	<b>6.702</b>	<b>6.642</b>	<b>-265</b>	<b>-3,8%</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

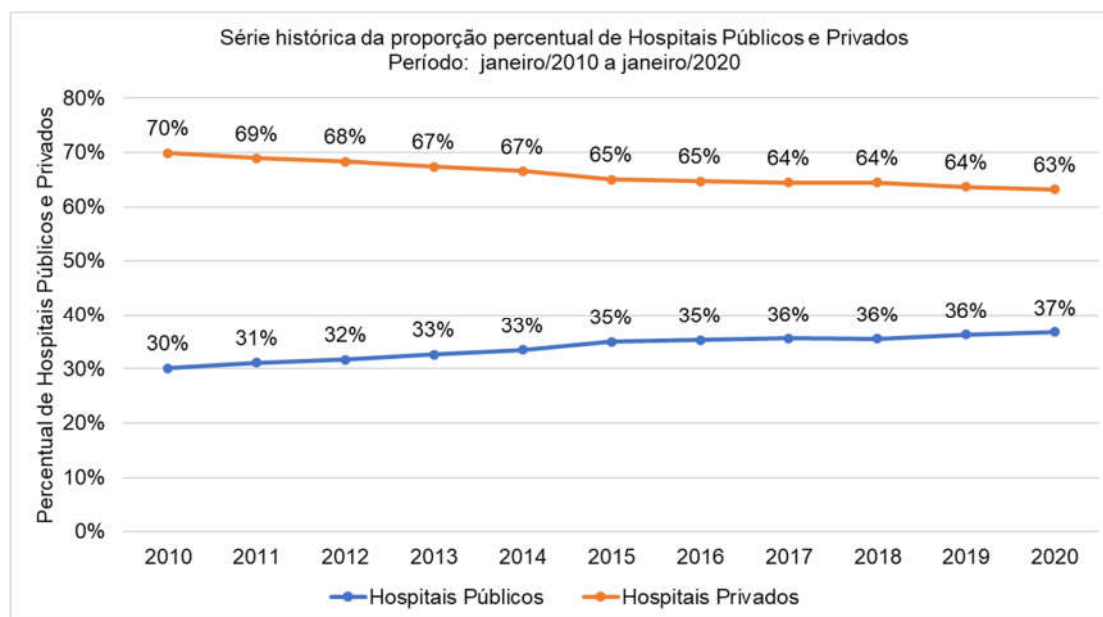
<sup>34</sup> No Brasil a classificação da constituição jurídico-institucional das entidades públicas e privadas nos cadastros da administração pública, são definidas pela CONCLA do IBGE. Atualmente são cinco grandes categorias: Administração pública, Entidades empresariais, Entidades sem fins lucrativos, Pessoas físicas e organizações internacionais e outras instituições extraterritoriais. Os hospitais privados podem ser classificados como Entidades empresariais ou Entidades sem fins lucrativos, ou seja, hospitais com fins lucrativos ou sem fins lucrativos podendo ser filantrópico.

<sup>35</sup> A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) foi criada em 1966 para fornecer representatividade e evolução ao Setor Hospitalar. Periodicamente publica estudos e relatórios para ampliar o acesso à informação do setor. O relatório da situação dos hospitais privados no Brasil, denominado Cenário dos Hospitais no Brasil é publicado desde 2018.

Devido à variação ao longo do período no número de hospitais por natureza jurídica (público ou privado), nota-se crescimento constante no número dos hospitais públicos e redução nos hospitais privados. No mesmo período de comparação (2010 a 2020) houve crescimento de 364 hospitais públicos (17,5%) e redução de 629 hospitais privados (13%).

No ano de 2010 os hospitais públicos representavam 30,1% da quantidade total de hospitais brasileiros, enquanto os hospitais privados representavam 69,9%. No ano de 2020 os hospitais públicos representavam 36,8% do contingente total dos hospitais brasileiros, enquanto os hospitais privados representavam 63,2%. O gráfico 5 demonstra a distribuição do percentual de hospitais públicos e hospitais privados no Brasil.

Gráfico 5- Distribuição histórica percentual de Hospitais Públicos e Privados no Brasil



Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

### 3.2.2 Os Hospitais privados no Brasil

#### 3.2.2.1 Hospitais privados por Região

Segundo a FBH (2020), no Brasil em janeiro de 2020 havia 4.198 hospitais



privados. A Região Sudeste representa 41% dos hospitais privados do país (1.706), seguida pelas Regiões Nordeste com 23% (956), Sul com 20% (846), Centro Oeste com 11% (478) e por fim o Norte com 5% (212).

Quando comparado a representatividade percentual dos hospitais privados por Região *versus* o percentual de beneficiários com planos de saúde, a Região Sudeste apresenta a maior concentração de hospitais privados (41%) e beneficiários com planos de saúde (62%). Observa-se também nesta comparação que a distribuição de representatividade percentual dos hospitais privados, em geral, não acompanha a representatividade percentual de beneficiários com planos de saúde. Por outro lado, a região Sudeste demonstra-se como o Polo de Saúde privada do país, como também econômico. O quadro 8 demonstra a distribuição quantitativa e proporcional de hospitais privados e beneficiários com planos de saúde, segregados pelas cinco regiões do Brasil.

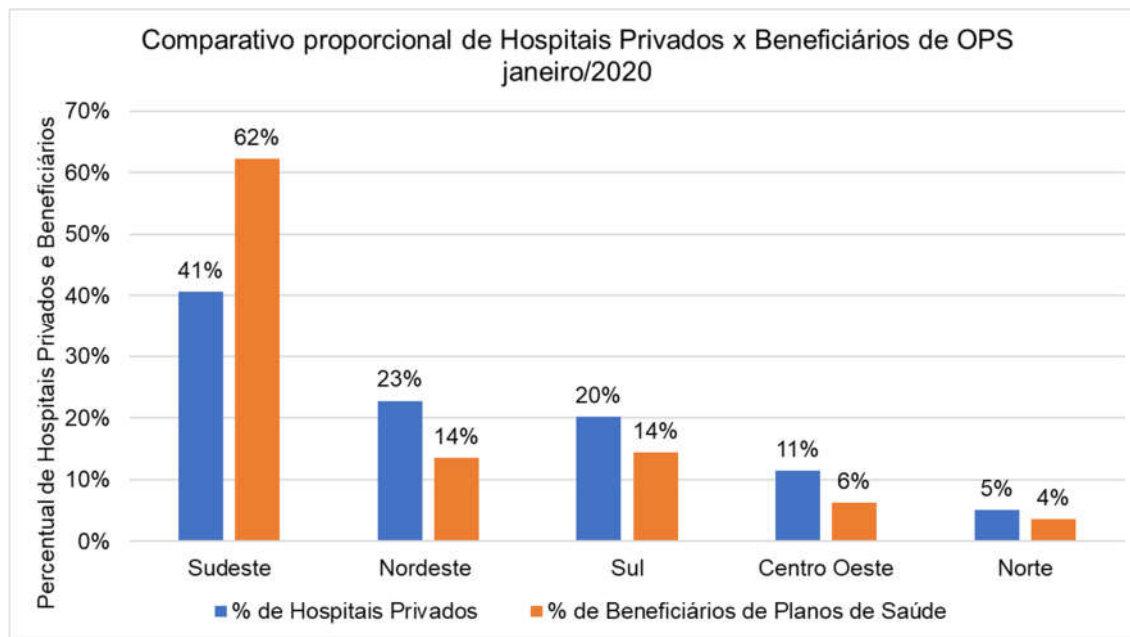
Quadro 8- Distribuição de hospitais privados e beneficiários de OPS por Região

Hospitais Privados e Beneficiários com planos de saúde por Região em janeiro de 2020				
Região	Número de Hospitais Privados	% de Hospitais Privados	Número de Beneficiários com Planos de Saúde	% de Beneficiários com Planos de Saúde
Sudeste	1.706	41%	29.300.918	62%
Nordeste	956	23%	6.349.316	14%
Sul	846	20%	6.772.604	14%
Centro Oeste	478	11%	2.915.982	6%
Norte	212	5%	1.693.151	4%
<b>Total</b>	<b>4.198</b>	<b>100%</b>	<b>47.031.971</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH e ANS.

O gráfico 6 demonstra a distribuição comparativa proporcional de hospitais privados *versus* beneficiários de planos de saúde por Região no Brasil.

Gráfico 6- Distribuição comparativa de hospitais privados *versus* beneficiários de OPS



### 3.2.2.2 Hospitais privados por UF

Com a concentração de hospitais privados na Região Sudeste do país, dois estados desta Região concentram o maior volume de hospitais privados no país. O estado de São Paulo representa 20,1% dos hospitais privados (843), seguido por Minas Gerais com 13% (544) conforme quadro 9. Somente estes dois estados representam 33% dos hospitais privados no Brasil. Quando observado a representatividade percentual da população com planos de saúde, evidencia-se a concentração de beneficiários nos estados de São Paulo (36,4%), Rio de Janeiro (11,3%) e Minas Gerais (10,9%), conforme demonstra a quadro 9. Estes três estados representam 58,6% dos beneficiários com planos de saúde no Brasil. O quadro 9 demonstra a distribuição dos hospitais privados e o comparativo proporcional em percentual dos hospitais privados *versus* beneficiários de OPS por Unidade Federativa no Brasil.



Quadro 9- Distribuição comparativa proporcional dos hospitais privados *versus* beneficiários de OPS por UF

Comparativo de Hospitais Privados x Beneficiários de Plano de Saúde por UF em janeiro/2020				
Unidades Federativas	Número de Hospitais	% de Hospitais Privados	Número de Beneficiários de Planos de Saúde	% Beneficiários de Plano de Saúde
SP São Paulo	843	20,1%	17.119.637	36,4%
MG Minas Gerais	544	13,0%	5.126.485	10,9%
BA Bahia	353	8,4%	1.552.055	3,3%
PR Paraná	330	7,9%	2.868.950	6,1%
RS Rio Grande do Sul	293	7,0%	2.492.694	5,3%
GO Goiás	248	5,9%	1.175.799	2,5%
RJ Rio de Janeiro	247	5,9%	5.314.613	11,3%
SC Santa Catarina	223	5,3%	1.457.991	3,1%
CE Ceará	138	3,3%	1.222.831	2,6%
PE Pernambuco	134	3,2%	1.316.895	2,8%
PA Pará	110	2,6%	799.544	1,7%
MT Mato Grosso	100	2,4%	611.416	1,3%
MS Mato Grosso do Sul	74	1,8%	611.416	1,3%
ES Espírito Santo	72	1,7%	1.128.767	2,4%
PB Paraíba	70	1,7%	423.288	0,9%
MA Maranhão	69	1,6%	470.320	1,0%
DF Distrito Federal	56	1,3%	893.607	1,9%
AL Alagoas	52	1,2%	376.256	0,8%
PI Piauí	50	1,2%	329.224	0,7%
SE Sergipe	46	1,1%	329.224	0,7%
RN Rio Grande do Norte	44	1,0%	517.352	1,1%
RO Rondônia	42	1,0%	141.096	0,3%
TO Tocantins	26	0,6%	94.064	0,2%
AM Amazonas	19	0,5%	517.352	1,1%
AC Acre	7	0,2%	47.032	0,1%
AP Amapá	5	0,1%	47.032	0,1%
RR Roraima	3	0,1%	47.032	0,1%
<b>Total</b>	<b>4198</b>	<b>100%</b>	<b>47.031.971</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH e ANS.

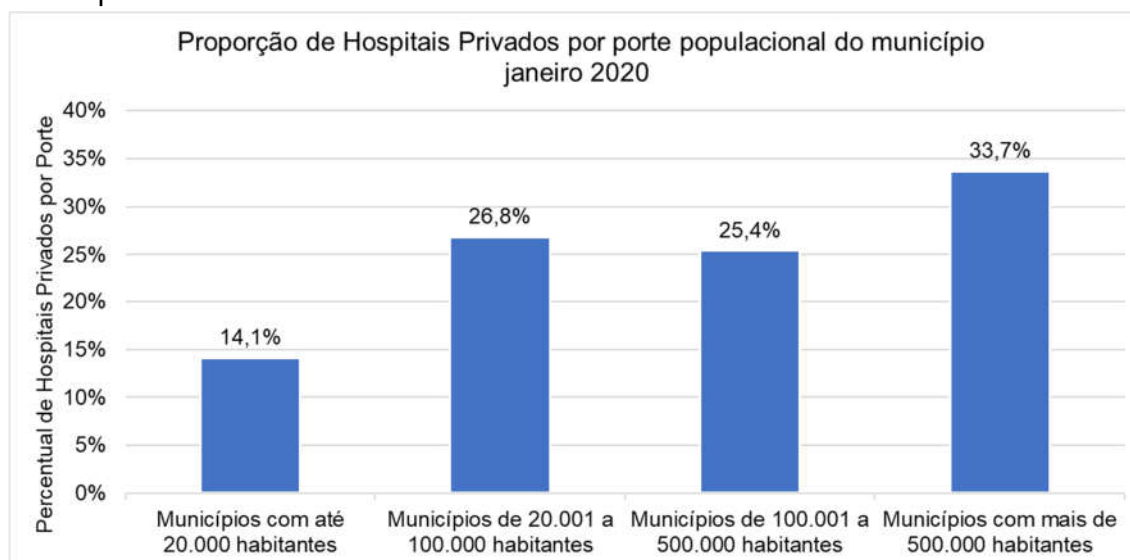
Comparando-se o grupo de 118 hospitais privados filiados à ANAHP aos 4.198 hospitais privados no Brasil, os hospitais desta Associação representem 2,8% do total de hospitais privados do país.

### 3.2.2.3 Hospitais privados por porte populacional do município

De acordo com a FBH (2020), 33,7% dos hospitais privados estão localizados em municípios de grande porte, ou seja, unidades federativas com mais de 500.000

habitantes; apenas 14,1% estão em municípios de pequeno porte (com até 20 mil habitantes). O gráfico 7 demonstra a distribuição proporcional percentual de hospitais privados, de acordo com o porte populacional dos municípios no Brasil.

Gráfico 7- Distribuição proporcional de hospitais privados, por porte populacional do município no Brasil



Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

### 3.2.2.4 Hospitais privados por porte hospitalar

No Brasil os hospitais são classificados por portes de acordo com o número de leitos instalados:

Hospital de pequeno porte – hospital com capacidade instalada de até 50 leitos.

Hospital de médio porte – hospital com capacidade instalada de 51 a 150 leitos.

Hospital de grande porte – hospital com capacidade instalada de 151 a 500 leitos.

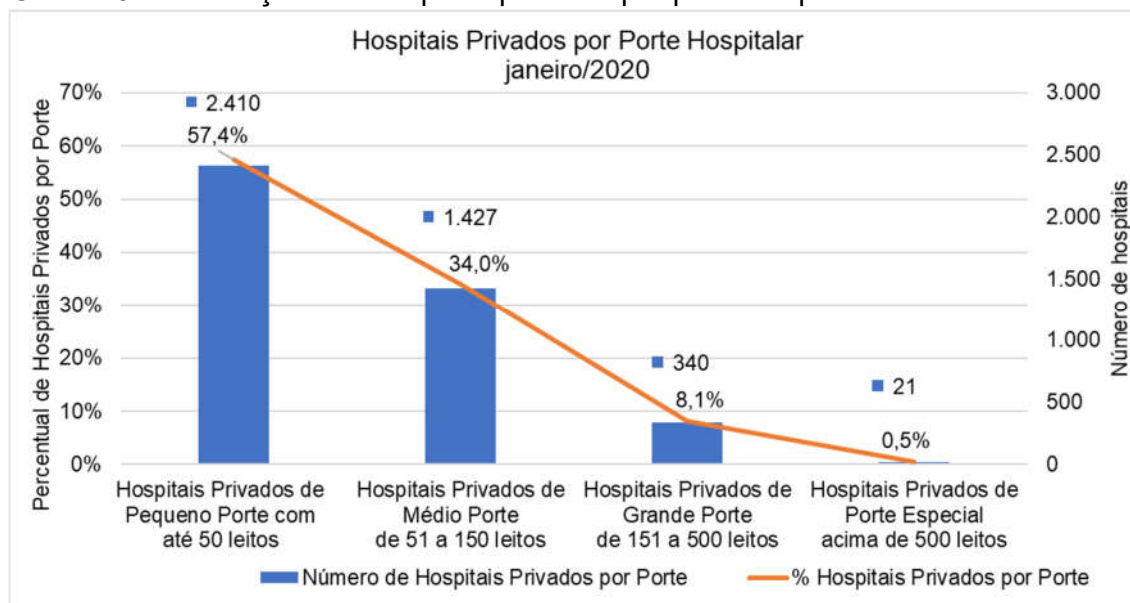
Hospital de porte especial – hospital com capacidade instalada acima de 500 leitos. (Ministério da Saúde, 1987).

Capacidade hospitalar instalada é a capacidade dos leitos habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão. (Ministério da Saúde, 2002).

Os hospitais privados no Brasil são predominantemente de pequeno porte: 57,4% de hospitais com até 50 leitos (2.410), 34% de médio porte (1.427), 8,1% de grande porte (340) e apenas 0,5% de porte especial (21). O gráfico 8 demonstra a

distribuição quantitativa e percentual dos hospitais privados por porte hospitalar no Brasil.

Gráfico 8- Distribuição dos hospitais privados por porte hospitalar no Brasil



Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

### 3.2.2.5 Hospitais privados por tipo de atendimento

No Brasil os hospitais privados podem prestar serviço a saúde pública, conforme disposto na redação do § 1º do art. 199 da Constituição Federal, ou seja, prevê que a participação privada seja “complementar” ao SUS. Em síntese a complementaridade da participação privada no SUS, só poderá ser considerada pelo gestor do SUS sempre que os serviços próprios da rede pública de saúde forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial às necessidades da população de uma determinada área. Ou seja, recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, deve ocorrer exclusivamente em casos de insuficiência de rede para cobertura assistencial. Esta participação complementar dos serviços privados deve ser formalizada mediante contrato ou convênio com o órgão público, conforme disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

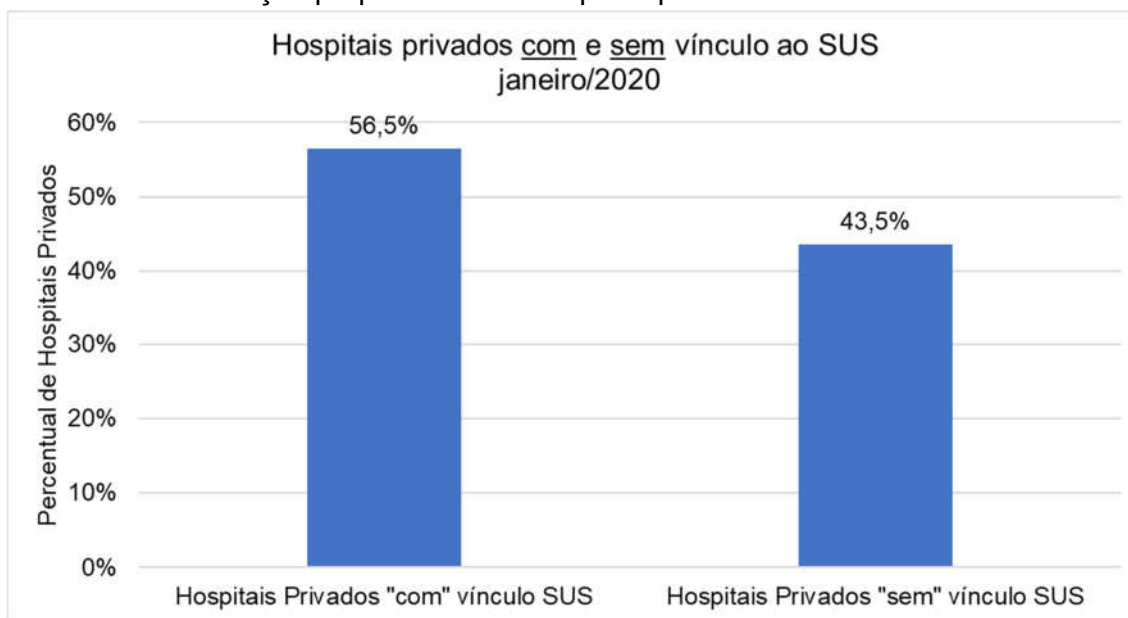
§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do

sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. (BRASIL, 1988).

Na distribuição proporcional de hospitais privados por tipo de atendimento em relação ao seu vínculo com o SUS, 56,5% destes hospitais possuem vínculo com o serviço de saúde pública, prestando atendimento aos pacientes do SUS. O gráfico 9 demonstra a distribuição proporcional percentual de hospitais privados com e sem vínculo ao SUS.

Gráfico 9- Distribuição proporcional de hospitais privados com e sem vínculo ao SUS



Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

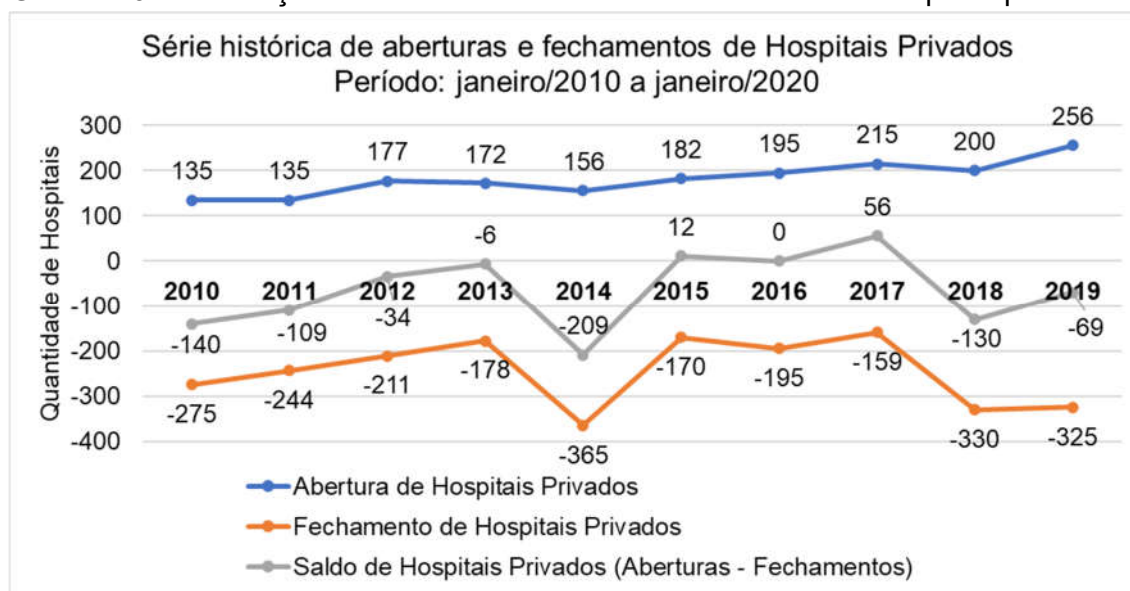
### 3.2.2.6 Histórico de abertura e fechamentos de hospitais privados no Brasil

No Brasil (FBH, 2020), ao longo do período dos anos de 2010 a 2019, foram abertos 1.823 hospitais privados, enquanto no mesmo período 2.452 hospitais privados foram fechados. Com base neste histórico, o saldo de hospitais privados foi negativo em 629 hospitais no período descrito no gráfico abaixo. Mesmo com o saldo negativo, desde o ano de 2015, com exceção de 2018 temos crescimento na abertura de hospitais. Por outro lado, o número de hospitais privados fechados que vinha

decaindo no mesmo período, apresentou acentuado crescimento

nos anos de 2014, 2018 e 2019. O gráfico 10 demonstra a distribuição da série histórica de aberturas, fechamentos (encerramento formal das atividades da empresa<sup>36</sup>) e saldo<sup>37</sup> de hospitais privados no Brasil.

Gráfico 10- Distribuição histórica de aberturas e fechamentos de hospitais privados



Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

### 3.2.3 Visão geral dos leitos hospitalares no Brasil

Leito de internação hospitalar é definido por:

Leito hospitalar de internação: é a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

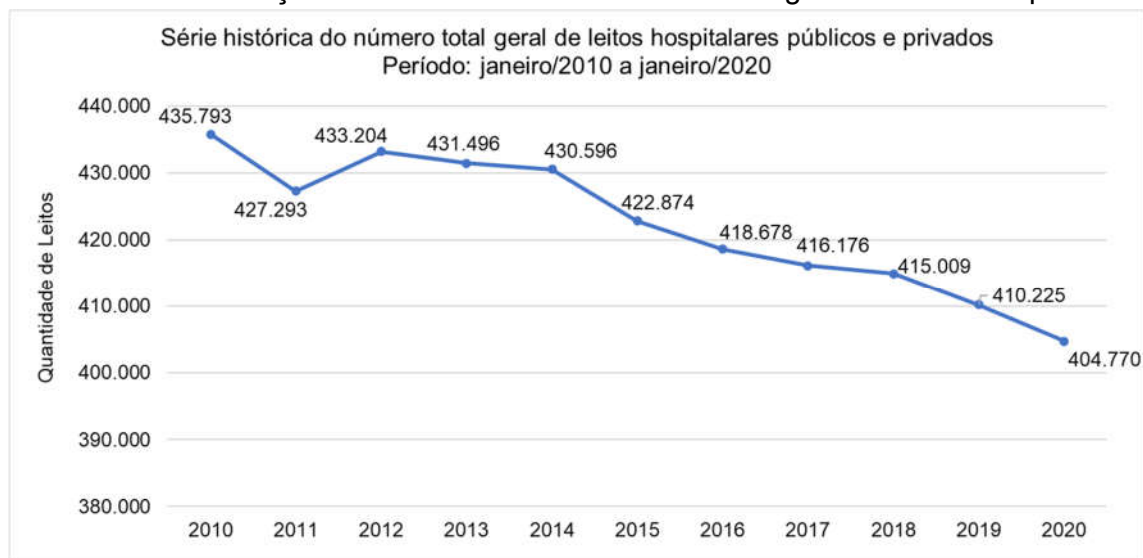
Segundo Federação Brasileira de Hospitais (2020), no Brasil no mês janeiro, no período de 2010 a 2020, a distribuição geral de leitos hospitalares (públicos e privados) apresentou redução de 7,7% se comparado com 2010, ou seja, redução de

<sup>36</sup> Empresa é uma organização econômica, civil ou comercial, constituída para explorar um ramo de negócio e oferecer ao mercado bens e/ou serviços, para atender as necessidades e desejos dos clientes.

<sup>37</sup> O saldo dos hospitais privados é calculado da seguinte forma: número total de aberturas de hospitais privados subtraindo-se o número total de fechamentos de hospitais.

31.023 leitos, passando de 435.793 para 404.770 leitos no país. O gráfico 11 demonstra a distribuição da série histórica do número total geral de leitos hospitalares, evidenciando-se assim a queda do volume total de leitos em território nacional.

Gráfico 11- Distribuição da série histórica do número total geral de leitos hospitalares



Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

### 3.2.3.1 Leitos hospitalares em hospitais públicos e privados

Ao longo do período de 2010 a 2020, houve redução predominantemente de 13,7% que representa -40.481 leitos em hospitais privados. Por outro lado, nos hospitais públicos, houve aumento de 6,7% com 9.458 novos leitos em hospitais públicos no mesmo período. Com exceção do ano de 2013, houve redução no número de leitos em hospitais privados em todos os anos da série histórica. Em 2010 os leitos privados representavam 68% do número total de leitos hospitalares do país, enquanto os leitos públicos representavam 32%. Em 2020 esta representatividade teve redução de 5 pontos percentuais para os leitos privados, ou seja, de 68% para 63%. Nos leitos públicos houve crescimento de 5 pontos percentuais passando de 32% para 37% dos leitos hospitalares brasileiros. O quadro 10 demonstra a distribuição da série histórica do número e proporção de leitos hospitalares públicos e privados no Brasil.

Quadro 10- Distribuição da série histórica do número e proporção de leitos hospitalares públicos e privados

Série histórica do número total de Leitos Hospitalares Públicos e Privados Período: janeiro/2010 a janeiro/2020					
Ano	Leitos privados	% participação leitos privados	Leitos públicos	% participação leitos públicos	Total geral de leitos
2010	295.463	68%	140.330	32%	435.793
2011	282.607	66%	144.686	34%	427.293
2012	288.105	67%	145.099	33%	433.204
2013	289.163	67%	142.333	33%	431.496
2014	285.397	66%	145.199	34%	430.596
2015	275.389	65%	147.485	35%	422.874
2016	270.678	65%	148.000	35%	418.678
2017	265.084	64%	151.092	36%	416.176
2018	264.009	64%	151.000	36%	415.009
2019	260.695	64%	149.530	36%	410.225
2020	254.982	63%	149.788	37%	404.770

Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

### 3.2.3.2 Densidade de leitos hospitalares por 1.000 habitantes no Brasil

Segundo o Ministério da Saúde (2020), o indicador para aferir a disponibilidade de leitos hospitalares públicos e privados, segundo localização geográfica, é denominado densidade de leitos. “Densidade de leitos: número de leitos hospitalares por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.”<sup>38</sup> Este indicador é utilizado para analisar variações geográficas e temporais na distribuição de leitos hospitalares, fonte para comparação da distribuição dos leitos e subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médico-hospitalar no país.

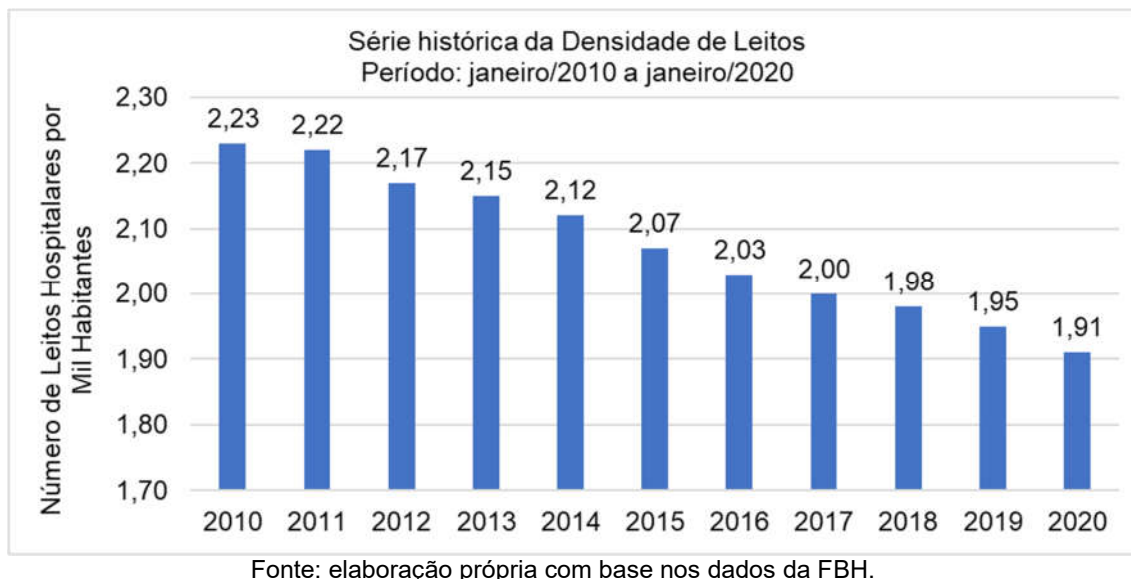
Independentemente da natureza jurídica dos hospitais (públicos e privados) e considerando a população residente estimada a cada ano por UF e a quantidade total de leitos no território nacional, a densidade de leitos por 1.000 habitantes no Brasil se

<sup>38</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) não estabelece necessariamente uma meta mínima de densidade de leitos por mil habitantes. Globalmente a OMS estima 3,2 leitos para cada mil habitantes (leitos comuns, leito de UTIs e leitos de reabilitação).

demonstrou decrescente ao longo do período dos anos de 2010 a 2020.

Em 2010, a densidade de leitos no Brasil era de 2,23 leitos por 1.000 habitantes, enquanto, em 2020, de 1,91 leitos por 1.000 habitantes. O gráfico 12 demonstra a respectiva distribuição da série histórica da densidade de leitos hospitalares por 1.000 habitantes no país.

Gráfico 12- Distribuição da série histórica da densidade de leitos hospitalares por 1.000 habitantes



### 3.2.3.3 Leitos hospitalares privados por Região

Dos 254.982 leitos privados no Brasil, há uma concentração significativa de 45% na Região Sudeste (111.681 leitos hospitalares). Os demais 55% se dividem entre 23% na Região Nordeste (59.307 leitos), 19% na Região Sul (47.927), 9% na Região Centro Oeste (22.108 leitos) e 4% na Região Norte (9.959 leitos privados).

O quadro 11 demonstra a distribuição dos leitos hospitalares nas Regiões do país, com destaque para a concentração supracitada na Região Sudeste.

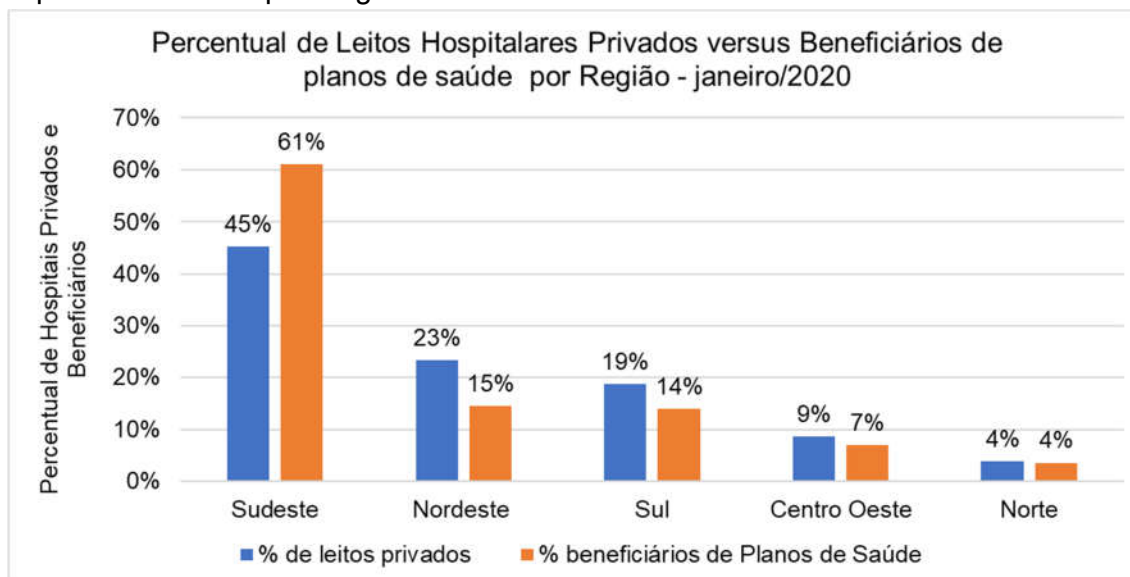


Quadro 11- Distribuição dos leitos hospitalares privados por Região

Leitos Hospitalares Privados por Região em janeiro/2020		
Região	Leitos privados	%
Sudeste	115.681	45%
Nordeste	59.307	23%
Sul	47.927	19%
Centro Oeste	22.108	9%
Norte	9.959	4%
<b>Total</b>	<b>254.982</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

Quando comparada a representatividade percentual dos leitos privados por Região *versus* o percentual de beneficiários com Planos de Saúde, a Região Sudeste – onde estão 45% dos leitos hospitalares privados - concentra também 61% dos beneficiários com planos de saúde. O gráfico 13 demonstra distribuição proporcional percentual de leitos hospitalares privados *versus* beneficiários de planos de saúde por Região do Brasil. No gráfico fica evidente a concentração de leitos hospitalares privados e beneficiários de planos de saúde na região Sudeste.

Gráfico 13- Distribuição percentual de leitos hospitalares privados *versus* beneficiários de planos de saúde por Região

Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH e ANS.

### **3.2.3.4 Leitos hospitalares privados por UF**

Com a concentração de hospitais privados na Região Sudeste do país, dois estados desta Região apresentam o maior número de hospitais no país: o estado de São Paulo representa 20,1% dos hospitais privados (843), seguido por Minas Gerais com 13% (544), conforme quadro 12.

Quando comparada a representatividade percentual de hospitais privados, com a representatividade da população com planos de saúde privados, evidencia-se que apenas três unidades federativas representam 48% do total de leitos hospitalares privados do país (São Paulo (64.549), Minas Gerais (31.131) e Rio Grande do Sul (26.852). Quando observado a representatividade percentual da população com planos de saúde, três estados representam 58,6% dos beneficiários com planos de saúde no Brasil, ou seja, São Paulo (36,4%), Rio de Janeiro (11,3%) e Minas Gerais (10,9%). O quadro 12 demonstra a distribuição e representatividade percentual de leitos hospitalares privados, beneficiários de OPS por UF.

Quadro 12- Distribuição e representatividade (%) de leitos hospitalares privados, beneficiários de OPS por UF

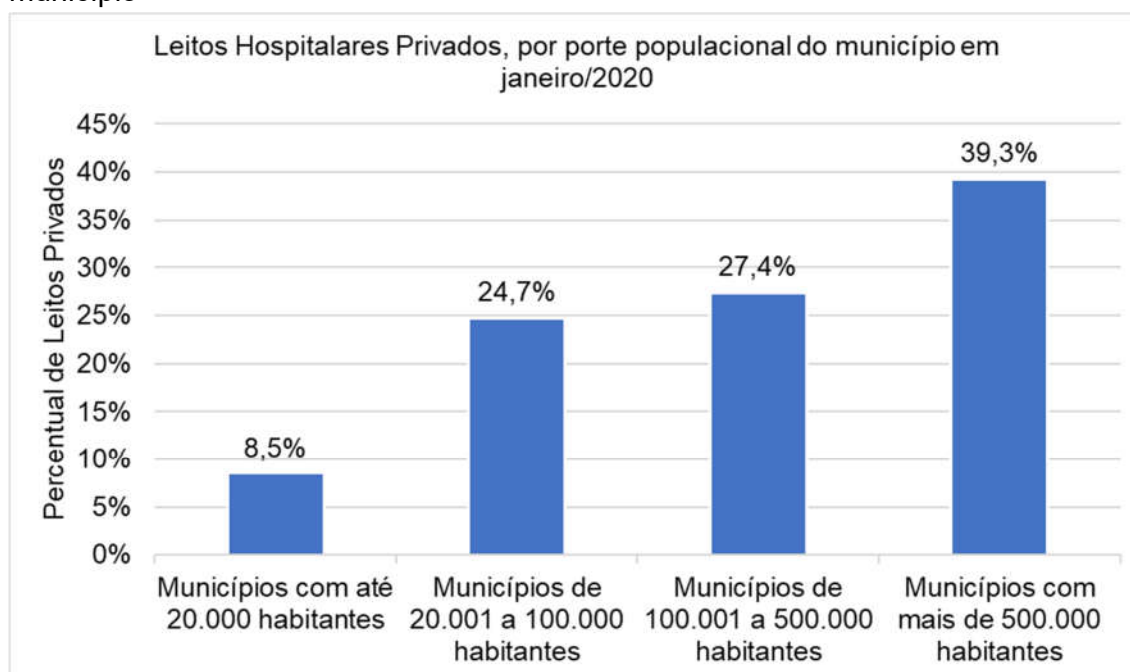
Número e Representatividade (%) de Leitos Hospitalares Privados e Beneficiários de plano de saúde por UF em janeiro/2020				
Unidades Federativas	Número de Leitos Hospitalares Privados	% de Leitos Hospitalares Privados	Número de Beneficiários com Planos de Saúde	% Beneficiários com Planos de Saúde
SP São Paulo	64.549	25,3%	17.119.637	36,4%
MG Minas Gerais	31.131	12,2%	5.126.485	10,9%
RS Rio Grande do Sul	26.852	10,5%	2.492.694	5,3%
PR Paraná	20.655	8,1%	2.868.950	6,1%
RJ Rio de Janeiro	15.359	6,0%	5.314.613	11,3%
BA Bahia	13.252	5,2%	1.552.055	3,3%
SC Santa Catarina	11.800	4,6%	1.457.991	3,1%
GO Goiás	10.889	4,3%	1.175.799	2,5%
PE Pernambuco	9.066	3,6%	1.316.895	2,8%
CE Ceará	8.720	3,4%	1.222.831	2,6%
PA Pará	6.326	2,5%	799.544	1,7%
ES Espírito Santo	4.642	1,8%	1.128.767	2,4%
MS Mato Grosso do Sul	4.093	1,6%	611.416	1,3%
MA Maranhão	3.925	1,5%	470.320	1,0%
AL Alagoas	3.631	1,4%	376.256	0,8%
MT Mato Grosso	3.629	1,4%	611.416	1,3%
DF Distrito Federal	3.497	1,4%	893.607	1,9%
PB Paraíba	2.985	1,2%	423.288	0,9%
RN Rio Grande do Norte	2.330	0,9%	517.352	1,1%
PI Piauí	2.046	0,8%	329.224	0,7%
SE Sergipe	1.972	0,8%	329.224	0,7%
RO Rondônia	1.260	0,5%	141.096	0,3%
AM Amazonas	907	0,4%	517.352	1,1%
TO Tocantins	847	0,3%	94.064	0,2%
AC Acre	275	0,1%	47.032	0,1%
AP Amapá	219	0,1%	47.032	0,1%
RR Roraima	125	0,0%	47.032	0,1%
<b>Total</b>	<b>254.982</b>	<b>100%</b>	<b>47.031.971</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH e ANS.

### 3.2.3.5 Leitos hospitalares privados por porte populacional do município

De acordo com a FBH (2020), 39,3% dos leitos privados estão localizados em municípios de grande porte, ou seja, unidades federativas com mais de 500.000 habitantes. O gráfico 14 demonstra a distribuição dos leitos hospitalares privados, por porte populacional dos municípios brasileiros em 4 categorias.

Gráfico 14- Distribuição dos leitos hospitalares privados, por porte populacional do município

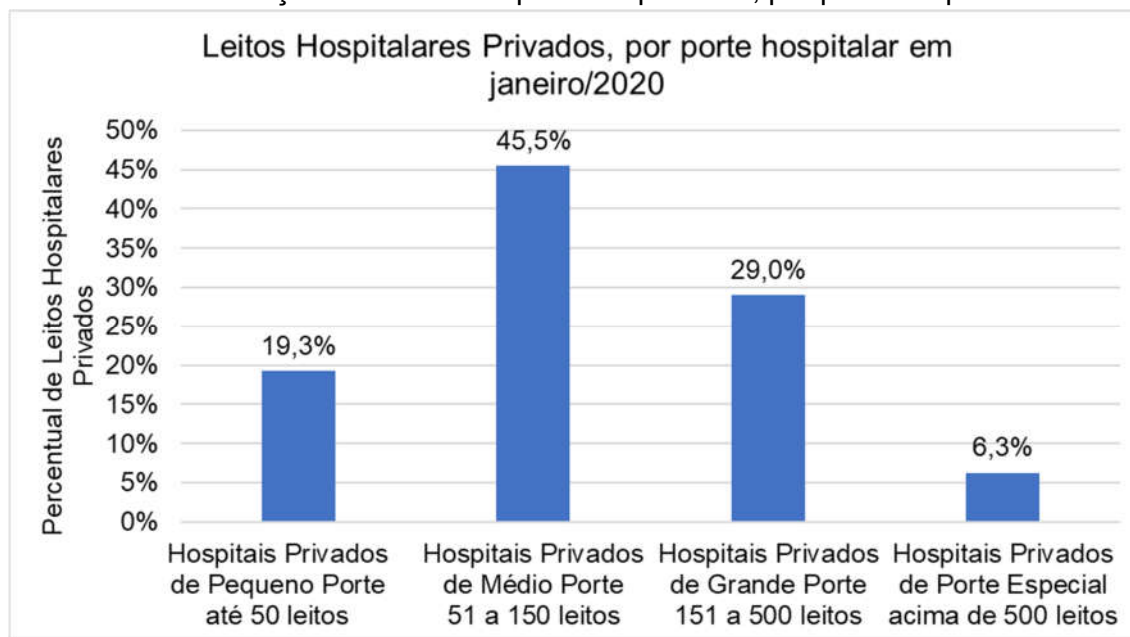


Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

### 3.2.3.6 Leitos hospitalares privados por porte hospitalar

Em janeiro de 2020, 45,5% dos leitos hospitalares privados no Brasil estavam instalados em hospitais privados de médio porte, ou seja, hospitais de 51 a 150 leitos, 35,3% dos leitos hospitalares privados em hospitais privados de grande porte (acima de 151 leitos) e 19,3% de pequeno porte (abaixo de 50 leitos). O gráfico 15 distribuição dos leitos hospitalares privados, por porte hospitalar, ou seja, pequeno porte, médio porte, grande porte ou porte especial.

Gráfico 15- Distribuição dos leitos hospitalares privados, por porte hospitalar

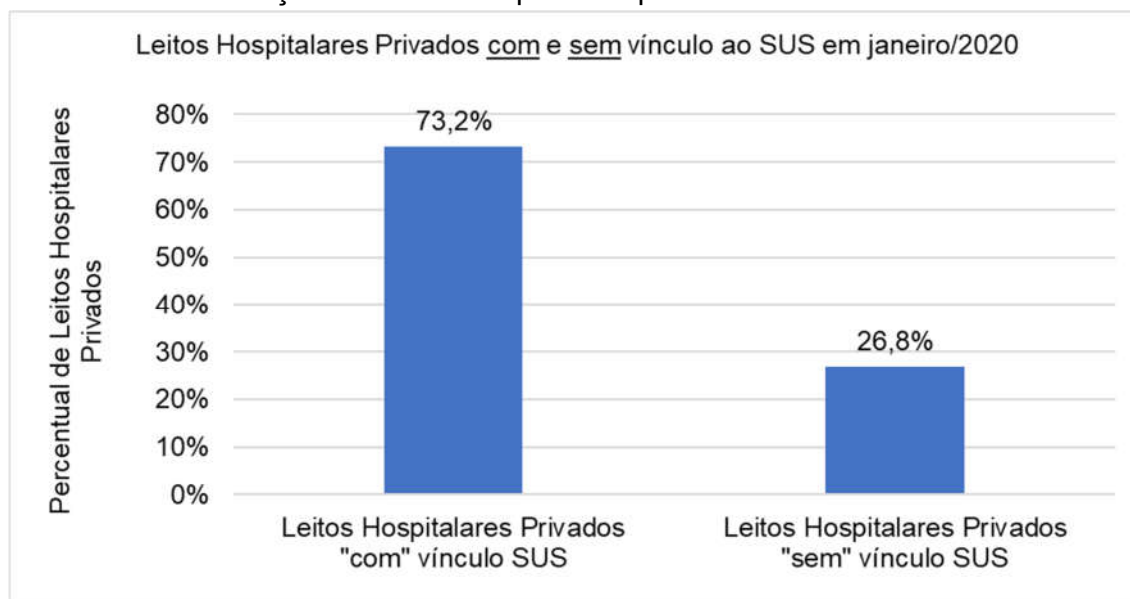


Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

### 3.2.3.7 Leitos hospitalares privados por tipo de atendimento

Na distribuição de leitos privados por tipo de atendimento em relação ao vínculo com o SUS, em janeiro de 2020 73,2% dos leitos privados no país possuem relacionamento formal com o SUS. O gráfico 16 Distribuição dos leitos hospitalares privados com e sem vínculo com o serviço público, seja por meio de convênio ou contrato.

Gráfico 16- Distribuição dos leitos hospitalares privados com e sem vínculo ao SUS



Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

### 3.2.3.8 Leitos hospitalares privados por tipo de hospital

Segundo o Ministério da Saúde (2020), os hospitais são definidos por:

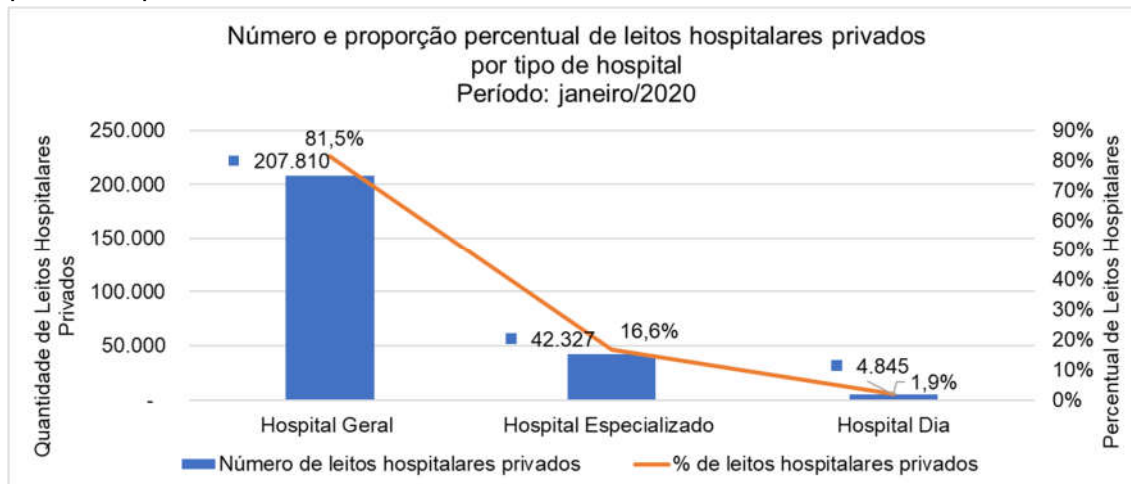
Hospital Geral: hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade.

Hospital Especializado: hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Geralmente de referência regional, macrorregional ou estadual.

Hospital-Dia- Isolado: – Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação. (Ministério da Saúde, 2020)

No Brasil os leitos hospitalares privados em hospitais gerais representam 81,5% dos leitos privados (3.421), seguidos por 16,8% de leitos em hospitais especializados (697) e 1,9% de leitos em hospitais dia (80). O gráfico 17 demonstra a distribuição do número e proporção percentual de leitos hospitalares privados, por tipo de hospital, ou seja, hospital geral, hospital especializado ou hospital dia. O referido gráfico evidencia a significativa representatividade dos leitos hospitalares nos hospitais gerais.

Gráfico 17- Distribuição do número e proporção de leitos hospitalares privados, por tipo de hospital



Fonte: elaboração própria com base nos dados da FBH.

Diante do exposto acima os estados da Região Sudeste demonstram-se como um Polo de saúde para o Brasil, com predominância e destaque para a unidade federativa de São Paulo. Nesta Região concentram-se os maiores volumes de: hospitais privados, leitos hospitalares privados, beneficiários de planos de saúde, operadoras de planos de saúde, os hospitais de excelência com reconhecimento internacional, creditações e certificações de qualidade, as mais avançadas tecnologias da área da saúde (cirurgias robóticas, genética inteligência artificial, radioterapias, entre outras), as melhores e maiores escolas de medicina do país, oferta de tratamentos raros e de maior complexidade assistencial, serviços especializados de saúde, inovações em saúde, *Healthtechs*, centros de pesquisa, as melhores escolas de negócios e pós graduações em saúde, indústrias de insumos entre outras organizações que fortalecem o sistema de saúde suplementar brasileiro.

### 3.3 A Importância dos indicadores na gestão hospitalar

Hospitais representam organizações complexas e pluralistas por seus objetivos ambíguos, pela natureza de suas atividades, pelo uso de tecnologia múltipla e complexa, pelo poder compartilhado e, enfim, pela pluralidade de profissionais que

neles atuam (Mintzberg, 2007; Zimmerman, 2011).

Os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todos esses organismos fossem, cada vez mais, regidos por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições – um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado. (CELESTINO, 2002, p. 1).

Os indicadores são considerados instrumentos essenciais para a avaliação do desempenho dos resultados da gestão organizacional do negócio (Lenz & Kuhn, 2004; Bernet, Rosko & Valdmanis, 2008). Dentre os indicadores para monitoramento do negócio, alguns devem ser definidos como os *Key Performance Indicators* (KPI's), pois em um ambiente de gestão estratégica em saúde, tais indicadores servem como referência para embasamento das tomadas de decisões estratégicas. De acordo com o desempenho demonstrados por meio dos indicadores é possível direcionar as rotas e estratégias das organizações de saúde.

Schout e Novaes (2007) ressaltam que a avaliação de desempenho de hospitais deve considerar indicadores de consistência científica, sensíveis e da identificação de parâmetros que viabilizem a comparabilidade para diferenciação da *performance* dos serviços de saúde. Para avaliação do desempenho das organizações de saúde, a classificação jurídica e o porte do estabelecimento podem influenciar seus indicadores e resultados econômico-financeiros (Veloso e Malik, 2010). Segundo Schout e Novaes (2007), os indicadores clássicos utilizados para avaliação da *performance* dos hospitais são constituídos basicamente de dados oriundos do censo hospitalar. Entre eles estão: taxa de ocupação, o TMP hospitalar, índice de rotatividade, intervalo de substituição e taxa de mortalidade hospitalar e institucional.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), censo hospitalar tem o seguinte conceito:

É a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital.

Termos relacionados: dia hospitalar

Notas técnicas (1): deve-se levar em consideração os leitos bloqueados e os leitos extras, bem como a contagem e o registro do número de internações, altas, óbitos, transferências internas e externas, evasões e desistência do tratamento ocorridos nas 24 horas relativas ao censo. Para efeito de censo, as unidades de tratamento intensivo (UTI) devem ser consideradas unidades de internação.

Notas técnicas (2): considerando-se a realidade de muitos hospitais



brasileiros, em que muitos pacientes iniciam o período de internação na unidade de emergência, às vezes lá permanecendo internados por vários dias, as unidades de emergência também devem realizar censos hospitalares.

Segundo a padronização da nomenclatura do censo hospitalar do Ministério da Saúde (2002), tais indicadores são aferidos da seguinte forma:

**Taxa de ocupação:**

Relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos/dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, pág. 25).

A taxa de ocupação hospitalar é utilizada para medir o percentual de ocupação dos leitos hospitalares. Como taxa de ocupação hospitalar representa o nível de utilização da oferta de leitos disponíveis nos hospitais, oscilações neste indicador podem refletir a eficiência operacional e podem evidenciar riscos de desequilíbrio econômico-financeiro. Este desequilíbrio está associado ao ponto de equilíbrio dos hospitais. Segundo Dutra (2017), no ponto de equilíbrio a organização produz o mínimo suficiente para igualar as receitas aos custos de produção de bens e/ou serviços. No ponto de equilíbrio a empresa não tem lucro nem prejuízo, pois gera recursos suficientes para remunerar seu custo produtivo. Para Santos (2017) a análise do equilíbrio entre receitas de vendas de produtos e/ou serviços e custos, torna-se indispensável como instrumento no processo de tomada de decisão estratégica.

**Tempo Médio de Permanência (TMP) hospitalar:**

Relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio, em dias, durante o qual os pacientes ficaram internados. (Ministério da Saúde, 2002, pág. 25).

Segundo Fávero (1975), o TMP hospitalar pode variar de acordo com o diagnóstico do paciente, idade, sexo, sistema de financiamento de saúde e distância do domicílio ao hospital. O TMP hospitalar é frequentemente considerado como um indicador de eficiência na prestação de serviços de saúde. (OECD, 2020, p.196).

Para fins desta pesquisa o indicador o EBITDA foi selecionado para aferir o resultado financeiro dos hospitais filiados à ANAHP. Segundo Lima (2011) a prática

de monitoramento de indicadores econômico-financeiros dos hospitais é de suma importância para a sustentabilidade financeira das instituições de saúde e, desta forma, garantir a viabilização dos recursos necessários (financeiros, operacionais, tecnologia, pessoal, entre outros) para o atendimento da sua demanda.

O EBITDA é a sigla em inglês para *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization* ou LAJIDA em português que significa Lucros Antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização.

O EBITDA representa o quanto a empresa gera de recursos apenas em sua atividade, sem levar em consideração os efeitos financeiros e de impostos, sendo assim, um importante indicador para avaliar a qualidade operacional da empresa. (MOREIRA et al, 2014, p. 9).

Segundo Veloso e Malik (2010), por se tratar de um indicador fundamental de valorização do negócio em si, o EBITDA é um indicador cada vez mais utilizado pelas instituições de saúde para a avaliação do seu desempenho financeiro. “[...] o chamado EBITDA é uma medida de performance operacional, que considera as receitas operacionais líquidas, menos os custos e as despesas operacionais, exceto as depreciações e amortizações (SILVA (2004, p. 221).”

O indicador da margem EBITDA representa a geração do fluxo de caixa operacional de caixa, sem levar em consideração os efeitos financeiros e de impostos. Desta forma o EBITDA evidencia “a genuína capacidade operacional de geração de caixa de uma empresa, ou seja, sua eficiência financeira determinada pelas estratégias operacionais adotadas” (ASSAF NETO, 2012, p. 211).

### **3.4 Impactos gerais da pandemia da COVID-19 na Saúde Suplementar**

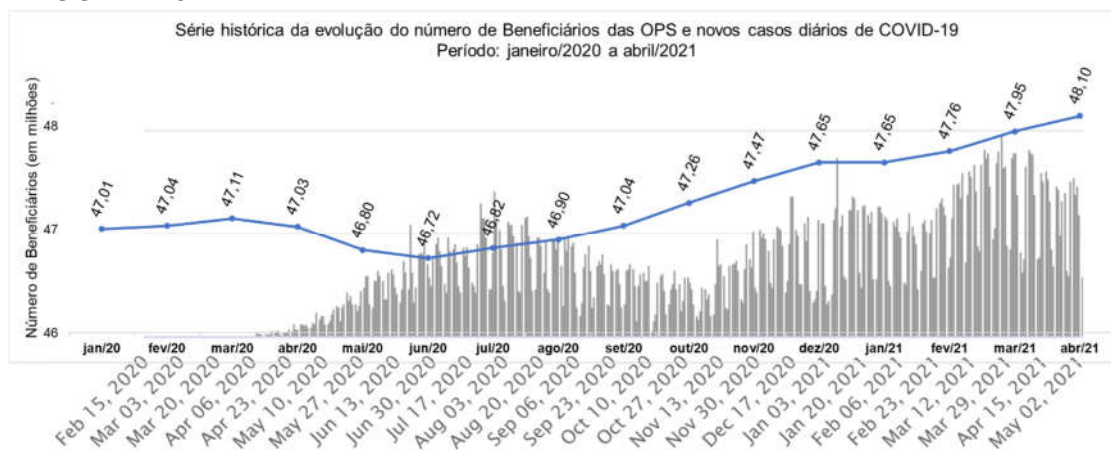
Com intuito de apresentar uma visão geral dos impactos da pandemia da COVID-19 em curso no segmento de saúde suplementar de maneira geral e, em particular, nos hospitais filiados à ANAHP, buscou-se dados disponíveis na ANS (2021) e ANAHP (2021) para analisar alguns dos principais impactos no ano de 2020. Em linhas gerais o segmento de saúde suplementar apresentou evolução do número (quantidade) de beneficiários no setor, que reflete o movimento de adesões e cancelamentos de vínculos com as OPS diante da pandemia da COVID-19. Em 2020

o setor cresceu 640 mil beneficiários aproximadamente, se comparado com o mês de dezembro *versus* janeiro do mesmo ano. O gráfico 18 demonstra a distribuição do número de beneficiários das OPS e novos casos diários de COVID-19 ao longo do primeiro ano de pandemia. O gráfico evidencia que durante o início até meados da primeira onda da COVID-19 no Brasil (março a junho/2020), houve redução do número de beneficiários (390.000 beneficiários de março a junho/2020) com planos de saúde devido ao shutdown global e nacional. Com as medidas de saúde pública neste período, muitas empresas encerram suas respectivas operações (somente no início da pandemia 716.000 empresas até junho/2020), que acarretou consequentes desligamentos dos colaboradores, distrato dos respectivos contratos de planos de saúde coletivo empresarial e aumento das taxas de desemprego no país (aumento de 12,6% em abril/2020 para 13,8% em julho/2020 segundo IBGE). Entretanto, a partir do mês de julho/2020 teve início o aumento de contratações de planos de saúde. Como o Brasil e o mundo estavam vivendo a primeira onda, é provável que este aumento de adesões aos planos de saúde, tenham sido motivados pela insegurança dos brasileiros quanto a governança pública<sup>39</sup> na gestão da pandemia e a indisponibilidade de leitos públicos para COVID-19. Pode-se supor que os brasileiros também demonstraram atitude de respaldo ao contratar um plano de saúde, pois poderiam mitigar riscos e viabilizar o acesso numa eventual necessidade de internação hospitalar por COVID-19. Nota-se que o crescimento na adesão de planos de saúde, manteve-se ao longo do ano, onde de fato houve agravamento dos efeitos da pandemia com a segunda onda, aumento de casos e óbitos diários.

---

<sup>39</sup> O Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, (doravante, Decreto) trata a governança pública como um “conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade”. Guia da Política de Governança Pública do Governo Federal publicado em 2018. (Brasil, Casa Civil, 2018). Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/centrais-de-conteudo/downloads/guia-da-politica-de-governanca-publica#:~:text=O%20Decreto%20n%C2%BA%209.203%2C%20de,de%20servi%C3%A7os%20de%20interesse%20da>

Gráfico 18- Distribuição do número de beneficiários das OPS e novos casos diários de COVID-19



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS e Ministério da Saúde.

Desde o início da pandemia da COVID-19 no Brasil, a ANS realiza o monitoramento periódico da respectiva evolução de uma seleção específica de indicadores das OPS. Este monitoramento tem por objetivo subsidiar a Agência Reguladora, bem como divulgar as informações para a sociedade com publicação mensal do Boletim COVID-19 e suas respectivas Notas Técnicas, em seu portal eletrônico. Com intuito de criar relevância estatística, a ANS requisitou informações periódicas abrangendo 103 OPS de grande porte (14% do total de OPS no Brasil), abrangendo 77% dos beneficiários dos planos de saúde (35.471.620 beneficiários de planos de saúde dos 48.103.656 existentes em abril/2020). Dentre estas 103 OPS, 50 OPS foram classificadas como OPS com rede própria hospitalar<sup>40</sup> por possuírem hospital próprio informado no Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS) da ANS. O quadro 13 demonstra a distribuição da amostra de OPS e beneficiários que foram monitorados pela ANS durante a pandemia da COVID-19.

<sup>40</sup> Somente as OPS com rede própria hospitalar foram instadas pela ANS a oferecer informações complementares sobre suas operações assistenciais durante a pandemia da COVID-19. A ANS não divulgou o número exato de hospitais próprios destas 50 OPS com rede própria.

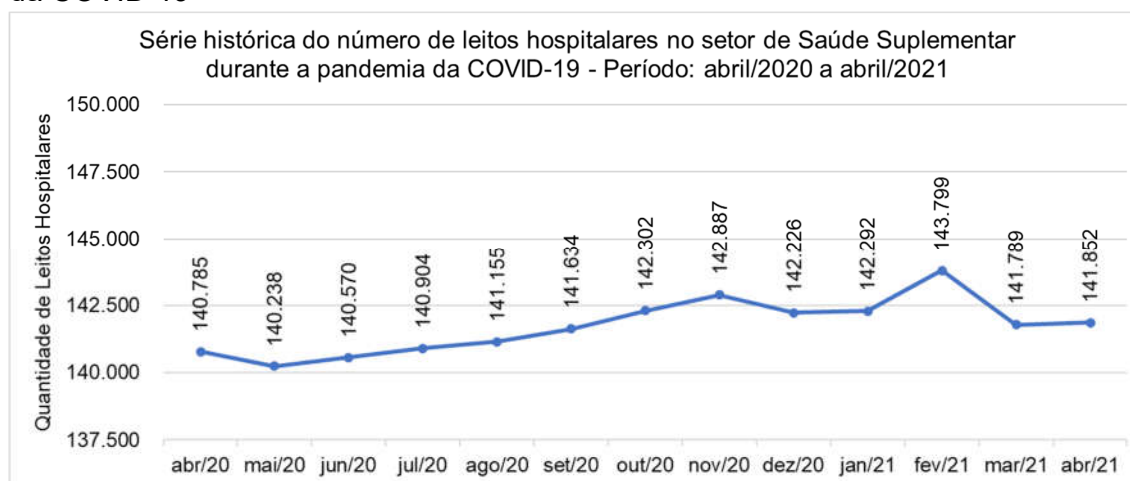
Quadro 13- Distribuição da amostra de OPS e beneficiários monitorados pela ANS na pandemia da COVID-19

Operadoras e beneficiários por modalidade monitorados assistencialmente pela ANS durante a pandemia da COVID-19						
Período: fevereiro/2020 a abril/2021						
Modalidade da Operadora	Qtde de Operadoras	Qtde. de Operadoras respondentes	% Operadoras Respondentes	Qtde. de Beneficiários	Qtde. de Beneficiários das Respondentes	% de Beneficiários das Respondentes
Medicina de Grupo	263	35	13%	19.322.356	14.930.183	77%
Cooperativa Médica	277	52	19%	17.542.393	12.284.093	70%
Seguradora	8	5	63%	6.107.576	6.060.456	99%
Autogestão	155	9	6%	4.215.589	1.879.606	45%
Filantropia	32	2	6%	915.742	317.282	35%
<b>Total</b>	<b>735</b>	<b>103</b>	<b>14%</b>	<b>48.103.656</b>	<b>35.471.620</b>	<b>74%</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

O número de leitos disponível no setor de saúde suplementar em abril/2021 era de 141.852 leitos; na comparação com abril/2020, houve um aumento de 0,76%, o que correspondeu uma variação positiva de 1.067 leitos neste setor. O gráfico 19 demonstra a distribuição da série histórica de leitos hospitalares na Saúde Suplementar durante a pandemia da COVID-19.

Gráfico 19- Distribuição da série histórica de leitos hospitalares na S.S. na pandemia da COVID-19



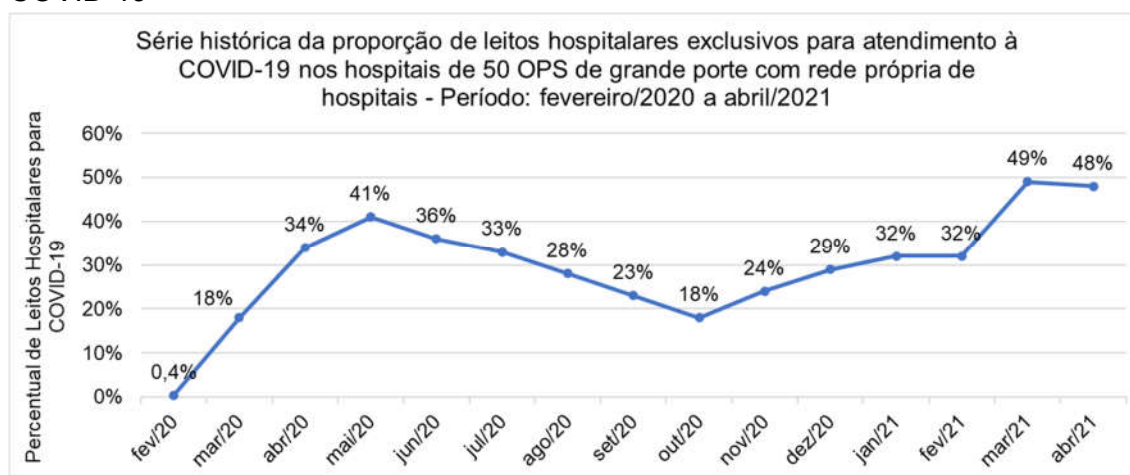
Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

A rede própria de hospitais das 50 OPS respondentes deste monitoramento da ANS durante a pandemia da COVID-19, conta com 17.043 leitos instalados (comum e UTI), que correspondem aproximadamente a 12% do total de leitos disponíveis na rede assistencial dos planos privados de saúde. Pelo monitoramento da ANS, o impacto direto da pandemia pode ser observado a partir da evolução da proporção de

leitos alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e das taxas de ocupação destes leitos em comparação a outros tipos de internação hospitalar.

Em março/2020 houve maior proporção de leitos alocados para atendimento à COVID-19 nos hospitais da amostra (49% dos leitos). No período de junho a outubro/2020 houve redução crescente na alocação de leitos para COVID-19 e, a partir de novembro/2020, o indicador aponta novamente tendência de crescimento até março/2021. O gráfico 20 demonstra a distribuição da série histórica da proporção percentual de leitos hospitalares destinados exclusivamente para tratamento dos pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Gráfico 20- Distribuição da série histórica da proporção de leitos hospitalares para à COVID-19



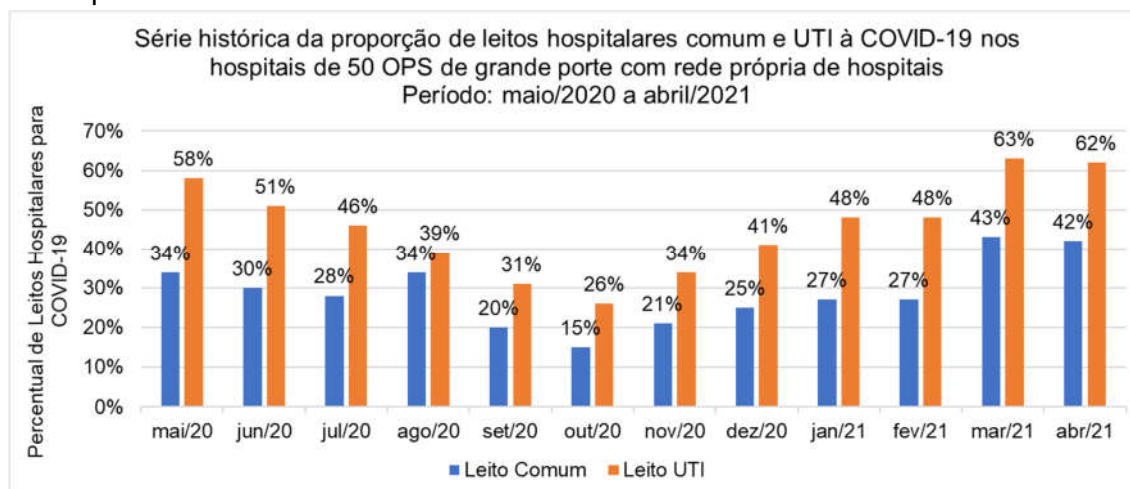
Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Durante a pandemia da COVID-19 os hospitais disponibilizaram leitos específicos para tratamento desta nova doença. Na distribuição da proporção de leitos alocados exclusivamente para COVID-19, por tipo de leito, o mês de março/2021 representa a maior da proporção nos leitos de UTI (63%) e leitos gerais (43%). Estes leitos alocados exclusivamente para a COVID-19 ocupam leitos que até então eram direcionados para as outras demandas do case mix dos hospitais. Consequentemente esta alocação também causou impactos na redução da produtividade de tratamentos cirúrgicos, tratamentos clínicos e de SADT de outras especialidades médicas nestes hospitais.

O termo *case-mix* ou coeficiente global de ponderação da produção foi definido por Fetter et al. em 1980, como a proporção relativa de diferentes tipos de pacientes que o hospital trata. O gráfico 21 demonstra a distribuição da série histórica da

proporção percentual de leitos hospitalares comum e UTI, para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

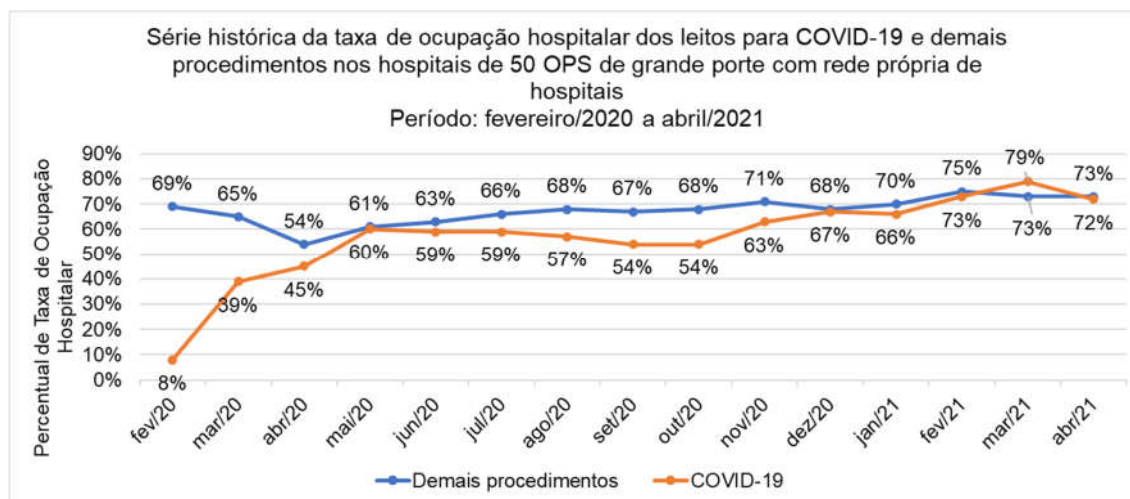
Gráfico 21- Distribuição da série histórica da proporção de leitos hospitalares comum e UTI para à COVID-19



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Comparando a taxa de ocupação hospitalar de leitos para atendimento exclusivo à COVID-19 com a destinada aos demais diagnósticos, houve crescimento gradativo da ocupação para os demais diagnósticos, no período de abril/2020 até fevereiro/2021. Na ocupação de leitos dedicados a COVID-19, o crescimento foi alavancado no início da pandemia nos meses de fevereiro/2020 (8%) a maio/2020 (60%), redução nos meses subsequentes até outubro/2020 (54%) e posteriormente demonstrou tendência de crescimento com o pico de 73% de ocupação em fevereiro/2021. O gráfico 22 demonstra a distribuição da série histórica de taxa de ocupação de leitos para atendimento da demanda de pacientes com diagnóstico de COVID-19 e demais procedimentos médico-hospitalares.

Gráfico 22- Distribuição da série histórica de taxa de ocupação de leitos para à COVID-19 e demais procedimentos



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Outro impacto relevante no período da pandemia, ainda em curso no momento da elaboração deste trabalho aplicado, são os custos com as internações hospitalares. No comparativo entre internações por COVID-19 e demais internações (clínicas e cirúrgicas) considerando, além dos custos assistenciais por diária hospitalar, o TMP hospitalar para cada tipo de internação (clínica, cirúrgica e por COVID-19) foi evidenciado que, em média no período de abril/2020 a abril/2021, o custo unitário para uma internação hospitalar por COVID-19 em diária hospitalar de semi UTI (R\$ 1.810), apresentou variação de +24,2% em relação ao custo unitário de uma internação clínica no mesmo tipo de diária (R\$ 1.457). O mês de janeiro/2021 apresentou a maior variação (+29,4%) de custo unitário por diária hospitalar por COVID-19 (R\$ 2.052), *versus* o custo unitário por diária hospitalar para internação clínica (R\$ 1.586) do período (ANS, 2021).

No mesmo período a média do custo unitário para uma internação hospitalar por COVID-19 em diária hospitalar de UTI (R\$ 3.862), apresentou variação de +23,9% em relação ao custo unitário de uma internação clínica no mesmo tipo de diária hospitalar (R\$ 3.116). O mês de março/2021 apresentou a maior variação (+39,1%) de custo unitário por diária hospitalar por COVID-19 em UTI (R\$ 4.347), *versus* o custo unitário por diária hospitalar para internação clínica em UTI (R\$ 3.126). O quadro 14 demonstra a distribuição da série histórica do custo por diária hospitalar e tipo de



internação (semi UTI e com UTI) e segregados em internações cirúrgicas, clínicas ou por diagnóstico de COVID-19.

#### Quadro 14- Distribuição da série histórica do custo por diária e tipo de internação

Série histórica do custo (R\$) por diária e tipo de internação nos hospitais de 50 OPS de grande porte com rede própria de hospitais - Período: abril/2020 a abril/2021															
	Tipo de internação	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	Média do período
Semi UTI	Cirúrgica	2.546	2.492	2.586	2.491	2.684	2.640	2.491	2.479	2.344	2.415	2.493	3.012	2.777	2.573
	Clínica	1.419	1.387	1.376	1.437	1.633	1.574	1.355	1.398	1.401	1.586	1.574	1.397	1.409	1.457
	COVID-19	1.610	1.802	1.768	1.748	1.728	1.921	1.708	1.818	1.839	2.052	1.997	1.805	1.737	1.810
Com UTI	Cirúrgica	3.706	3.779	3.923	3.920	3.379	3.527	3.801	3.923	3.325	3.443	3.807	3.858	4.357	3.750
	Clínica	3.007	3.222	3.217	3.250	3.133	3.000	3.029	3.151	2.964	3.041	3.167	3.126	3.206	3.116
	COVID-19	3.707	3.807	3.786	3.955	3.684	3.879	3.659	3.743	3.890	4.027	3.970	4.347	3.753	3.862

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Segundo o Globo (2021) os preços de medicamentos utilizados para intubação orotraqueal (IOT), identificados como “Kit intubação” apresentaram alta de até 1.000%, enquanto o crescimento médio dos preços dos medicamentos durante a pandemia (2020 e 2021) foi da ordem de 650%. Em geral, os relaxantes musculares, anestésicos e sedativos que compõem o kit de intubação são os medicamentos mais afetados.

Segundo levantamento da Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde), o relaxante muscular midazolam<sup>41</sup>, em frascos de 3 ml, saltou de R\$ 22,78 antes da pandemia para uma média de R\$ 174. Entre os medicamentos mais usados do kit intubação, o atracúrio<sup>42</sup> 10mg/ml saiu de R\$ 32,10 para R\$ 195, enquanto o rocurônio<sup>43</sup> 50 ml custava R\$ 33,33 e agora é vendido por R\$ 201. Outro que teve alta considerável foi o propofol<sup>44</sup> (indicado para sedação), cuja caixa com ampolas de 20 ml variou de R\$ 28,70 a R\$ 183. (O Globo, 2021).

Para ANAHP (2020) como a COVID-19 é uma doença infectocontagiosa, sua demanda para tratamento terciário, aumentou de forma significativa o consumo de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), causou escassez desses materiais no

<sup>41</sup> Midazolam 5 mg/mL, solução injetável com ampolas de vidro 10 mg/2 mL. É indicado para sedação da consciência antes e durante procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, com ou sem anestesia local, pré-medicação antes de indução anestésica, indução anestésica, como um componente sedativo em combinação com anestesia em adultos, sedação em unidades de terapia intensiva e infusão intravenosa contínua para pacientes entubados e com ventilação mecânica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

<sup>42</sup> Besilato de atracúrio 10mg/mL, solução injetável com ampolas com 2,5 mL. É um relaxante muscular para cirurgias, unidades de terapia intensiva, procedimentos de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

<sup>43</sup> Brometo de rocurônio 10 mg/mL, solução injetável com ampolas de 5 mL. É um relaxante muscular indicado como adjuvante à anestesia geral para facilitar a intubação traqueal em procedimentos de rotina e de indução de sequência rápida de anestesia, relaxante da musculatura esquelética durante intervenções cirúrgicas e adjuvante na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para facilitar a intubação e a ventilação mecânica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

<sup>44</sup> Propofol 10 mg/mL, emulsão injetável com ampolas de 20 mL. É um anestésico de curta duração indicado para: Indução, sedação e manutenção de anestesia geral ou procedimentos cirúrgicos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

mercado e desencadeou aumento excessivo dos preços. Com intuito de compreender este cenário, a ANAHP realizou uma pesquisa com seus hospitais associados para verificar o volume de utilização desses materiais pelas instituições de saúde para tratamento de um paciente durante um dia de internação, bem como as variações nos custos unitários dos EPIs. De acordo com a pesquisa, realizada no início da pandemia, para um paciente que não estivesse sendo tratado por diagnóstico de COVID-19 eram utilizados em média 28 EPIs por dia. Para cuidar de um paciente de COVID-19 são necessários em média 83 EPIs por dia, ou seja, um aumento de 204% no consumo destes equipamentos, primordiais no tratamento. Para verificar as variações nos custos unitários, a ANAHP utilizou os preços disponíveis nas plataformas digitais de compras Bionexo<sup>45</sup>, GTplan<sup>46</sup> e Síntese<sup>47</sup>. Somente para os EPIs descritos no quadro abaixo a pesquisa constatou um aumento médio de 309% nos preços, com consequente impacto nos custos hospitalares e redução das margens EBITDA dos hospitais estudados. O quadro 15 demonstra a distribuição comparativa da quantidade de EPIs para tratamento de paciente com diagnóstico de COVID-19 *versus* paciente com demais patologias em ambiente hospitalar.

**Quadro 15- Distribuição comparativa da quantidade de EPIs para tratamento de paciente com diagnóstico de COVID-19 *versus* paciente com demais patologias**

Comparativo da quantidade de EPIs necessários para tratamento de paciente com diagnóstico de COVID-19 por 1 dia versus paciente com as demais patologias por 1 dia e variações nos custos unitários dos EPIs – Hospitais filiados à ANAHP   2020					
Material	EPI necessário para tratar 1 paciente com diagnóstico de COVID-19 por 1 dia		EPI necessário para tratar 1 paciente com as demais patologias por 1 dia		Variação do custo unitário dos EPIs Abril/2019 x Abril/2020
	UTIs	Unidades de Internação	UTIs	Unidades de Internação	
Máscaras N95	8	3	2	1	405%
Máscaras cirúrgicas	24	25	19	20	562%
Touca	21	17	3	2	63%
Propé	14	5	1	1	337%
Avental	33	16	4	2	178%
<b>Total de EPIs por dia</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS

O TMP hospitalar por COVID-19 em diária de semi UTI apresentou variação de

<sup>45</sup> A Bionexo é uma empresa líder de mercado de tecnologia que oferece soluções digitais para gestão de processos na saúde. Permite que fornecedores e compradores interajam de forma fácil, rápida e inteligente.

<sup>46</sup> GTplan é uma Health Tech especializada em agregar soluções para a cadeia de suprimentos hospitalar e também especializada em sincronizar o fluxo de informações e produtos entre todos os elos da cadeia de saúde.

<sup>47</sup> Síntese é uma HealthTech que oferece um marketplace com cotações eletrônicas ágeis, interligando players como hospitais e vendedores de materiais médicos.

entre 5 e 6 dias de internação hospitalar no período, *versus* de 4 a 4,7 dias de internação hospitalar para os casos clínicos. Nas diárias com UTI o TMP hospitalar por COVID-19 apresentou variação de 10,9 a 13 dias de internação hospitalar, *versus* de 7 a 9 dias de internação hospitalar para os casos de tratamento clínico. O quadro 16 demonstra a distribuição da série histórica do TMP hospitalar (em dias) por tipo de internação hospitalar (semi UTI e com UTI), segregados por internação cirúrgica, clínica ou por diagnóstico de COVID-19.

Quadro 16- Distribuição da série histórica do TMP hospitalar (em dias) por tipo de internação hospitalar

Série histórica do TMP hospitalar (em dias) por tipo de internação nos hospitais de 50 OPS de grande porte com rede própria de hospitais - Período: abril/2020 a abril/2021

	Tipo de internação	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20	jan/21	fev/21	abr/21	mai/21
Semi UTI	Cirúrgica	2,0	2,2	2,1	2,4	2,1	1,9	2,0	1,9	2,0	2,1	2,0	2,2	2,4
	Clínica	4,4	4,0	4,1	4,3	4,3	4,4	4,7	4,1	4,2	4,3	4,0	4,6	4,7
	COVID-19	5,0	5,7	5,5	5,6	5,1	5,0	5,0	5,0	5,5	5,8	5,8	5,8	6,0
Com UTI	Cirúrgica	5,9	7,6	6,0	6,7	6,1	6,4	6,0	5,7	6,8	6,0	6,2	7,1	6,3
	Clínica	7,0	7,3	7,6	7,2	7,2	8,0	7,3	7,4	7,8	8,0	7,8	9,0	8,3
	COVID-19	11,0	12,0	11,9	10,9	12,7	12,0	13,0	11,3	11,6	12,0	12,0	12,9	12,8

Fonte: elaboração própria com base no Boletim COVID-19 Saúde Suplementar.

Por fim, em média e no mesmo período o custo unitário total para uma internação hospitalar por COVID-19 em diária hospitalar de semi UTI (R\$ 9.943), apresentou aumento de 57,7% em relação ao custo unitário de uma internação clínica no mesmo tipo de diária hospitalar (R\$ 6.303). O mês de janeiro/2021 apresentou a maior variação (73,8%) de custo unitário por diária hospitalar por COVID-19 em semi UTI (R\$ 11.833), *versus* o custo unitário por diária hospitalar para internação clínica (R\$ 6.809) no mesmo tipo de leito do período. No mesmo período a média o custo unitário para uma internação hospitalar por COVID-19 em diária hospitalar de UTI (R\$ 46.319), apresentou variação de 101,2% em relação ao custo unitário de uma internação clínica no mesmo tipo de diária hospitalar (R\$ 23.305). O mês de março/2021 apresentou a maior variação (99,6%) de custo unitário por diária hospitalar por COVID-19 em UTI (R\$ 56.162), *versus* o custo unitário por diária hospitalar para internação clínica em UTI (R\$ 28.134). O quadro 17 demonstra a distribuição do custo unitário total (R\$) de internação (semi UTI e com UTI), segregados por internação cirúrgica, clínica ou por diagnóstico de COVID-19.

Quadro 17- Distribuição do custo unitário total (R\$) de internação

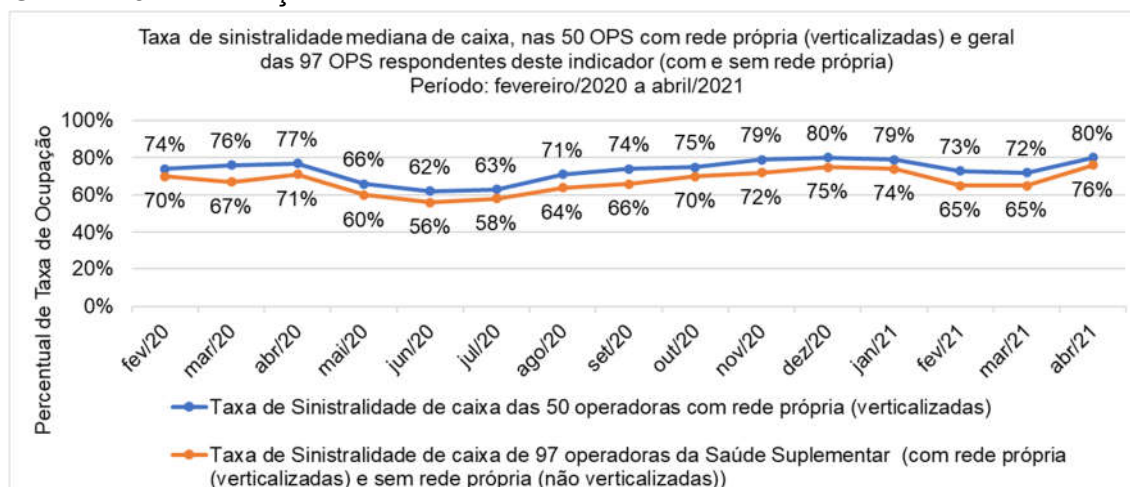
Série histórica do custo unitário total (R\$) de internação nos hospitais de 50 OPS de grande porte com rede própria de hospitais - Período: abril/2020 a abril/2021															
	Tipo de internação	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	Média do período
Semi UTI	Cirúrgica	5.093	5.532	5.439	5.900	5.718	4.942	4.982	4.658	4.669	5.036	4.985	6.515	6.596	R\$ 5.390
	Clínica	6.173	5.600	5.641	6.130	6.985	6.855	6.855	5.680	5.853	6.809	6.296	6.481	6.584	R\$ 6.303
	COVID-19	8.052	10.290	9.708	9.747	8.743	9.604	9.604	9.090	10.021	11.833	11.583	10.560	10.420	R\$ 9.943
Com UTI	Cirúrgica	21.720	28.717	23.540	26.225	20.697	22.626	22.626	22.520	22.608	20.794	23.459	27.340	27.471	R\$ 23.873
	Clínica	21.049	23.522	24.533	23.430	22.543	24.073	24.073	23.271	22.969	14.175	24.677	28.134	26.516	R\$ 23.305
	COVID-19	40.778	45.681	44.888	42.991	46.695	46.551	46.551	42.426	45.260	48.325	47.642	56.162	48.193	R\$ 46.319

Fonte: elaboração própria com base no Boletim COVID-19 Saúde Suplementar.

Segundo a ANS (2021) a taxa de sinistralidade de caixa representa a relação entre os custos com pagamento a fornecedores e prestadores de serviço de assistência à saúde suplementar e as contraprestações recebidas dos beneficiários de planos de saúde. Considerando que na amostra de 103 OPS de grande porte, contém 50 OPS com rede própria (verticalizadas) e 53 OPS sem rede própria de hospitais e que existem diferenças de operação nas OPS verticalizadas (com despesas concentradas em rede própria de hospitais) e não verticalizadas (sem concentração de despesas em rede própria de hospitais), buscou-se demonstrar a evolução histórica das sinistralidades.

No período de fevereiro/2020 a fevereiro/2021, houve redução expressiva da sinistralidade de caixa nos meses de maio, junho, julho e agosto/2020 para ambas as operações. Os meses de janeiro e março/2021 também demonstraram reduções. O gráfico 23 demonstra a distribuição da série histórica da taxa sinistralidade mediana de caixa das OPS com e sem rede própria de hospitais.

Gráfico 23- Distribuição da série histórica da taxa sinistralidade mediana de caixa

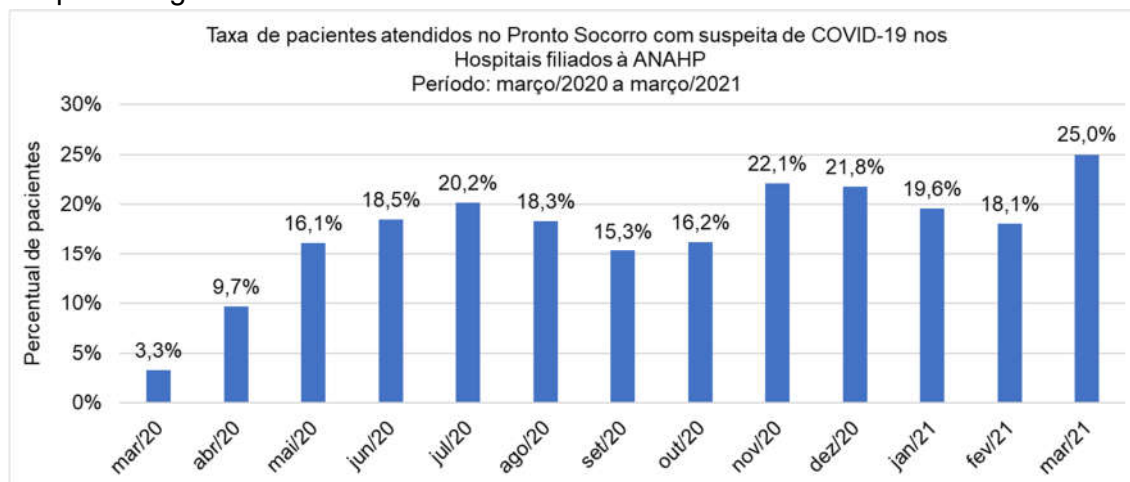


### 3.4.1 Indicadores da COVID-19 nos hospitais filiados à ANAHP.

Diante da disseminação em larga escala do novo Coronavírus a partir de março/2020, a ANAHP (2021) acompanhou a evolução de quatro indicadores com foco na COVID-19 no mesmo ano: taxa de pacientes em atendimentos no Pronto Socorro com suspeita de COVID-19, incidência de COVID-19, taxa de atendimentos de urgência e emergência convertidos em internação devido à COVID-19 e taxa de letalidade pela COVID-19.

Na distribuição da taxa de pacientes atendidos na urgência e emergência, com suspeita de COVID-19, com relação ao volume total de atendimentos totais nos hospitais filiados à ANAHP, observou-se variação ao longo do período com picos nos meses de julho (19,5%) e novembro (20,8%). O gráfico 24 demonstra a distribuição da série histórica da taxa de pacientes atendidos no PS com suspeita diagnóstica de COVID-19.

Gráfico 24- Distribuição da série histórica da taxa de pacientes atendidos no PS com suspeita diagnóstica de COVID-19



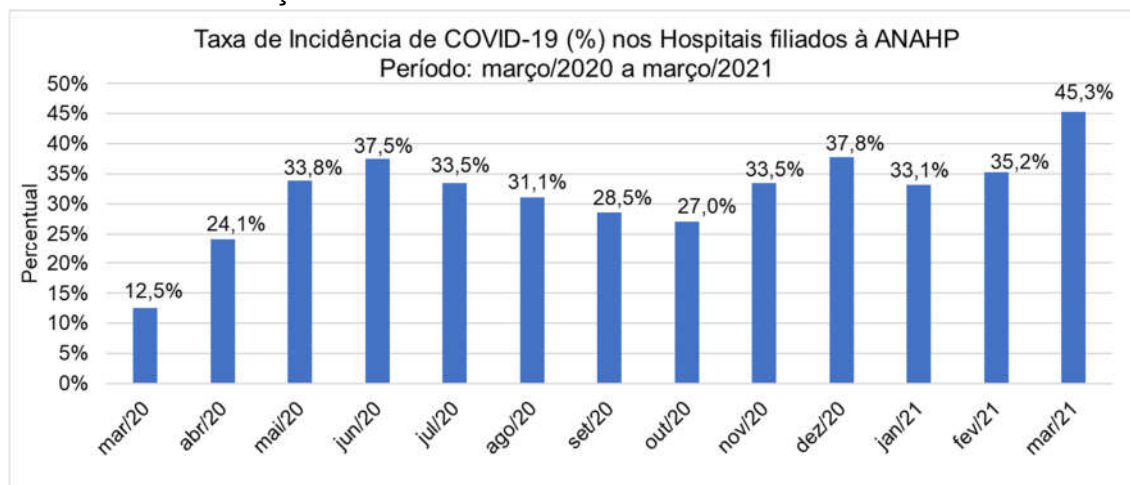
Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Na distribuição da taxa de pacientes com suspeita de COVID-19 atendidos no Pronto-Socorro (PS), que tiveram o diagnóstico positivo confirmado, houve destaques na taxa de incidência<sup>48</sup> de COVID-19 nos meses de julho e dezembro de 2020 com 41,5% e 41,2% respectivamente. O gráfico 25 demonstra a distribuição da série

<sup>48</sup> Incidência: número de casos novos (doença ou outros fatos) que vão aparecendo em uma comunidade em determinado período dando uma idéia dinâmica do desenvolvimento do fenômeno. (Ministério da Saúde, 1983, p.38).

histórica da Taxa de Incidência de COVID-19 nos hospitais filiados à ANAHP.

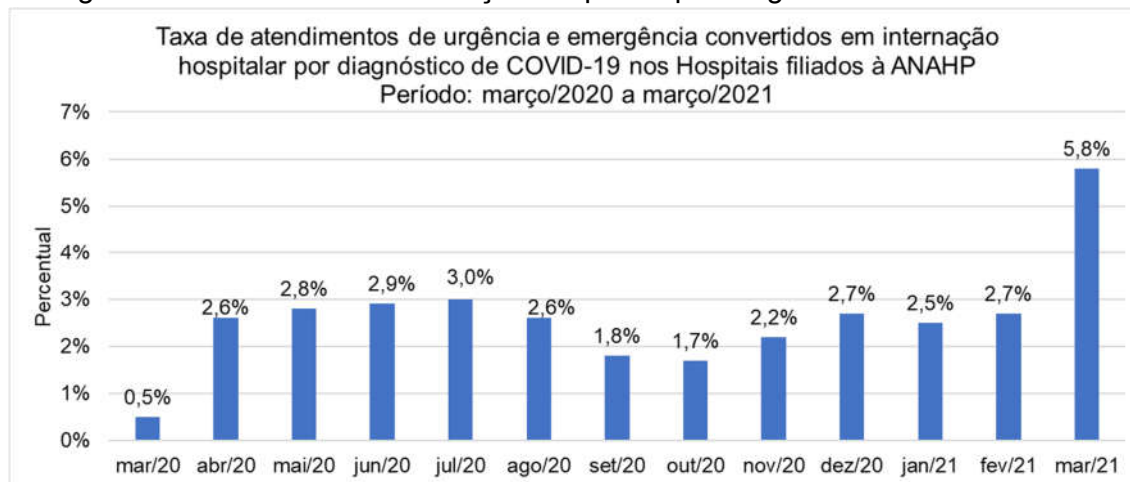
Gráfico 25- Distribuição da série histórica da Taxa de Incidência de COVID-19



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Na distribuição da taxa de atendimentos na urgência e emergência de pacientes com o diagnóstico confirmado de COVID-19, que foram convertidos em internação em 2020, os meses de maior pico de internações foram maio (3,3%), junho (2,9%) e julho (3%) e dezembro (2,8%). O gráfico 26 demonstra a distribuição da série histórica da Taxa de atendimentos de urgência e emergência convertidos em internação hospitalar por diagnóstico de COVID-19 nos hospitais filiados à ANAHP.

Gráfico 26- Distribuição da série histórica da Taxa de atendimentos de urgência e emergência convertidos em internação hospitalar por diagnóstico de COVID-19



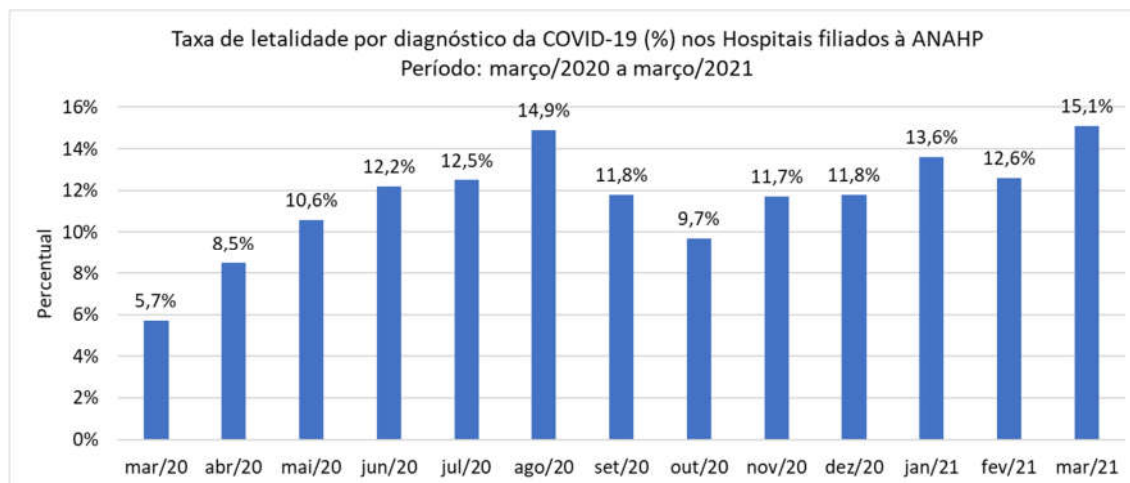
Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

Em relação à distribuição da taxa de letalidade da COVID-19 nos hospitais



filiados à ANAHP em 2020, observou-se os maiores picos nos meses de agosto (13,1%), novembro (12,1%) e dezembro (11,9%). O gráfico 27 demonstra a distribuição da série histórica da Taxa de letalidade por diagnóstico de COVID-19.

Gráfico 27- Distribuição da série histórica da Taxa de letalidade por diagnóstico de COVID-19



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

### 3.5 A Saúde Suplementar no Brasil no início da terceira década do século XXI

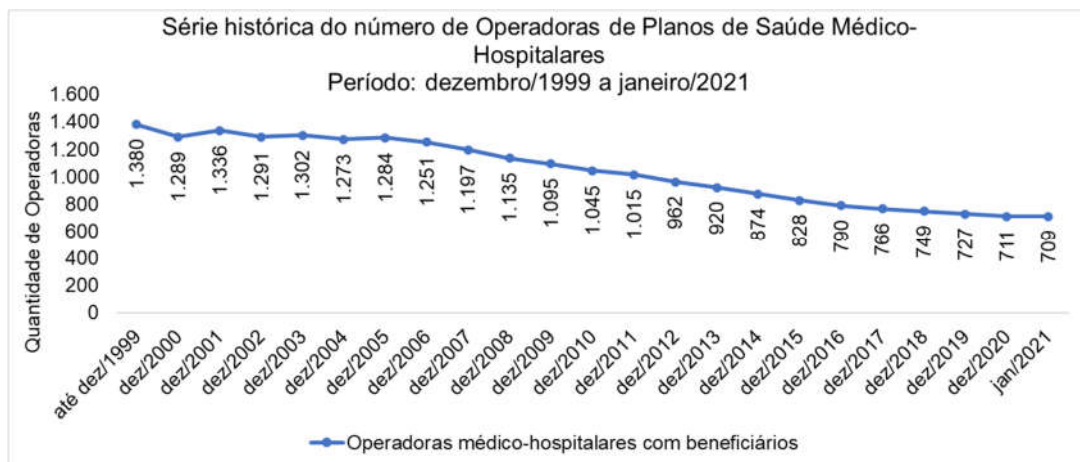
O marco regulatório no setor de saúde suplementar, teve início com a Lei nº 9.656 de 1988. A partir deste momento houve regulação e organização do setor com o estabelecimento de regras para as OPS, para assegurar aos beneficiários de plano de saúde garantias e direitos que antes só eram previstos quando expressamente registrados nos respectivos contratos. Além disto esta importante legislação definiu a segmentação de plano de saúde, proibiu a limitação de tempo de permanência nas internações hospitalares, estabeleceu um rol de cobertura mínima e obrigatória de eventos em saúde, padronizou os conceitos de urgência e emergência, determinou prazos de carência, assegurou a possibilidade de reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário, proibiu a seleção de risco para negar o ingresso de clientes por conta de deficiências, doenças pré-existente ou idade, assegurou o direito de manutenção de planos de saúde para aposentados demitidos, fixou e esclareceu regras de reajuste dos planos de saúde, proibiu rescisão unilateral dos contratos de planos de saúde (salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias,

consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência, e desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência), promoveu o programa de qualificação das OPS, estabeleceu critérios mínimos de funcionamento da OPS de tal forma que em caso de anormalidades que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários, haverá intervenção da ANS com direção fiscal ou técnica, alienação da carteira e liquidação extrajudicial, instituiu garantias financeiras para equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e garantir solvência (provisões, lastros financeiros, etc) , estabeleceu as penalidades financeiras e operacionais em caso de descumprimento dos contratos e regulamentos do setor, instituiu a obrigatoriedade de ressarcimento ao SUS pelas OPSs, pelos serviços previstos nos contratos prestados a seus consumidores em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), estipulou regras e condições para substituição e redimensionamento da rede de prestadores de serviços de saúde e determinou quais informações obrigatórias (beneficiários, assistenciais, financeiras, contábeis, entre outras) que as OPSs devem fornecer periodicamente à ANS.

Ao longo desses 23 anos de regulamentação do setor de SS, além da Lei nº 9.656 a ANS promulgou mais de 500 resoluções de tal forma que as mudanças regulatórias remodelaram o mercado, bem com seu respectivo ecossistema. Com a regulamentação o mercado de OPS vem diminuindo gradualmente, passando de 1.380 OPS em dezembro de 1999 para 709 OPS em janeiro de 2021, o que corresponde a um decréscimo de 48,62% no número de OPS no Brasil. As OPS que encerraram suas atividades solicitam o cancelamento do registro na ANS, seja por liquidação extrajudicial, incorporação, falência, insolvência, deliberação de Diretoria Colegiada da ANS, ausência de operação, entre outros motivos passíveis de solicitação de cancelamento do registro previstos na lei 9656/1998. A intensa regulamentação é um fator predominante para redução das OPS no mercado e pela sustentabilidade econômico-financeiro do setor. O gráfico 28 demonstra a distribuição da série histórica do número de OPS médico-hospitalares no Brasil.



Gráfico 28- Distribuição da série histórica do número de OPS médico-hospitais



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS (2021).

Por outro lado, desde a promulgação da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, tiveram destaque as fusões e aquisições no segmento, devido à possibilidade de investimentos de capital estrangeiro na assistência à saúde no país, tanto no que diz respeito às OPS quanto a serviços de saúde, como hospitais e centros de diagnóstico.

#### CAPÍTULO XVII - DA ABERTURA AO CAPITAL ESTRANGEIRO NA OFERTA DE SERVIÇOS À SAÚDE

Art. 142. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - Doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - Pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - Demais casos previstos em legislação específica.” (NR). (BRASIL, CASA CIVIL, 2015).

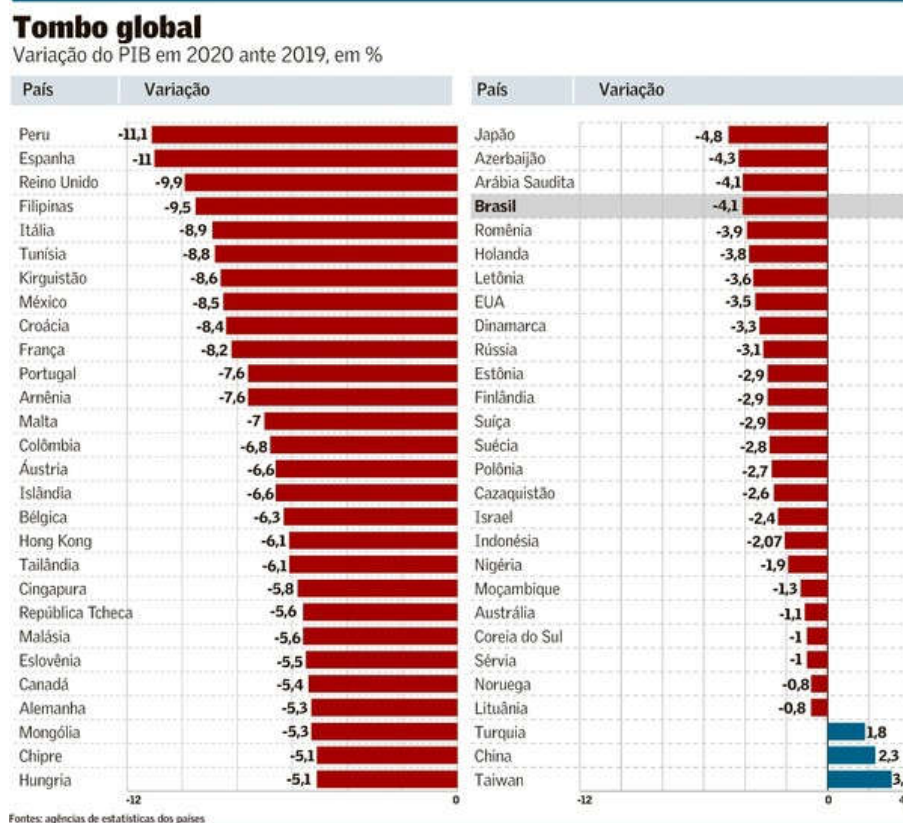
Provavelmente a terceira década deste século será marcado pela pandemia da COVID-19 e seus respectivos impactos. Devido aos respectivos efeitos da pandemia da COVID19, o Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil apresentou queda de 4,1% no ano de 2020, cenário que também impactou os PIBs dos demais países demonstrados na figura 7. Três países apresentaram crescimento em 2020 sendo Taiwan (+3,1%), China (+2,0%) e Turquia (+1,8%). No caso da China e por se tratar de uma das

maiores economias e do maior parque fabril global, houve forte recuperação das exportações (além das exportações de insumos médicos hospitalares, Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) para vacinas e equipamentos (respiradores, bombas de infusão, etc)), injeção de capital governamental na economia para manter empregos e estímulos fiscais, retomada dos serviços devido as rápidas intervenções no enfrentamento da pandemia e aumento expressivo das viagens em território chinês devido as barreiras sanitárias internacionais.

No quarto trimestre, entretanto, essas economias já demonstraram um crescimento mais contido. A China, por exemplo, cresceu 2,6% ante o terceiro trimestre, passando ao 15º lugar na base trimestral. Epicentro da pandemia, o gigante asiático foi o único país do mundo onde a crise começou antes - registrando o tombo no PIB no primeiro trimestre de 2020, enquanto o segundo já foi de recuperação.

A figura 7 demonstra a distribuição da variação do PIB em 56 países no ano de 2020 *versus* 2019.

Figura 7- Distribuição da variação do PIB nos países no ano de 2020 *versus* 2019



Fonte: Valor Econômico<sup>49</sup>.

<sup>49</sup> O Valor Econômico é o mais importante veículo de economia, finanças e negócios do Brasil. A Editora

### **3.5.1 Breve cenário de fusões e aquisições no mercado de saúde brasileiro**

Considerando-se o baixo número de estudos acadêmicos publicados com as recentes fusões e aquisições no mercado de saúde brasileiro, optou-se por utilizar a literatura cinza para demonstrar um cenário atualizado. No ano de 2020, mesmo diante do cenário de pandemia da COVID-19 e retração econômica global, segundo a consultoria KPMG (2021)<sup>50</sup>, o Brasil registrou 1.117 transações de fusões e aquisições. Este volume é 9,3% inferior ao volume de transações realizadas no ano de 2019 (1.231). Mesmo com esta queda o volume de transações é superior ao volume registrado em 2018 (967). Este cenário reforça a tendência de recuperação acelerada do mercado, impactado fortemente pelos efeitos da pandemia da COVID-19 em 2020. A figura 8 demonstra a distribuição da série histórica do número de fusões e aquisições no Brasil.

Figura 8- Distribuição da série histórica do número de fusões e aquisições no Brasil

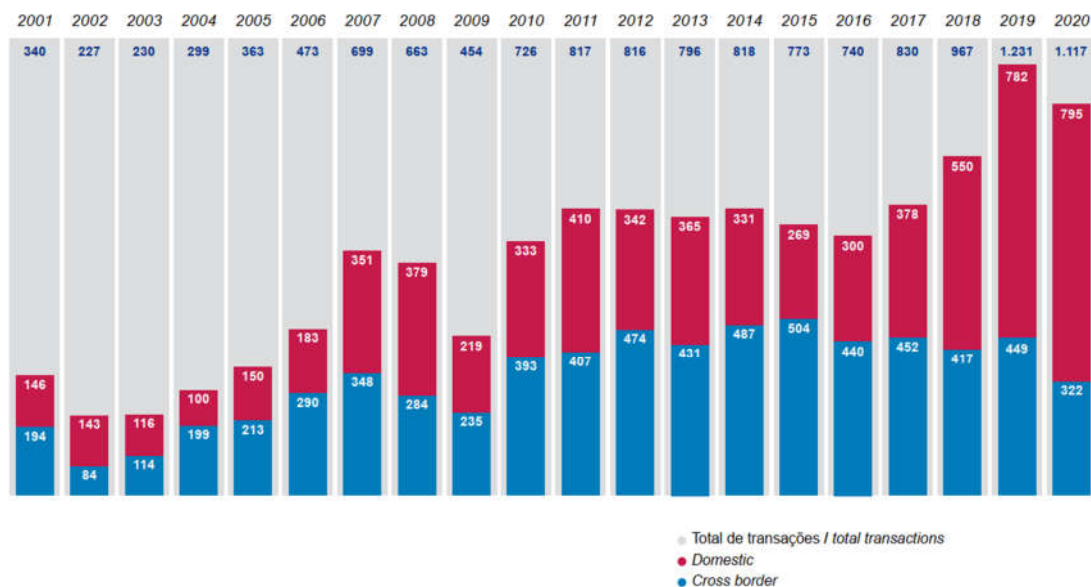
---

Globo S/A, empresa detentora dos direitos do jornal "Valor Econômico", autorizou uso de trechos da matéria intitulada "Em ano de tombos históricos, Brasil tem 31o pior resultado entre 56 países", escrita por Álvaro Fagundes, publicada em 04/03/2021.

<sup>50</sup> A KPMG CORPORATE FINANCE realiza a Pesquisa de Fusões e Aquisições no Brasil desde 1994. Pioneira no gênero, a pesquisa tornou-se referência na economia brasileira, sendo utilizada por empresas públicas e privadas, instituições financeiras, universidades, órgãos governamentais, entre outros, que se beneficiam desta publicação da KPMG para o desenvolvimento de seus estudos e seus negócios. (KPMG, 2020).

### Evolução anual do número de transações

Annual evolution by number of transactions



Fonte: relatório de Fusões e Aquisições 2020 4º Trimestre da consultoria KPMG.

Segundo a consultoria KPMG (2021), o setor de saúde (Hospitais, OPS e Laboratórios de Análises Clínicas) registrou 55 transações, redução de 36,8% nas transações frente ao ano de 2019 (87). Dos 43 setores da economia brasileira monitorados pela consultoria KPMG (2021), as transações de fusões e aquisições do setor de saúde ocuparam a quarta posição em 2020. No período de 2001 a 2020 o setor de saúde registrou 400 transações de fusões e aquisições. O quadro 18 demonstra a distribuição do ranking do número de transações por fusões e aquisições no Brasil em 2020.

Quadro 18- Distribuição do *ranking* do número de transações por fusões e aquisições no Brasil

Nº	Setor	Qtde.
1º	Empresas de Internet	314
2º	Tecnologia da Informação (TI)	168
3º	Companhias energéticas	56
4º	Hospitais e Labs. de Análises Clínicas	55
5º	Imobiliário	54
6º	Serviços para empresas	54
7º	Instituições financeiras	52
8º	Alimentos, bebidas e fumo	40
9º	Educação	27
10º	Telecomunicações e mídia	26
11º	Transportes	22
12º	Produtos químicos e farmacêuticos	20
13º	Hotéis e restaurantes	18
14º	Outros setores	211
	Total Geral	1.117

Fonte: elaboração própria com base nos dados do relatório de Fusões e Aquisições 2020 4º Trimestre da consultoria KPMG.

Neste sentido, na década de 2010, grandes competidores do mercado privado de saúde no Brasil realizaram aquisições. De acordo com a Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, incorporação e fusão são conceituadas como:

Art. 227. A incorporação é a operação pela qual uma ou mais sociedades são absorvidas por outra, que lhes sucede em todos os direitos e obrigações.

Art. 228. A fusão é a operação pela qual se unem duas ou mais sociedades para formar sociedade nova, que lhes sucederá em todos os direitos e obrigações. (BRASIL, CASA CIVIL, 1976, art. 228).

Além das aquisições observa-se a estratégia de capitalização para alavancagem do crescimento dos grandes grupos privados de saúde. Segundo Martins (2014) o laboratório de análises clínicas Diagnósticos da América Sociedade Anônima (DASA), foi a primeira empresa do segmento de saúde privada brasileiro a realizar uma oferta pública de ações – *Initial Public Offerings* (IPO).

O DASA, fundado em 1961, é um importante representante do setor de medicina diagnóstica no mercado brasileiro. Em 2004 foi a primeira empresa do setor de saúde a fazer abertura de capital. Por meio de várias aquisições está em treze estados brasileiros e no Distrito Federal, com mais de quinhentas unidades de atendimento representadas por marcas distintas - com marcas premium e populares. A uniformidade da qualidade - e a redução do custo pela produção em escala – em todos os segmentos é garantida pela

centralização do local de processamento das amostras laboratoriais e pelas centrais de laudos referentes aos exames por imagem. (MARTINS, 2014).

Desde esta abertura de capital em 2004, observa-se o crescimento de ofertas públicas e o interesse de investidores no mercado de saúde privado brasileiro.

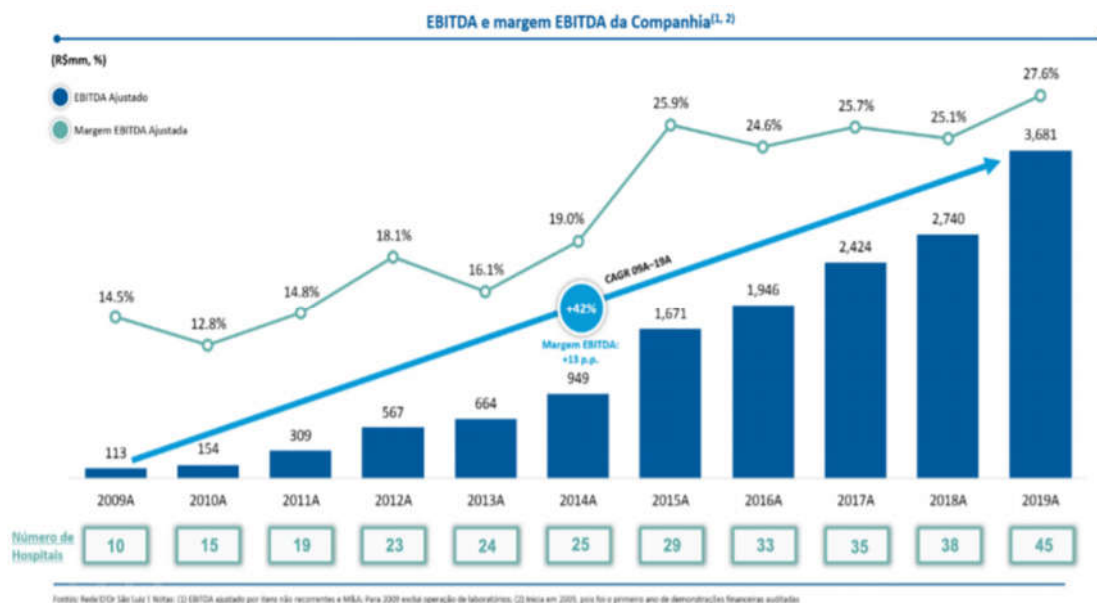
Nos últimos anos, os processos de abertura de capital de empresas em geral e da área de Saúde em particular têm aumentado. Na verdade, as ofertas públicas de ações – *Initial Public Offerings* (IPOs) – no ano de 2007 foram recorde até então. Entre essas ofertas, verifica-se a entrada na Bolsa de Valores de algumas empresas da área de Saúde, marcadamente algumas operadoras de planos de saúde (OPS) e empresas de medicina diagnóstica (EMD). Em função disso, alguns investidores começam a se interessar pela possibilidade de cadeias de hospitais ou mesmo hospitais isolados estarem um dia, também, listados na Bovespa. Paralelamente a isso, administradores de hospitais privados ligados a sociedades anônimas de capital fechado frequentemente também são abordados por potenciais investidores, ou mesmo acionistas, interessados em saber se hospitais são realmente empreendimentos rentáveis. Observa-se ainda o crescente interesse de fundos de participações (*private equity*) em investir em hospitais com a intenção de alguns anos após a compra, também realizar venda ou abertura de capital. (VELOSO e MALIK, 2010).

Uma das maiores empresas do mercado de saúde brasileiro, proprietária de uma rede privada de hospitais, denominada Rede Dor São Luiz, além de ter liderado grandes aquisições ao longo da última década, ingressou na bolsa de valores em plena pandemia da COVID-19, para IPO. Esta companhia atua na saúde suplementar brasileira com a seguinte composição:

A Companhia opera a maior rede independente de hospitais privados do Brasil, composta, em 30 de setembro de 2020, por 51 hospitais próprios, um hospital sob administração e 32 projetos de hospitais em desenvolvimento, licenciamento ou construção, distribuídos nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco, Bahia, Sergipe, Maranhão, Paraná e Ceará e no Distrito Federal. A Companhia também opera a maior rede de clínicas oncológicas do Brasil, que, na mesma data, era composta por 39 clínicas estrategicamente localizadas ao longo do território brasileiro. Além disso, a Companhia se dedica à operação de laboratórios de análises clínicas e de imagem, bem como unidades de diálise, contando, em 30 de setembro de 2020, com 11 laboratórios e 53 unidades de diálise, das quais 51 funcionam nos próprios hospitais da Companhia, e 2 funcionam em um ambiente externo. (BANCO INTER, 2020).

A figura 9 demonstra a distribuição do indicador EBITDA e número de hospitais da Rede Dor São Luiz.

Figura 9- Distribuição do EBITDA e número de hospitais da Rede Dor São Luiz



Fonte: Banco Inter.

Com a estreia na bolsa de valores brasileira, o grupo Rede D'Or São Luiz captou recursos bilionários para alavancar sua estratégia de crescimento, bem como ampliou o valor da companhia no mercado.

O grupo de hospitais Rede D'Or São Luiz estreou em forte alta na Bolsa brasileira, no maior IPO (oferta inicial de ações, na sigla em inglês) de uma companhia na B3 desde 2013, movimentando R\$ 11,39 bilhões nesta quinta-feira (10).

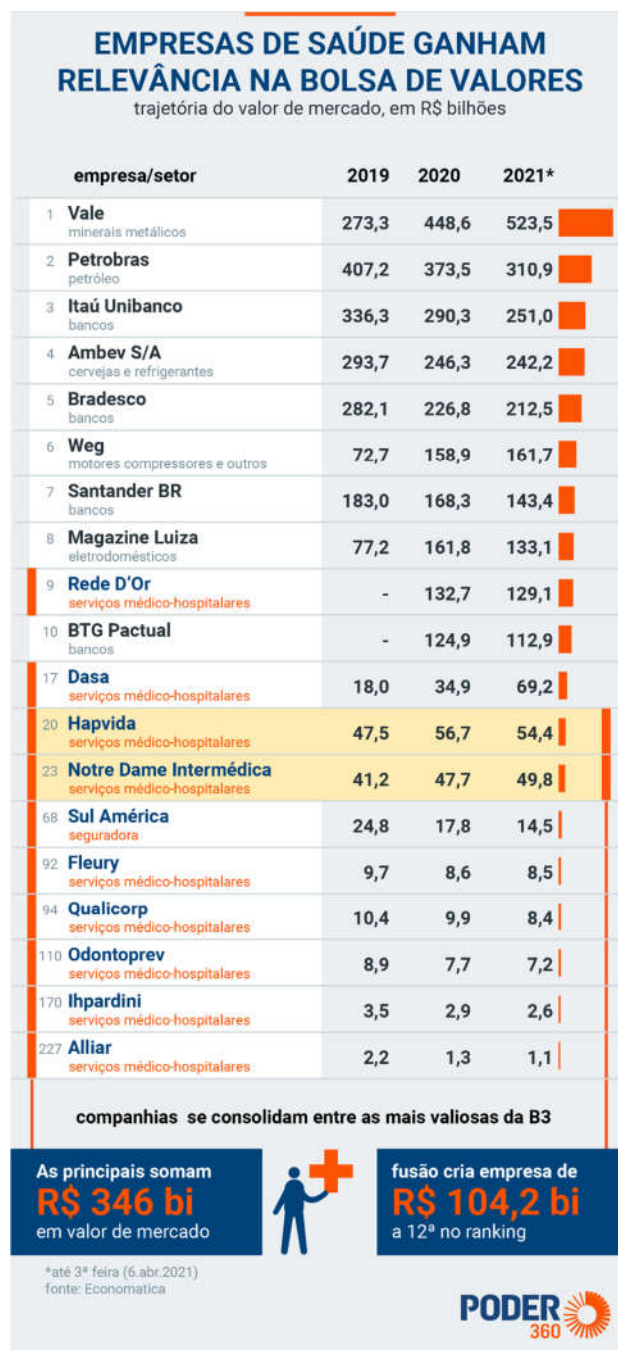
O IPO (oferta inicial de ações, na sigla em inglês) foi precificado a R\$ 57,92 por ação, avaliando o grupo em R\$ 112,5 bilhões, o que o coloca entre as dez empresas brasileiras com maior valor de mercado listadas na B3, na frente do Banco do Brasil. (FOLHA DE SÃO PAULO, 2020).

A figura 10 demonstra a distribuição da série histórica do Ranking do valor de mercado de empresas de saúde listadas na B3<sup>51</sup> que é a bolsa valores do Brasil.

<sup>51</sup> B3 é a bolsa de valores brasileira, sendo o seu nome uma abreviação para Brasil, Bolsa, Balcão. Também é denominada no mercado financeiro pela letra B e um elevado a três (B<sup>3</sup>), a B3 surgiu oficialmente no ano de 2017, logo após a fusão entre a BM&F Bovespa (Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros de São Paulo) e a Cetip (Central de Custódia e de Liquidação Financeira de Títulos). A B3 é uma das principais empresas de infraestrutura de mercado financeiro no mundo, com atuação em ambiente de bolsa e de balcão. Sociedade de capital aberto – cujas ações (B3SA3) são negociadas no Novo Mercado –, a Companhia integra os índices Ibovespa, IBrX-50, IBrX e Itag, entre outros. Reúne ainda tradição de inovação em produtos e tecnologia e é uma das maiores em valor de mercado, com posição global de destaque no setor de bolsas. As atividades incluem criação e administração de sistemas de negociação, compensação, liquidação, depósito e registro para todas as principais classes de ativos, desde ações e títulos de renda fixa corporativa até derivativos de moedas, operações estruturadas e taxas de juro e de commodities.



Figura 10- Distribuição da série histórica do *ranking* do valor de mercado de empresas de saúde listadas na B3



Fonte: Poder 360<sup>52</sup>.

Além do grupo privado de hospitais descrito acima, duas das maiores OPS no Brasil, também captaram recursos com ingresso na bolsa de valores.

Para financiar o processo de expansão como o conhecemos hoje, as duas operadoras de saúde fizeram as suas ofertas iniciais de ações em abril de

<sup>52</sup> O Poder360 é uma empresa de jornalismo profissional.



2018. Enquanto a Notre Dame Intermédica captou R\$ 2,7 bilhões, a Hapvida<sup>53</sup> movimentou R\$ 3,43 bilhões — o maior IPO da história da saúde suplementar do país. Desde então, os papéis se valorizaram mais de 310% e 165%, respectivamente, hoje negociados na faixa dos R\$ 60. (SEU DINHEIRO, 2020)<sup>54</sup>.

Na última década uma das maiores OPS denominado Grupo Notredame Intermédica<sup>55</sup>, alavancou de forma significativa suas aquisições antes e após o seu IPO. Somente no ano 2020 em plena pandemia da COVID-19, esta OPS realizou 14 aquisições lotadas nos estados do Paraná, Santa Catarina e Minas Gerais. Estas aquisições totalizaram aproximadamente 1 milhão e 100 mil beneficiários e 1.312 leitos dos hospitais adquiridos em conjunto com as respectivas OPS (GNDI, 2020). A figura 11 demonstra a distribuição da série histórica de aquisições da OPS Grupo NotreDame Intermédica no período de 2015 a 2020.

Figura 11- Distribuição da série histórica de aquisições da OPS Grupo NotreDame Intermédica



Fonte: Grupo Notredame Intermédica – GNDI.

<sup>53</sup> Hapvida é atualmente a segunda maior OPS do Brasil, com mais de 6,7 milhões de beneficiários (saúde e dental).

<sup>54</sup> Seu Dinheiro é um website sobre investimentos.

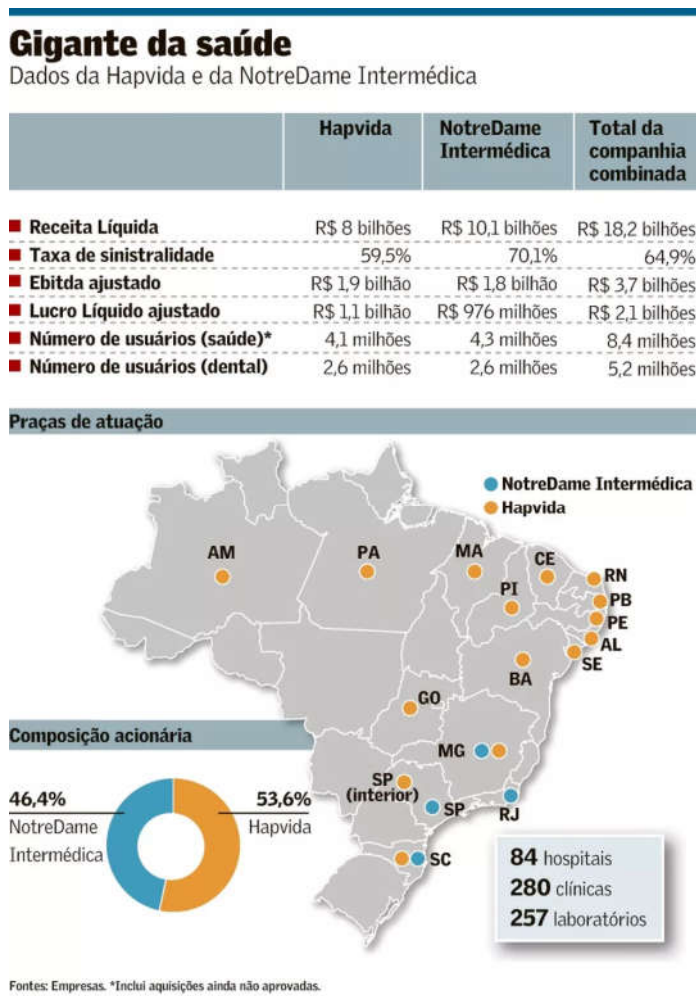
<sup>55</sup> O Grupo NotreDame Intermédica (GNDI) é, atualmente, a maior OPS do Brasil, com mais de 6,9 milhões de beneficiários (saúde e dental).

Segundo Hubbard (2013) as empresas têm várias razões para realizar uma aquisição ou fusão: aumento de *market share*, obtenção de vantagem competitiva, busca por incentivos fiscais junto ao governo, geração de economia de escala no negócio, ingresso no mercado em novas geografias, verticalização ou aquisição de novos produtos, aquisição de tecnologias, marcas, entre outros.

No âmbito de fusões, duas grandes OPS anunciaram a fusão e criam uma das maiores empresas de saúde privada do Brasil. A figura 12 demonstra a visão geral da fusão anunciada entre as duas maiores OPS no Brasil.

[...] Hapvida e Grupo NotreDame Intermédica (GNDI), concluíram na noite de sábado o acordo de fusão que cria uma companhia com valor de mercado de R\$ 110,5 bilhões. Trata-se da décima primeira empresa mais valiosa da B3, considerando as cotações das duas companhias na sexta-feira. (KOIKE, FILGUEIRAS, 2021).

Figura 12- Visão geral da fusão anunciada entre as duas maiores OPS no Brasil, Hapvida e GNDI<sup>56</sup>- 2021



Fonte: Valor Econômico.

Diante de um cenário de redução gradativa do número de OPS, fusões e/ou aquisições de hospitais, clínicas, laboratórios e/ou OPS, ingresso de grandes players de saúde na bolsa de valores, a terceira década deste século demonstra continuidade no movimento de consolidação do mercado privado de saúde.

<sup>56</sup> O Valor Econômico é o mais importante veículo de economia, finanças e negócios do Brasil. A Editora Globo S/A, empresa detentora dos direitos do jornal "Valor Econômico", autorizou uso de trechos da matéria intitulada "Hapvida e Intermédica acertam fusão e criam grupo de R\$ 110,5 bi", escrita por Beth Koike e Maria Luiza Filgueira, publicada em 01/03/2021.

### 3.5.2 O cenário das *Startups Healthtechs* no Brasil

Além das frequentes fusões e aquisições na área de saúde privada, na última década o mercado brasileiro demonstrou tendência no crescimento das *Startups*<sup>57</sup> *Healthtechs*. Para a Associação Brasileira de Startups (ABS), *Startup* tem o seguinte conceito:

Startup é uma empresa que nasce a partir de um modelo de negócio ágil e enxuto, capaz de gerar valor para seu cliente resolvendo um problema real, do mundo real. Oferece uma solução escalável para o mercado e, para isso, usa tecnologia como ferramenta principal. (ABS, 2021).

Segundo a OMS tecnologia em saúde é definido por:

Aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida. (OMS, 2020).

Segundo relatório Distrito<sup>58</sup> HealthTech Report (2020), o Brasil possui 542 Healthtechs divididos nas seguintes categorias: acesso a informação, gestão de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), marketplace, Artificial Intelligence (AI)<sup>59</sup> & *Big data*<sup>60</sup>, *medical devices*, telemedicina, farmacêutica e diagnóstico, relacionamento com pacientes e *wearables*<sup>61</sup> & *IOT*<sup>62</sup>. A figura 13 demonstra a distribuição da série histórica do número de *Healthtechs* no Brasil

<sup>57</sup> Startups são empresas em fase inicial que desenvolvem produtos ou serviços inovadores, com potencial de rápido de crescimento. (Abstartups, 2021).

<sup>58</sup> O Distrito é uma Plataforma de Inovação Aberta com o propósito de transformar empresas, acelerar startups e potencializar investimentos. (Distrito, 2021).

<sup>59</sup> Inteligência Artificial refere-se a qualquer inteligência semelhante à inteligência humana exibida por um computador, um robô ou outra máquina. (IBM, 2021).

<sup>60</sup> Gartner define big data como “alto volume, velocidade e / ou variedade de ativos de informação que exigem formas novas e inovadoras de processamento para tomada de decisão aprimorada, insights de negócios ou otimização de processos”. (Gartner, 2021).

<sup>61</sup> Os wearables são dispositivos usados no corpo em itens como relógios, óculos, joias e acessórios. Ou no corpo - ingerido ou implantado cirurgicamente. (Deloitte, 2021).

<sup>62</sup> A Internet das Coisas (IoT) descreve a rede de “objetos físicos” — incorporados a sensores, software e outras tecnologias com o objetivo de conectar e trocar dados com outros dispositivos e sistemas pela internet. (Oracle, 2021).

Figura 13- Distribuição da série histórica do número de *Healthtechs* no Brasil

Fonte: Distrito HealthTech Report Brasil 2020.

Segundo o relatório as *Healthtechs* têm sido protagonistas na luta contra a pandemia da COVID-19 no Brasil e 53 *Startups* criaram diversas soluções diretas e indiretas para a população geral, governo, hospitais e médicos. As tendências a partir do ano de 2021 são:

- Invasão tecnológica: com a transformação digital, tecnologias e soluções serão implementadas nos serviços de saúde como inteligência artificial (estima-se que 90% dos hospitais americanos utilizarão esta tecnologia até 2025), calculadoras de riscos (atuariais, etc.), análise preditiva, ferramentas genéticas, *machine learning*<sup>63</sup>, algoritmos de detecção de doenças raras e análise preditiva, entre outras tecnologias inovadoras. A ideia é fazer com que a assistência médica saia do foco de tratamento de doenças e migre também para prevenção e a cura com uso de tecnologia.
- Experiência do paciente: a experiência do cliente será mais importante que o preço

<sup>63</sup> Machine Learning é uma tecnologia onde os computadores têm a capacidade de aprender de acordo com as respostas esperadas por meio associações de diferentes dados, os quais podem ser imagens, números e tudo que essa tecnologia possa identificar. Machine Learning é o termo em inglês para a tecnologia conhecida no Brasil como aprendizado de máquina. (IBM, 2021).

e o próprio produto. Soluções tecnológicas podem contribuir com a jornada do cliente na prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.

- Paciente mais digital: pacientes com mais autonomia sobre a própria saúde buscam mais informação sobre prevenção e tratamento e consequentemente serão mais exigentes. A recente consumerização associado ao aumento das vendas de aplicativos de saúde, dispositivos vestíveis (*wearables*), serviços de saúde em domicílio para cuidados primários, gerenciamento de doenças crônicas ou cuidados paliativos e de longo prazo, consultas em sites de comparação (de médicos, hospitais e produtos farmacêuticos), geram a necessidade de soluções inovadoras de tecnologia.
- Telemedicina: desde abril<sup>64</sup> 2020 o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu, em caráter excepcional, a telemedicina no país como uma prática médica aceita enquanto durar a emergência de saúde pública da COVID-19. Existe uma acentuada tendência e demanda do mercado para esta excepcionalidade se tornar uma prática nacional e global.
- Robótica: novos players, como Johnson & Johnson<sup>65</sup> em colaboração com a Alphabet Inc.<sup>66</sup> (*holding* da Google), também devem entrar no mercado em 2021. A popularização da robótica hospitalar é uma forte tendência para esta década.
- Serviço de nuvem no setor da saúde: no setor da saúde houve significativa mudança na geração, consumo, armazenamento e compartilhamento de dados em nuvem. As plataformas em nuvem aumentam a colaboração entre médicos e pacientes e tornam o processo de consulta mais eficiente. Benefícios como interoperabilidade, integrações de dados em todo o sistema de saúde, facilidade para uso de aplicação da análise de *Big Data* e dos algoritmos de inteligência artificial nos dados, são fatores relevantes para o aumento pela compra deste serviço.
- Compras de serviços de *Startups* e *Healthtechs*: independentemente das empresas de saúde disporem das suas áreas de tecnologia, projetos e inovação, existe forte tendência da busca por soluções específicas nas *Healthtechs*.

---

<sup>64</sup> Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020 que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2).

<sup>65</sup> Johnson & Johnson é a sexta maior empresa do mundo em saúde do consumidor; a maior e mais diversificada empresa do mundo em dispositivos médicos e diagnósticos; a quinta maior empresa do mundo em produtos biológicos; e a oitava maior empresa farmacêutica do mundo.

<sup>66</sup> A Alphabet Inc. é uma holding criada em 2015 para administrar todos os serviços relacionados ao Google (Google, Android, YouTube, Calico, Waymo, Google X e Deep Mind, entre outras).

- *Data Science* e *Predictive Analytics*: as melhorias na ciência de dados e análise preditiva viabilizaram a busca de *insights* mais profundos aos profissionais de saúde. Fonte de dados sobre o comportamento dos pacientes e ambiente circundante, permitirá que os médicos identifiquem e resolvam problemas endêmicos de regiões, saúde de famílias, criação de novos negócios e outras soluções para grupos populacionais. Com análise preditiva será possível antecipar futuras doenças, novas pesquisas e tratamentos.
- Parcerias estratégicas e novos players: é uma tendência global as organizações de saúde realizarem aquisições e fusões com *Healthtechs* para criação de sinergia, geração de valor e melhoria do seu próprio desempenho operacional e financeiro.
- *Augmented Reality* (AR)<sup>67</sup> e *Virtual Reality* (VR)<sup>68</sup>: no setor de saúde essas tecnologias têm sido utilizadas para tratar doenças físicas e psicológicas, ferramentas de reabilitação, treinamento médico e outros profissionais de saúde, uso de ambientes imersivos para tratamento de dores físicas e até doenças mentais.
- Drones<sup>69</sup>: tendência de utilização em vários segmentos (segurança pública, uso militar, logística, esportes, entretenimento, cinema, saúde, entre outros). Para a área de saúde há forte tendência para uso na logística para entrega de dietas, vacinas, medicamentos e suprimentos. Pode contribuir para anular surtos de doenças transmissíveis com risco de vida e com os serviços de emergência na entrega de desfibriladores em ocorrências.

### 3.5.3 A visão da ANAHP para o futuro da saúde

Para a ANAHP (2020) antes mesmo da pandemia da COVID-19, era possível vislumbrar cinco grandes tendências que, em sua visão, definirão o modelo assistencial do futuro: soluções de cuidado centrado nos usuários dos serviços de saúde, adoção de modelos denominados como alternativos de cuidado, coordenação do time de cuidado, experiência do cliente e maior adesão de soluções digitais para

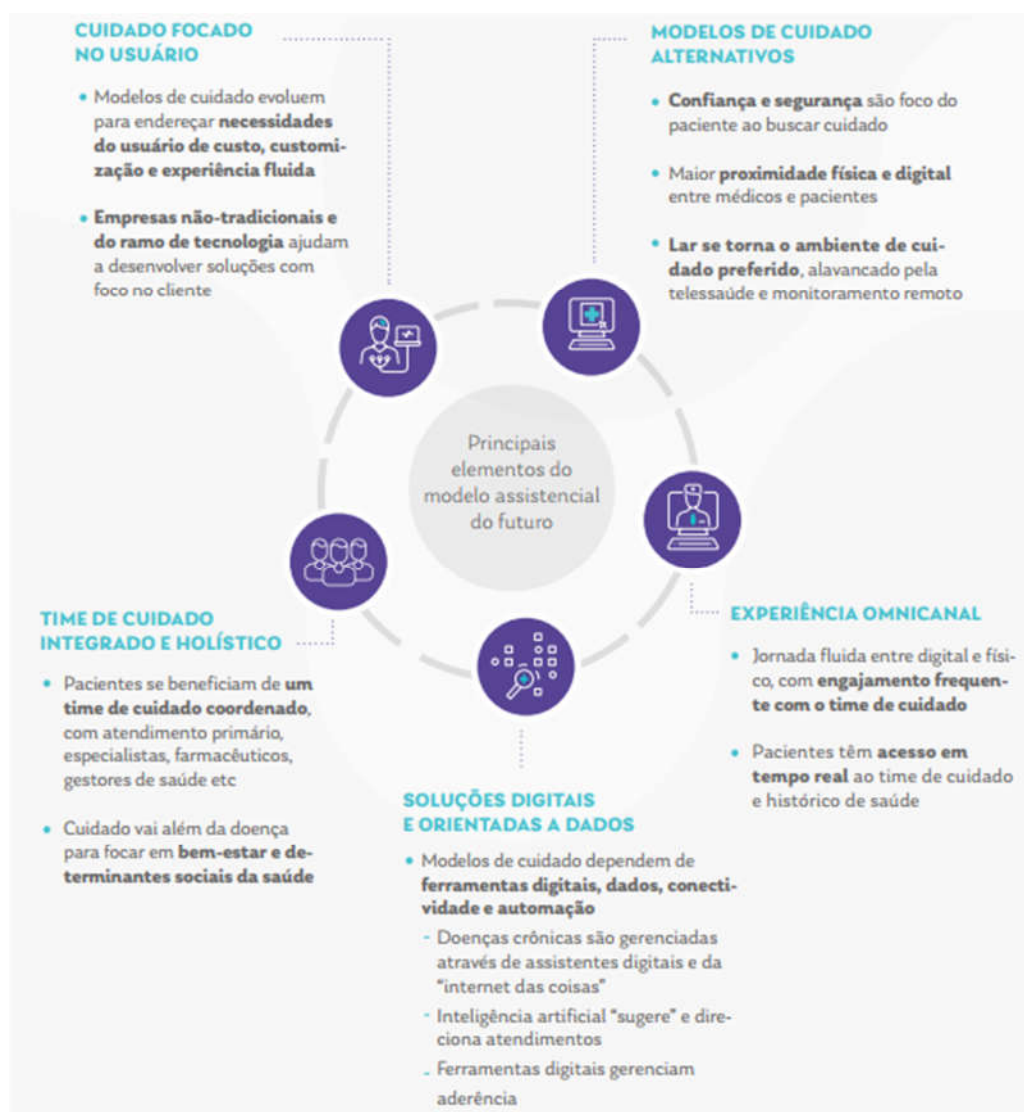
<sup>67</sup> Realidade aumentada ou *augmented reality* (AR), é uma tecnologia que permite a combinação e/ou inserção de elementos virtuais no ambiente real.

<sup>68</sup> Realidade virtual ou *virtual reality* (VR), é um ambiente isolado criado por computador, onde o usuário interage com essa nova dimensão, sendo ela totalmente digital e não se misturando com o mundo real.

<sup>69</sup> O termo “drone” é usado popularmente para descrever qualquer aeronave - e até mesmo outros tipos de veículos - com alto grau de automatismo. De uma forma geral, toda aeronave “drone” é um aeromodelo ou uma aeronave não tripulada remotamente pilotada (RPA). (ANAC, 2021).

promover melhoria do gerenciamento do cuidado. Estas temáticas visam a melhora dos resultados de experiência dos clientes e profissionais de saúde, resultados clínicos do tratamento e racionalização dos custos de tratamento. A figura 14 demonstra a distribuição das tendências que definirão o modelo assistencial do futuro na visão da ANAHP.

Figura 14- Distribuição das tendências que definirão o modelo assistencial do futuro na visão da ANAHP



Fonte: ANAHP (2021).

Além das tendências, a ANAHP (2021) tem a visão que a pandemia da COVID-19 gerou ruptura global nos atuais modelos de cuidado tradicionais e provocou a necessidade de se discutir os modelos assistenciais com integração, flexibilidade e



com responsividade as reais necessidades da população. Neste contexto a Associação tem considerado o conceito de sindemia para as discussões de modelo de assistência à saúde. Para Singer (2017) sindemia é a situação em que o efeito de duas ou mais doenças que interagem entre elas e com fatores biológicos e sociais de forma a causar danos maiores que a soma dessas duas doenças. A figura 15 demonstra a visão geral da ANAHP para os desafios do modelo assistencial do futuro do cuidado para os próximos 5 ou 10 anos.

Figura 15- Visão geral da ANAHP para os desafios do modelo assistencial do futuro

	CUIDADO AGUDO	ATENÇÃO PRIMÁRIA	CUIDADOS ESPECIAIS
<b>COMO SERÁ O FUTURO?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais especializado para atendimento de emergência, terapia intensiva, cirurgia e tratamentos especializados</li> <li>• Programas mais coordenados de “hospital em casa”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos segmentados de acordo com preferências do paciente               <ul style="list-style-type: none"> <li>- No local/local próximo</li> <li>- Populações em risco</li> <li>- Habilitado digitalmente para jovens/saudáveis</li> </ul> </li> <li>• Expansão das equipes e locais de cuidado provê experiência omnichannel integrada e interação mais frequente</li> <li>• “Cuidado padrão” alavanca ferramentas digitais e dados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel dos médicos de atenção primária se expande para lidar com questões de saúde mais especializadas (ex.: nutrição) por meio de treinamento e consultas virtuais com especialistas</li> <li>• “Cuidado padrão” para algumas especialidades (ex.: saúde comportamental, dermatologia) alavanca ferramentas e dados digitais</li> </ul>
<b>QUE DESAFIOS PRECISAREMOS ENFRENTAR?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desafios financeiros               <ul style="list-style-type: none"> <li>- declínio do volume e mudanças no mix de pacientes</li> </ul> </li> <li>• Falta de integração com parceiros que fornecem cuidados não-emergenciais</li> <li>• Baixa cobertura do “hospital em casa” por planos</li> <li>• Investimento em tecnologia de monitoramento e engajamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação de modelos de atenção primária de alta frequência de contato</li> <li>• Falta de um centro integrado que possa conectar todas as partes da experiência de cuidado holístico</li> <li>• Redesenhar jornadas com o usuário no centro para fomentar maior adoção tecnológica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração limitada entre os cuidados primários e especializados</li> <li>• Redesenhar jornadas com o usuário no centro para fomentar adoção maior tecnológica</li> </ul>

Fonte: ANAHP (2021).

### 3.5.4 Visão de futuro da saúde da OMS, OPAS<sup>70</sup>, ONU<sup>71</sup> e ANAHP no início da terceira década do século XXI

Para a OMS (2020) os 13 desafios urgentes e globais à saúde para a terceira década são:

**1- Elevando a saúde no debate sobre o clima.** Qual é o desafio? A crise climática é uma crise de saúde. A poluição do ar mata cerca de 7 milhões de pessoas a cada ano, enquanto a mudança climática causa eventos climáticos mais extremos, exacerba a desnutrição e alimenta a propagação de doenças infecciosas como a malária. As mesmas emissões que causam o aquecimento global são responsáveis por mais de um quarto das mortes por ataque cardíaco, derrame, câncer de pulmão e doenças respiratórias crônicas. Os líderes nos setores público e privado devem trabalhar juntos para limpar nosso ar e mitigar os impactos das mudanças climáticas na saúde.

**2- Oferecendo saúde em conflitos e crises.** Qual é o desafio? Em 2019, a maioria dos surtos de doenças que exigem o nível mais alto de resposta da OMS ocorreu em países com conflitos prolongados. Também vimos a continuação de uma tendência preocupante em que os trabalhadores e instalações de saúde são visados. A OMS registrou 978 ataques à saúde em 11 países no ano passado, com 193 mortes. Ao mesmo tempo, o conflito está forçando um número recorde de pessoas a deixar suas próprias casas, deixando dezenas de milhões de pessoas com pouco acesso a cuidados de saúde, às vezes por anos.

**3- Tornando a saúde mais justa.** Qual é o desafio? Lacunas socioeconômicas persistentes e crescentes resultam em grandes discrepâncias na qualidade da saúde das pessoas. Não há apenas uma diferença de 18 anos na expectativa de vida entre os países ricos e pobres, mas também uma lacuna acentuada dentro dos países e até mesmo dentro das cidades. Enquanto isso, o aumento global de doenças não transmissíveis, como câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, tem uma carga desproporcionalmente grande em países de baixa e média renda e pode drenar rapidamente os recursos das famílias mais pobres.

**4- Expandindo o acesso a medicamentos.** Qual é o desafio? Cerca de um terço da população mundial não tem acesso a medicamentos, vacinas,

<sup>70</sup> A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é a agência internacional especializada em saúde pública das Américas, que representa 51 países membros e territórios. A OPAS tem dois chapéus institucionais: é a agência especializada em saúde do Sistema Interamericano e atua também como Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a agência especializada em saúde das Nações Unidas.

<sup>71</sup> A Organização das Nações Unidas é uma organização internacional fundada em 1945. Atualmente composta por 193 Estados membros, a ONU e seu trabalho são orientados pelos propósitos e princípios contidos em sua Carta de fundação. Os principais propósitos são: manter a paz e a segurança internacionais, desenvolver relações amistosas entre as nações, ser um centro de harmonização das ações das nações e alcançar a cooperação internacional na solução de problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário e na promoção e incentivo ao respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião. Os principais órgãos da ONU são a Assembleia Geral, o Conselho de Segurança, o Conselho Econômico e Social, o Conselho de Tutela, o Tribunal Internacional de Justiça e o Secretariado da ONU. A ONU é continua sendo o único lugar na Terra onde todas as nações do mundo podem se reunir, discutir problemas comuns e encontrar soluções compartilhadas que beneficiem toda a humanidade.

ferramentas de diagnóstico e outros produtos essenciais para a saúde. O baixo acesso a produtos de saúde de qualidade ameaça a saúde e a vida, o que pode colocar os pacientes em perigo e aumentar a resistência aos medicamentos. Medicamentos e outros produtos de saúde são a segunda maior despesa para a maioria dos sistemas de saúde (depois dos profissionais de saúde) e o maior componente das despesas privadas com saúde em países de baixa e média renda.

**5- Parando doenças infecciosas.** Qual é o desafio? Doenças infecciosas como HIV, tuberculose, hepatite viral, malária, doenças tropicais negligenciadas e infecções sexualmente transmissíveis matarão cerca de 4 milhões de pessoas em 2020, a maioria delas pobres. Enquanto isso, doenças evitáveis por vacinas continuam a matar, como o sarampo, que ceifou 140.000 vidas em 2019, muitas delas crianças. Embora a poliomielite esteja à beira da erradicação, ocorreram 156 casos de poliovírus selvagem no ano passado, o maior desde 2014.

**6-** As causas profundas são os níveis insuficientes de financiamento e a fragilidade dos sistemas de saúde nos países endêmicos, juntamente com a falta de compromisso dos países ricos.

**7- Preparando-se para epidemias.** Qual é o desafio? Todos os anos, o mundo gasta muito mais respondendo a surtos de doenças, desastres naturais e outras emergências de saúde do que se preparando e prevenindo-os. Uma pandemia de um novo vírus altamente infeccioso transportado pelo ar - provavelmente uma cepa da gripe - para o qual a maioria das pessoas não tem imunidade é inevitável. Não é uma questão de se outra pandemia ocorrerá, mas quando e quando ela se espalhará rapidamente, potencialmente ameaçando milhões de vidas. Enquanto isso, doenças transmitidas por vetores como dengue, malária, Zika, chikungunya e febre amarela estão se espalhando à medida que as populações de mosquitos se mudam para novas áreas, alimentadas pela mudança climática.

**8- Protegendo as pessoas de produtos perigosos.** Qual é o desafio? A falta de alimentos, alimentos não seguros e dietas não saudáveis são responsáveis por quase um terço da carga global de doenças de hoje. A fome e a insegurança alimentar continuam a atormentar milhões, com a escassez de alimentos sendo perniciosamente explorada como armas de guerra. Ao mesmo tempo, como as pessoas consomem alimentos e bebidas com alto teor de açúcar, gordura saturada, gordura trans e sal, o sobrepeso, a obesidade e as doenças relacionadas à dieta estão aumentando em todo o mundo. Enquanto isso, o uso do tabaco está diminuindo em alguns, mas aumentando na maioria dos países, e há evidências sobre os riscos dos cigarros eletrônicos à saúde.

**9- Investindo nas pessoas que defendem nossa saúde.** Qual é o desafio? O subinvestimento crônico na educação e no emprego de profissionais de saúde, juntamente com a falta de garantia de salários decentes, levou à escassez de profissionais de saúde em todo o mundo. Isso coloca em risco os serviços de saúde e assistência social e sistemas de saúde sustentáveis. O mundo precisará de mais 18 milhões de profissionais de saúde até 2030, principalmente em países de baixa e média renda, incluindo 9 milhões de enfermeiras e parteiras.

**10- Mantendo os adolescentes seguros.** Qual é o desafio? Mais de 1 milhão de adolescentes com idades entre 10-19 anos morrem todos os anos. As principais causas de morte nessa faixa etária são acidentes de trânsito, HIV, suicídio, infecções respiratórias e violência interpessoal. O uso prejudicial de álcool, tabaco e drogas, falta de atividade física, sexo desprotegido e exposição anterior a maus-tratos infantis aumentam os riscos dessas causas de morte.

**11- Ganhando a confiança do público.** Qual é o desafio? A confiança ajuda a definir se os pacientes provavelmente confiarão nos serviços de saúde e seguirão os conselhos de um profissional de saúde - sobre vacinação, ingestão de medicamentos ou uso de preservativos. A saúde pública é comprometida pela disseminação descontrolada de desinformação nas redes sociais, bem como pela erosão da confiança nas instituições públicas. O movimento antivacinação tem sido um fator significativo no aumento de mortes por doenças evitáveis.

**12- Aproveitando novas tecnologias.** Qual é o desafio? As novas tecnologias estão revolucionando nossa capacidade de prevenir, diagnosticar e tratar muitas doenças. A edição do genoma, a biologia sintética e as tecnologias digitais de saúde, como a inteligência artificial, podem resolver muitos problemas, mas também levantar novas questões e desafios para monitoramento e regulamentação. Sem uma compreensão mais profunda de suas implicações éticas e sociais, essas novas tecnologias, que incluem a capacidade de criar novos organismos, podem prejudicar as pessoas que pretendem ajudar.

**13- Protegendo os medicamentos que nos protegem.** Qual é o desafio? A resistência antimicrobiana (AMR) ameaça devolver a medicina moderna décadas à era pré-antibiótica, quando mesmo as cirurgias de rotina eram perigosas. O aumento da AMR decorre de uma miríade de fatores que se juntaram para criar uma mistura aterrorizante, incluindo prescrição não regulamentada e uso de antibióticos, falta de acesso a medicamentos de qualidade e acessíveis e falta de água potável, saneamento, higiene e prevenção e controle de infecções.

**14- Manter os cuidados de saúde limpos.** Qual é o desafio? Quase uma em cada quatro unidades de saúde em todo o mundo carece de serviços básicos de água. Os serviços de água, saneamento e higiene (WASH) são essenciais para o funcionamento do sistema de saúde. A falta desses princípios básicos nas unidades de saúde leva a cuidados de má qualidade e aumenta a chance de infecção para pacientes e profissionais de saúde. Tudo isso está acontecendo em um cenário de bilhões de pessoas em todo o mundo vivendo em comunidades sem água potável ou serviços de saneamento adequados - ambos os principais fatores causadores de doenças.

Segundo a OPAS (2021), as questões de saúde para as Américas em 2021 são:

**1- Construção de solidariedade para a segurança da saúde**

Em 2021, a OPAS trabalhará com os países para melhorar a preparação para emergências de saúde, em parte garantindo que as nações trabalhem juntas. A OPAS apoiará o aumento da capacidade de resposta a emergências de saúde nas comunidades rurais e urbanas mais vulneráveis, pequenas nações e territórios insulares e ambientes estressados ou conflitantes.

A OPAS continuará seu trabalho em parcerias para construir uma força de trabalho em emergências de saúde para expandir, treinar e padronizar a saúde pública e os cuidados de saúde de alta qualidade. Finalmente, a OPAS trabalhará com as autoridades nacionais e os principais parceiros para proteger as populações contra infodemias<sup>72</sup> e garantir que obtenham

<sup>72</sup> Infodemia é o excesso de informações, incluindo informações falsas ou enganosas em ambientes digitais e físicos durante o surto de uma doença. Causa confusão e comportamentos de risco que podem prejudicar a saúde. Também leva à desconfiança nas autoridades de saúde e prejudica a

informações precisas e baseadas em evidências.

## **2- Aceleração do acesso a testes, medicamentos e vacinas COVID-19**

Uma das principais prioridades em 2021 será continuar a trabalhar nos quatro pilares do ACT-Accelerator<sup>73</sup> para alcançar o acesso equitativo a vacinas, testes e tratamentos COVID-19 eficazes e seguros. Garantir que os sistemas de saúde sejam fortes o suficiente para fornecer vacinas também é vital.

A OPAS continuará prestando cooperação técnica aos países membros para fortalecer os programas nacionais de imunização como uma prioridade de saúde pública. A OPAS também ajudará os países a se prepararem para a introdução e distribuição das vacinas COVID-19.

Esse trabalho será baseado na estrutura de valores e no roteiro, estabelecidos pelo Grupo Consultivo Estratégico de Peritos em Vacinas (SAGE) da OMS e endossados pelo Grupo Consultivo Técnico (TAG) da OPAS sobre Doenças Evitáveis por Vacinas.

Da mesma forma, este trabalho será baseado na Força-Tarefa para Vacinas COVID-19 da OPAS e na orientação da OMS sobre o desenvolvimento de um plano nacional de implantação e vacinação para as vacinas COVID-19.

## **3- Promover a saúde para todos**

Em 2021, a OPAS trabalhará com parceiros para ajudar os países a fortalecer os sistemas de saúde para que possam responder à COVID-19, assegurar a prestação de serviços de saúde essenciais e apoiar a aplicação da vacina. Três importantes iniciativas sustentarão esse trabalho:

Implementar o Marco renovado para as funções essenciais de saúde pública nas Américas para fortalecer as ações de saúde pública, abordar as deficiências do sistema de saúde e eliminar barreiras à saúde;

Aumentar a capacidade de produção de medicamentos essenciais e tecnologias de saúde, em particular para emergências de saúde;

Construir resiliência nos sistemas de saúde para apoiar a consecução da saúde universal nas Américas, apesar das contínuas e emergentes ameaças à saúde.

Para realizar esse trabalho, a OPAS participará do Ano dos trabalhadores de saúde e cuidado 2021, apoiando a campanha global para fortalecer a força de trabalho de saúde e assistência social.

## **4- Revitalização dos esforços para combater as doenças transmissíveis**

A pandemia COVID-19 atrasou os avanços no sentido de erradicar a poliomielite, HIV, tuberculose e malária e de evitar epidemias de doenças como sarampo e malária. Em 2021, a OPAS ajudará os países a fornecer vacinas às pessoas que deixaram de tomá-las durante a pandemia.

A OPAS trabalhará para aumentar a cobertura da vacina contra o HPV e dos serviços de triagem e tratamento. Esse trabalho será realizado como parte do novo esforço global para eliminar o câncer do colo do útero, lançado em 2020.

Finalmente, a OPAS trabalhará com parceiros para implementar o novo Roteiro de 10 anos para Doenças Tropicais Negligenciadas e intensificar os esforços para erradicar a AIDS, tuberculose e malária, eliminando a hepatite viral até 2030.

---

resposta da saúde pública. A infodemia pode intensificar ou prolongar os surtos quando as pessoas não têm certeza do que precisam fazer para proteger sua saúde e a saúde das pessoas ao seu redor. Com a digitalização crescente - uma expansão da mídia social e do uso da Internet - as informações podem se espalhar mais rapidamente. Isso pode ajudar a preencher vazios de informações mais rapidamente, mas também pode amplificar mensagens prejudiciais. (OMS, 2021).

<sup>73</sup> O *Access to COVID-19 Tools* (ACT) que significa Acelerador de Acesso às Ferramentas COVID-19, é uma colaboração global inovadora para acelerar o desenvolvimento, a produção e o acesso equitativo aos testes, tratamentos e vacinas COVID-19.

### **5- Combater a resistência a medicamentos**

Os esforços regionais para eliminar as doenças infecciosas só serão bem-sucedidos se os medicamentos para as tratar forem eficazes. Em 2021, será vital reforçar o trabalho com os parceiros de *One Health* – Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura e Organização Mundial de Saúde Animal (OIE Organização Internacional de Epizootias) – e com partes interessadas em todos os setores para preservar os antimicrobianos.

Ao mesmo tempo, a OPAS continuará a apoiar os planos de ação nacionais, assegurando que a resistência antimicrobiana seja incluída nos planos de fortalecimento do sistema de saúde e preparação para emergências de saúde.

### **6- Prevenir e tratar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e os problemas de saúde mental**

O ano passado demonstrou que as pessoas com DCNT são particularmente vulneráveis à COVID-19 e que os problemas nos serviços afetam negativamente a atenção de qualidade. É vital assegurar um acesso equitativo à triagem, diagnóstico e tratamento de doenças como câncer, diabetes, hipertensão e doença cardiovascular, especialmente no contexto da atenção primária. Em 2021, melhorar os serviços de saúde e a qualidade da gestão clínica das pessoas com DCNT será uma das prioridades da OPAS. Proteger as populações contra a exposição a produtos nocivos associados a DCNT, como tabaco, álcool e alimentos e bebidas ultraprocessados, tornou-se ainda mais vital. Outra prioridade será fortalecer as políticas públicas para a prevenção de DCNT – inclusive participação na campanha global para ajudar 100 milhões a abandonar o uso do tabaco – e combater a má nutrição em todas as suas formas.

O ano passado também demonstrou o impacto devastador na saúde mental da pandemia e do confinamento, insegurança econômica, isolamento social, medo e angústia. Em 2021, a OPAS continuará apoiando os esforços para expandir os serviços comunitários de saúde mental e para pessoas que vivem em situações vulneráveis.

### **7- Abordar as desigualdades em saúde**

Este ano, a OPAS trabalhará com os países para fortalecer os esforços no sentido de abordar a equidade em saúde e atacar os determinantes estruturais e sociais da saúde, ou seja, as condições e mecanismos subjacentes que provocam desigualdades em saúde.

A OPAS ajudará na implementação de políticas de saúde equitativas, participativas e inclusivas e apoiará o trabalho do setor da saúde com outros setores, como trabalho, proteção social e educação, já que as desigualdades em saúde são afetadas pelas políticas e ações desses outros ministérios.

Essas políticas abordarão as desigualdades em saúde relacionadas a gênero, etnia, deficiência, ocupação e emprego, status migratório e moradia em áreas rurais remotas ou áreas urbanas marginalizadas. A OPAS também trabalhará com os países para fortalecer a coleta e análise de dados para monitorar as desigualdades em saúde.

### **8- Proporcionar liderança regional em ciência, ciência de dados e transformação digital**

Este ano, a OPAS continuará a monitorar e avaliar as últimas descobertas científicas e dados cruciais sobre a COVID-19 e outras questões de saúde. A OPAS fortalecerá a excelência, relevância e eficácia de suas funções técnicas para proporcionar a melhor informação e recomendações baseadas em evidências para a saúde pública em questões que vão de Alzheimer a Zika.

Em alinhamento com a Estratégia de saúde digital da OMS e o Guia do Secretário-Geral da ONU para a Cooperação Digital, a OPAS liderará o processo na Região para acelerar a transformação digital do setor da saúde

e fortalecer os Sistemas de informação para a saúde (IS4H) e a ciência dos dados como elementos essenciais para melhorar a resposta à COVID-19 e a recuperação pós-COVID-19.

#### **9- Agir de maneira solidária**

Durante o combate à COVID-19, a OPAS tem enfatizado a necessidade de demonstrar maior solidariedade entre nações, instituições, comunidades e indivíduos. Em 2021, a OPAS priorizará a solidariedade, fortalecendo a capacidade nacional por meio de nosso trabalho com os países membros, mas também mediante iniciativas com grupos de jovens, sociedade civil e setor privado. Nossa capacidade institucional se desenvolverá aceleradamente, inclusive mediante novas colaborações científicas.

No mesmo sentido de criar uma agenda global até 2030, a ONU (2015)<sup>74</sup> propôs aos seus países membros do Pacto Global, 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O Pacto Global uma iniciativa voluntária que fornece diretrizes para a promoção do crescimento sustentável e da cidadania, por meio de um esforço conjunto, de países, empresas, instituições e sociedade civil.

**Objetivo 1.** Erradicação da Pobreza. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.

**Objetivo 2.** Fome Zero e Agricultura Sustentável. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.

**Objetivo 3.** Saúde e Bem-estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

**Objetivo 4.** Educação de Qualidade. Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.

**Objetivo 5.** Igualdade de Gênero. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.

**Objetivo 6.** Água Potável e Saneamento. Assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável da água e saneamento para todos.

**Objetivo 7.** Energia Acessível e Limpa. Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos.

**Objetivo 8.** Trabalho Decente e Crescimento Econômico. Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho decente para todos.

**Objetivo 9.** Indústria Inovação e Infraestrutura. Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação.

**Objetivo 10.** Redução das Desigualdades. Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.

**Objetivo 11.** Cidades e Comunidades Sustentáveis. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.

**Objetivo 12.** Consumo e Produção Responsáveis. Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis.

**Objetivo 13.** Ação Contra a Mudança Global do Clima. Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos.

**Objetivo 14.** Vida na Água. Conservar e promover o uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento

<sup>74</sup> Em setembro de 2015, os 193 países membros das Nações Unidas adotaram uma nova política global: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que tem como objetivo elevar o desenvolvimento do mundo e melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas.

sustentável.

**Objetivo 15.** Vida Terrestre. Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda.

**Objetivo 16.** Paz, Justiça e Instituições Eficazes. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

**Objetivo 17.** Parcerias e Meios de Implementação. Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

A figura 16 demonstra o resumo dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas.

Figura 16- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas



Fonte: Nações Unidas Brasil.



## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

O presente Trabalho Aplicado se baseia em pesquisa com desenho metodológico quantitativo do tipo descritivo, transversal e retrospectivo, utilizando dados secundários disponibilizados publicamente pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Inicialmente a pesquisa tinha por objetivo analisar o perfil de utilização dos pacientes nos hospitais filiados à ANAHP durante a pandemia da COVID19 e, com isto, o conhecimento do perfil nosológico dos hospitais (“*case-mix*”). Foi solicitado formalmente à Direção da ANHAP o acesso aos dados, porém o pesquisador recebeu a informação de que, devido aos termos contratuais de confidencialidade com os hospitais filiados, não haveria possibilidade de disponibilização dos dados individualizados solicitados para a pesquisa. Por outro lado, com intuito de contribuir de alguma forma com a pesquisa, a ANAHP disponibilizou as publicações denominadas Observatório e Nota Técnica Observatório ANAHP disponíveis em seu website, que poderiam ser utilizadas como objeto de pesquisa.

Como a pesquisa foi desenvolvida durante a pandemia da COVID-19 que ainda se encontra em curso, as informações inerentes à COVID-19 apresentam atualizações com periodicidade diária (dados da OMS como número de casos confirmados de COVID-19, óbitos por COVID-19, entre outras), mensal (dados da ANS), trimestrais (dados da ANAHP) e anual para consolidação dos dados (ANAHP e ANS).

Como fonte de dados, a ANAHP disponibilizou as publicações do Observatório 2020, Observatório 2021 e as cinco edições das Notas Técnicas do Observatório ANAHP publicadas trimestralmente no ano de 2020 e início do ano de 2021. No que tange dados gerais da pandemia da COVID-19, considerou-se dados atualizados até 03/06/2021.

A pesquisa analisa o impacto financeiro da pandemia da COVID-19 nos hospitais filiados à ANAHP, para responder qual o resultado financeiro da pandemia da COVID-19, no ano de 2020, para este grupo de hospitais. Para responder este objetivo foram considerados no estudo o resultado da variação dos seguintes indicadores, comparando o ano de 2020 com o ano de 2019: taxa de ocupação

hospitalar (%), TMP hospitalar (dias), margem EBITDA (%), perfil epidemiológico das internações hospitalares segundo capítulo CID-10 (%), receita líquida e despesa total por paciente-dia. Dentre estes indicadores a margem EBITDA (%) será o indicador chave para a resposta da pergunta de pesquisa. A pesquisa considera os indicadores entre o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2020 comparados com o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2019.

Considerando-se que no ano de 2020 aproximadamente 82% das receitas nos hospitais filiados à ANAHP, são oriundas das OPS, foi analisado se as medidas regulatórias da ANS para a saúde suplementar no ano de 2020, causaram eventuais impactos operacionais e/ou financeiros nos hospitais que são objeto de estudo. Para isso foi necessário levantar as medidas promulgadas no período. Como a pandemia é uma questão de saúde pública, buscou-se também analisar se alguma medida sanitária governamental no combate a pandemia no ano de 2020, gerou algum nível de impacto no desempenho financeiro destes hospitais.

## **4.2 Objeto de estudo**

O estudo tem como foco nos hospitais filiados à Associação Nacional dos Hospitais Privados - ANAHP. Os critérios para um hospital se tornar membro da referida Associação são: ser privado com ou sem fins lucrativos, não ser administrado por OPS, ter 60% ou mais de seu faturamento bruto originado da saúde suplementar e ter acreditação de excelência (ONA III, ACI, JCI ou NIAHO).

Segundo a ANAHP (2021), em dezembro de 2020 a Associação encerrou o exercício com 118 Hospitais, dos quais 77 Hospitais de porte grande e especial (65,25%) e 41 Hospitais de porte médio e pequeno (34,75%). Como acreditação hospitalar de excelência é um dos critérios de admissão, 81,61% das creditações internacionais e 36,50% das creditações nacionais são oriundos dos hospitais filiados à ANAHP (quadro 21). Os 118 Hospitais privados filiados à ANAHP estão distribuídos em 17 estados dos brasileiros descritos no quadro 19:

Quadro 19- Distribuição do número e proporção dos hospitais filiados à ANAHP por UF

Unidade Federativa	Número de Hospitais	% Hospitais
São Paulo	32	27,4%
Paraná	13	11,1%
Rio de Janeiro	13	11,1%
Rio Grande do Sul	11	9,4%
Minas Gerais	9	7,7%
Bahia	7	6,0%
Distrito Federal	7	6,0%
Pernambuco	6	5,1%
Espírito Santo	4	3,4%
Pará	3	2,6%
Santa Catarina	3	2,6%
Mato Grosso	2	1,7%
Paraíba	2	1,7%
Sergipe	2	1,7%
Alagoas	1	0,9%
Goiás	1	0,9%
Maranhão	1	0,9%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

O quadro 20 demonstra a distribuição dos hospitais filiados à ANAHP.

Quadro 20 - Distribuição dos hospitais filiados à ANAHP<sup>75</sup> por UF

Nº	Hospitais filiados à ANAHP	UF	Nº	Hospitais filiados à ANAHP	UF
1	Santa Casa de Misericórdia de Maceió	Alagoas	59	Complexo Hospitalar de Niterói	Rio de Janeiro
2	Hospital Aliança	Bahia	60	Hospital Barra D'Or	Rio de Janeiro
3	Hospital Córdio Pulmonar	Bahia	61	Hospital Copa D'Or	Rio de Janeiro
4	Hospital Português	Bahia	62	Hospital Icarai	Rio de Janeiro
5	Hospital Santa Izabel	Bahia	63	Hospital Oeste D'Or	Rio de Janeiro
6	Hospital Santo Amaro	Bahia	64	Hospital Pró-Cardíaco	Rio de Janeiro
7	Hospital São Rafael	Bahia	65	Hospital Quinta D'Or	Rio de Janeiro
8	IBR Hospital	Bahia	66	Hospital Rios D'Or	Rio de Janeiro
9	Hospital Anchieta	Distrito Federal	67	Hospital São Lucas Copacabana	Rio de Janeiro
10	Hospital Brasília	Distrito Federal	68	Hospital São Vicente de Paulo (RJ)	Rio de Janeiro
11	Hospital Daher Lago Sul	Distrito Federal	69	Perinatal Barra	Rio de Janeiro
12	Hospital do Coração do Brasil	Distrito Federal	70	Hospital Mãe de Deus	Rio Grande do Sul
13	Hospital Santa Lúcia (DF)	Distrito Federal	71	Hospital Moinhos de Vento	Rio Grande do Sul
14	Hospital Santa Luzia	Distrito Federal	72	Hospital Pompeia	Rio Grande do Sul
15	Hospital Santa Marta	Distrito Federal	73	Hospital São Lucas da PUCRS	Rio Grande do Sul
16	Hospital Meridional	Espírito Santo	74	Hospital Tacchini	Rio Grande do Sul
17	Hospital Meridional Serra	Espírito Santo	75	Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo	Rio Grande do Sul
18	Hospital Santa Rita de Cássia	Espírito Santo	76	Hospital Divina Providência	Rio Grande do Sul
19	Vitória Apart Hospital	Espírito Santo	77	Hospital Ernesto Dornelles	Rio Grande do Sul
20	Hospital do Coração Anís Rassi	Goiás	78	Hospital Santa Lucia (RS)	Rio Grande do Sul
21	UDI Hospital	Maranhão	79	Hospital São Vicente de Paulo (RS)	Rio Grande do Sul
22	Hospital Santa Rosa	Mato Grosso	80	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Rio Grande do Sul
23	Hospital São Mateus	Mato Grosso	81	Hospital Baía Sul	Santa Catarina
24	Complexo Hospitalar Santa Genoveva	Minas Gerais	82	Hospital Dona Helena	Santa Catarina
25	Hospital Albert Sabin (MG)	Minas Gerais	83	Hospital Santa Catarina de Blumenau	Santa Catarina
26	Hospital Madre Teresa	Minas Gerais	84	A.C. Camargo Cancer Center	São Paulo
27	Hospital Márcio Cunha	Minas Gerais	85	AACD – Associação de Assistência à Criança Deficiente	São Paulo
28	Hospital Mater Dei	Minas Gerais	86	BP Mirante	São Paulo
29	Hospital Mater Dei Contorno	Minas Gerais	87	Hospital 9 de Julho	São Paulo
30	Hospital Monte Sinai	Minas Gerais	88	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	São Paulo
31	Hospital Santa Clara (MG)	Minas Gerais	89	Hospital Assunção	São Paulo
32	Oncobio	Minas Gerais	90	Hospital BP	São Paulo
33	Hospital Adventista de Belém	Pará	91	Hospital do Coração – HCor	São Paulo
34	Hospital Porto Dias	Pará	92	Hospital e Maternidade Brasil	São Paulo
35	Hospital Saúde da Mulher	Pará	93	Hospital e Maternidade Santa Joana	São Paulo
36	Hospital Nossa Senhora das Neves	Paraíba	94	Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Anália Franco	São Paulo
37	Hospital Memorial São Francisco	Paraíba	95	Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Itaim	São Paulo
38	Hospital Cardiológico Constantini	Paraná	96	Hospital Edmundo Vasconcelos	São Paulo
39	Hospital das Nações	Paraná	97	Hospital Infantil Sabará	São Paulo
40	Hospital Evangélico de Londrina	Paraná	98	Hospital Israelita Albert Einstein	São Paulo
41	Hospital Marcelino Champagnat	Paraná	99	Hospital Leforte Liberdade	São Paulo
42	Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Paraná	100	Hospital Nipo-Brasileiro	São Paulo
43	Hospital Nossa Senhora das Graças	Paraná	101	Hospital Novo Atibaia	São Paulo
44	Hospital Pequeno Príncipe (PR)	Paraná	102	Hospital Samaritano	São Paulo
45	Hospital Santa Cruz (PR)	Paraná	103	Hospital Santa Catarina	São Paulo
46	Hospital Vita Batel	Paraná	104	Hospital Santa Paula	São Paulo
47	Hospital Vita Curitiba	Paraná	105	Hospital São Camilo Pompeia	São Paulo
48	Hospital IPO	Paraná	106	Hospital São Lucas (SP)	São Paulo
49	Hospital Policlínica Cascavel	Paraná	107	Hospital São Luiz – Unidade Morumbi	São Paulo
50	Hospital São Vicente	Paraná	108	Hospital Sepaco	São Paulo
51	Hospital Esperança	Pernambuco	109	Hospital Sírio-Libanês	São Paulo
52	Hospital Esperança Olinda	Pernambuco	110	Hospital Vera Cruz	São Paulo
53	Hospital Memorial São José	Pernambuco	111	Hospital VVAlle	São Paulo
54	Hospital Santa Joana Recife	Pernambuco	112	Pró Matre Paulista	São Paulo
55	Hospital São Marcos	Pernambuco	113	Hospital Albert Sabin (SP)	São Paulo
56	Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco	Pernambuco	114	Hospital Santa Cruz (SP)	São Paulo
57	Casa de Saúde São José	Rio de Janeiro	115	Hospital Santa Isabel	São Paulo
58	Clínica São Vicente	Rio de Janeiro	116	Hospital Primavera	Sergipe
			117	Hospital São Lucas (SE)	Sergipe

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

<sup>75</sup> Nos dados descritos na publicação Observatório a Associação menciona 118 membros, porém no website da ANAHP constam 117 hospitais.

No ano de 2020 estes hospitais filiados à ANAHP, registraram R\$ 38,76 bilhões de receita bruta (21,43% do total de custos da saúde suplementar no Brasil), 27.109 leitos (10,58% do total de leitos privados (com e sem fins lucrativos) existentes no Brasil), 7.105 leitos de UTI, 1.617.393 cirurgias e 6,81 milhões de atendimentos em Pronto Socorro. Os hospitais da ANAHP respondem por 24,38% do total das creditações nacionais de hospitais no país e por 81,61% das certificações internacionais. O quadro 21 demonstra a distribuição do número de creditações nacionais e internacionais dos hospitais filiados à ANAHP em 2020.

Quadro 21- Distribuição do número de creditações nacionais e internacionais dos hospitais filiados à ANAHP em 2020

Acreditação	ANAHP*	Brasil	%ANAHP
<b>ONA 3</b>	52	175	29,71%
<b>Qmentum International</b>	40	43	93,02%
<b>JCI</b>	29	39	74,36%
<b>ONA 2</b>	15	85	17,65%
<b>ONA 1</b>	12	64	18,75%
<b>DIAS/NIAHO</b>	2	5	40,00%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>411</b>	<b>36,50%</b>
<b>Internacionais</b>	71	87	81,61%

\*Os hospitais ANAHP podem ter mais de uma creditação.

Fonte: elaboração própria com base no Observatório ANAHP 2020.

## 4.3 Local de estudo

Selecionou-se para estudo a Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP. A ANAHP é uma entidade que se propõe a representar os hospitais privados no Brasil. A Associação foi criada em 11 de maio de 2001, durante o 1º Fórum Top Hospital, em Brasília e fundada no mês de setembro do mesmo ano.

## 4.4 Coleta e análise de dados

A base de dados utilizada para a realização deste estudo foi disponibilizada para coleta durante a pandemia da COVID-19 no período de junho de 2020 a maio de 2021. Foram coletadas as publicações do Observatório 2020 – 12ª edição de agosto/2020, Nota Técnica Observatório ANAHP – 1ª edição junho/2020, Nota

Técnica Observatório ANAHP – 2ª edição agosto/2020, Nota Técnica Observatório ANAHP – 3ª edição outubro/2020, Nota Técnica Observatório ANAHP – 4ª edição dezembro/2020, Nota Técnica Observatório ANAHP – 5ª edição fevereiro/2021, Nota Técnica Observatório ANAHP – 6ª edição maio/2021 e Observatório 2021 – 13ª edição de maio/2021.

Como as informações publicadas foram disponibilizadas a partir de junho/2020, a análise foi realizada de forma progressiva. Para consolidação dos dados e informações referente ao ano de 2020, foi necessário aguardar a disponibilização da 6ª edição da Nota Técnica Observatório ANAHP e Observatório 2021. Os dados dos hospitais em todas as edições foram anonimizados pela própria ANAHP, antes mesmo das publicações disponibilizadas em seu website. Os dados e informações das publicações foram extraídos do Sistema de Indicadores Hospitalares ANAHP (SINHA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Banco Central do Brasil (Bacen), Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Ministério do Trabalho, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Os indicadores descritos no Observatório 2020 e 2021 se referem ao período entre os anos de 2016 e 2020 e os indicadores da Nota Técnica Observatório ANAHP, aos atendimentos realizados no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2019 e 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2020. Os indicadores descritos no Observatório ANAHP referem-se aos desempenhos financeiro, operacional, assistencial e de recursos humanos dos hospitais associados. Os indicadores são organizados em fichas técnicas padronizadas, com periodicidade de envio mensal, validação por diretores técnicos e/ou responsáveis pelas áreas de cada hospital. A participação dos hospitais no envio dos dados a ANAHP para apuração e consolidação dos indicadores é voluntária, de modo que poderá haver oscilação no número de instituições participantes para os diferentes indicadores. Segundo dados do Observatório 2020 e Observatório 2021, 109 hospitais contribuíram no envio geral de dados, perfazendo assim mais de 90% do universo dos hospitais filiados a esta Associação.

Adicionalmente às publicações da ANAHP, procedeu-se a levantamento bibliográfico na Biblioteca Karl A. Boedecker da Fundação Getúlio Vargas – FGV, que reúne bases de dados do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em

Ciências da Saúde (BIREME), Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – MEDLINE), EBSCO (Business Source Premier), e Google Acadêmico, além da biblioteca virtual Biblioteca Científica Eletrônica Online (Scientific Electronic Library Online - SciELO). Nas bases de dados pesquisou-se as seguintes palavras chaves: taxa de ocupação COVID-19, tempo médio de permanência COVID-19, impacto financeiro da COVID-19, comorbidades COVID-19, histórico COVID-19, coronavírus SARS-CoV-2, EBITDA hospital privado, histórico saúde suplementar e modelos de remuneração. Além disso, com intuito de caracterizar o momento atual e tendo em vista o baixo número de publicações acadêmicas sobre as recentes fusões e aquisições do segmento de saúde suplementar no Brasil, impactos do COVID-19 na economia e hospitais brasileiros e governança pública da pandemia, recorreu-se a jornais, estudos de consultorias, agências regulatórias e periódicos leigos de divulgação.

Para a análise a taxa de ocupação hospitalar e TMP dos hospitais filiados à ANAHP foram realizadas três comparações: ocupação e TMP hospitalar nos anos de 2020 e 2019, com estudo que analisou e comparou os dados de internação do Sistema Único de Saúde (SUS), da Saúde Suplementar (SS) e países selecionados intencionalmente (Japão, Nova Zelândia, Canadá, Reino Unido, Chile, Suíça, Portugal e México) membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (Bittar et. al, 2020) e com grupo de hospitais de 50 OPS com rede própria hospitalar publicados no Boletim COVID-19 da ANS (2021). Para análise da margem EBITDA, receita líquida e despesa total por paciente-dia, comparou-se com os resultados dos próprios hospitais filiados à ANAHP do ano de 2020 com o ano anterior. Para análise do perfil epidemiológico das internações segundo CID-10, segundo notas metodológicas das publicações utilizadas para esta pesquisa (Observatório 2020 e 2021 e Notas Técnicas) considerou-se 65% dos hospitais filiados que enviaram os dados para a ANAHP, ou seja, cerca de 77 hospitais.

Para análise das medidas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar no combate a pandemia da COVID-19 no ano de 2020, considerou-se as publicações de comunicados, resoluções normativas, notas técnicas e notas informativas para as OPS. Para análise das medidas sanitárias governamentais de saúde pública no combate a pandemia da COVID-19 no ano de 2020, por se tratar de hospitais em 17 estados brasileiros, serão considerados as medidas sanitárias da

OMS, Ministério da Saúde e das principais unidades federativas das lotações destes hospitais.

#### **4.5 Limitações do estudo**

Como limitações do estudo considera-se dois aspectos relevantes: o primeiro, associado ao dados secundários dos hospitais filiados à ANAHP, pois pode haver variabilidade na distribuição dos hospitais respondentes (participação voluntária do associado) dos indicadores que são objetos desta pesquisa; o segundo está associado ao fato da pandemia da COVID-19 estar em curso e por este motivo a pesquisa limitou-se a analisar os dados e contexto da pandemia no ano de 2020, que podem sofrer alterações no ano de 2021 ou enquanto perdurar a pandemia.

### **5. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Para realizar a análise do resultado financeiro que a pandemia da COVID-19 trouxe no ano de 2020 para os hospitais filiados à ANAHP, buscou-se avaliar os resultados da margem EBITDA, utilizando os seguintes indicadores e cenários:

#### **5.1 Taxa de ocupação hospitalar**

A taxa de ocupação hospitalar em 2020, comparada aos dados do ano de 2019, registrou redução significativa ao longo dos trimestres, ou seja, 6 pontos percentuais (p.p.) no 1º trimestre 2019, com 76,2% *versus* 70,2% em 2020; 20,4 p.p. no 2º trimestre 2019 com 79,8% *versus* 59,4% em 2020; 9,2 p.p. no 3º trimestre 2019 com 77,5% *versus* 68,3% em 2020 e 1,9% no 4º trimestre 2019 com 74,3% em 2019 *versus* 72,4% em 2020. O quadro 22 demonstra a distribuição comparativa da série histórica da taxa de ocupação nos hospitais filiados à ANAHP.



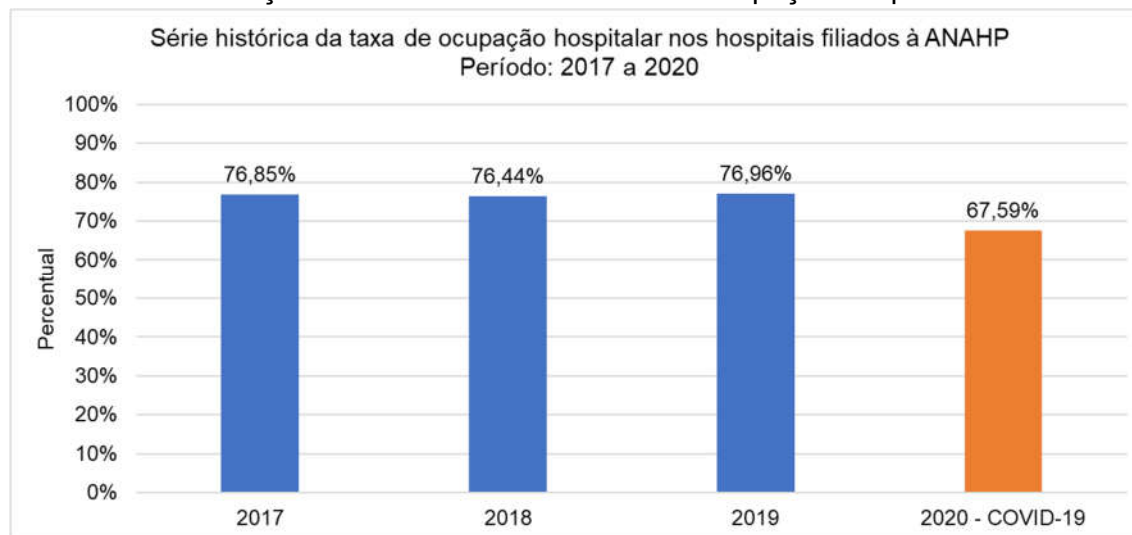
Quadro 22- Distribuição comparativa da série histórica da taxa de ocupação

Série histórica comparativa da taxa de ocupação hospitalar dos hospitais filiados à ANAHP - Período: janeiro a dezembro de 2019 versus janeiro a dezembro de 2020			
Trimestres	2019	2020 - COVID-19	▲ de pontos percentuais 2020 x 2019
1º Tri	76,2%	70,2%	-6
2º Tri	79,8%	59,4%	-20
3º Tri	77,5%	68,3%	-9
4º Tri	74,3%	72,4%	-2

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

Ao comparar a taxa de ocupação hospitalar do ano de 2020 com o exercício anterior (2019), observamos redução de 9,3 p.p. no indicador. Se observamos os anos anteriores à pandemia da COVID-19 (2016 a 2019), as taxas de ocupação hospitalar apresentam estabilidade, com discretas oscilações que não ultrapassam 0,6 p.p. O gráfico 29 demonstra a distribuição da série histórica da taxa de ocupação hospitalar nos hospitais filiados à ANAHP.

Gráfico 29- Distribuição da série histórica da taxa de ocupação hospitalar

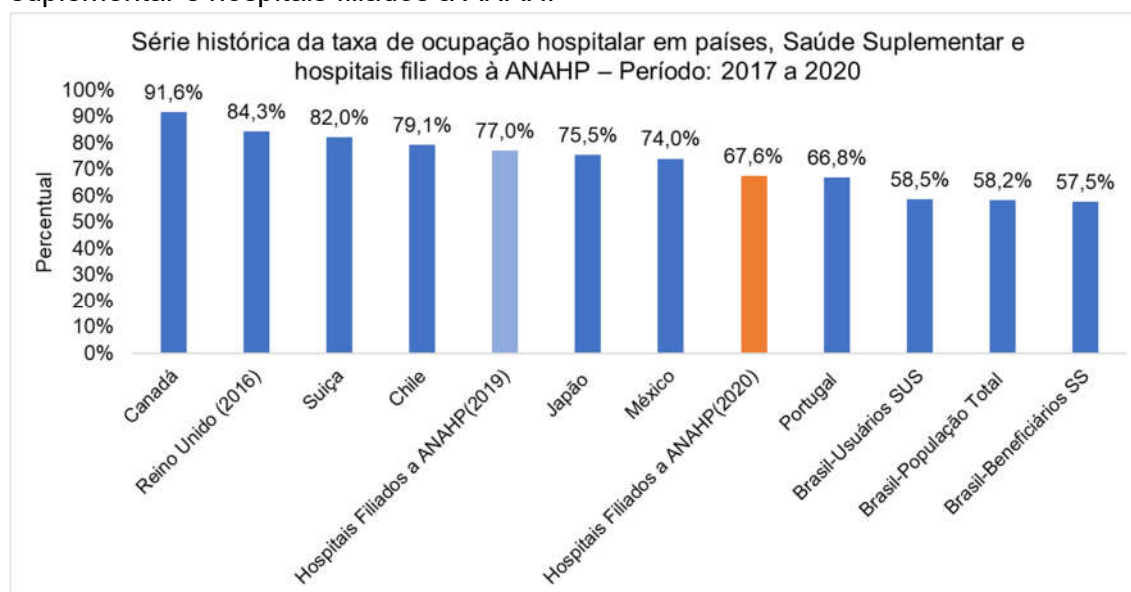


Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

Por outro lado, para Marinho (2001) elevadas taxas de ocupação podem indicar desequilíbrio entre oferta e demanda, baixa resolubilidade ou alta prevalência de comorbidades. Outros indicadores que podem contribuir de forma significativa para a oscilação da taxa de ocupação hospitalar são o TMP hospitalar e o índice de rotatividade do leito (ROTTA, 2004).

Ao comparar as taxas de ocupação encontradas com estudo com países selecionados intencionalmente da OCDE (Bittar et. al, 2020) com as do Brasil, em 2015, a taxa de ocupação hospitalar foi de 55,9%; em 2017, 58,5% e em 2019 atingiu 59,4%. Enquanto na saúde suplementar do Brasil observamos 57,5% em 2017, os demais países do referido estudo apresentaram percentuais de ocupação superiores aos dos hospitais filiados à ANAHP. O Canadá apresenta a maior taxa de ocupação hospitalar, da ordem de 91,6%, e Portugal a menor taxa de 66,8%. Vale ressaltar que os países selecionados para o estudo (Canadá, Reino Unido e Portugal) possuem sistemas de saúde públicos e universais (Bittar et. al, 2020). O gráfico 30 demonstra a distribuição da taxa de ocupação hospitalar em países, saúde suplementar e hospitais filiados à ANAHP.

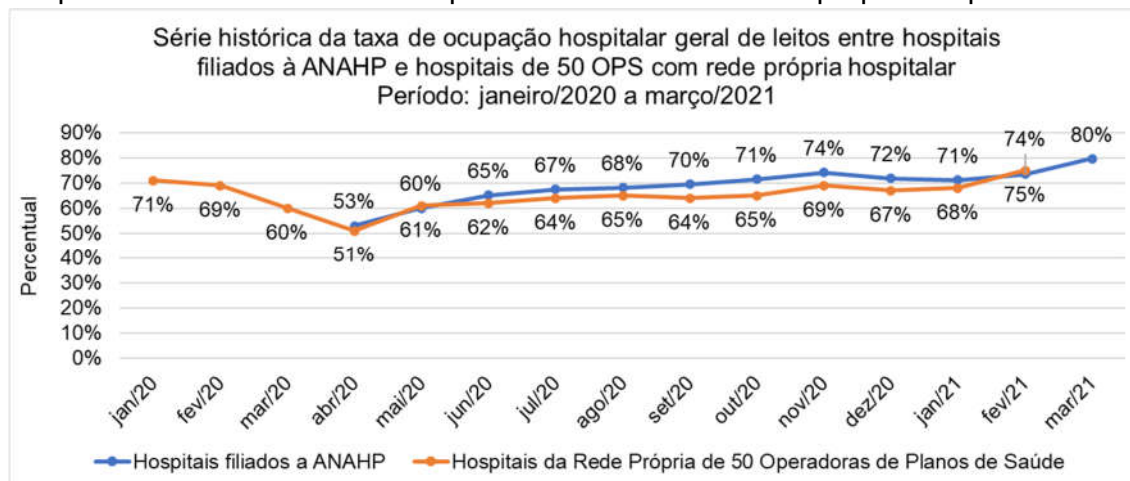
Gráfico 30- Distribuição da taxa de ocupação hospitalar em países, saúde suplementar e hospitais filiados à ANAHP



Fonte: elaboração própria com base nos dados do estudo de Bittar et. al (2020) e ANAHP.

Ao comparar a taxa de ocupação dos hospitais filiados à ANAHP, com um grupo de hospitais de 50 OPS de grande porte com rede própria hospitalar (Boletim COVID-19 da ANS, 2021), temos o cenário representado no gráfico 31:

Gráfico 31- Distribuição da série histórica da taxa de ocupação hospitalar geral entre hospitais filiados à ANAHP e hospitais de 50 OPS com rede própria hospitalar

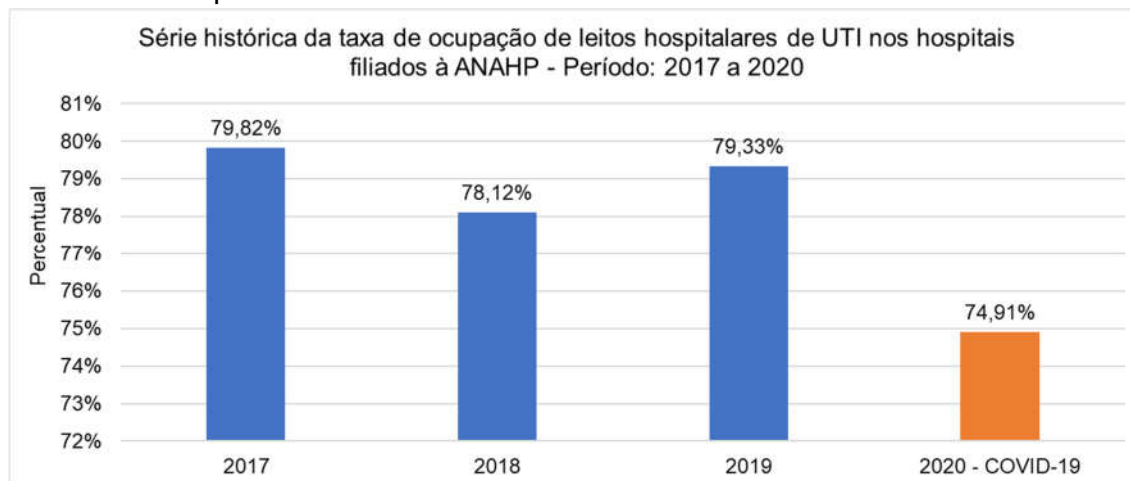


Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP e ANS.

Em ambos os grupos a taxa geral de ocupação apresentou declínio significativo em abril/2020 (53% para os hospitais filiados à ANAHP), com posterior crescimento gradativo (1 a 5 pontos percentuais (p.p.)) no período de maio/2020 (60%) a dezembro/2020 (72%) e com ápice de ocupação de 74% em novembro/2020. Nos hospitais das 50 OPS de grande porte a queda ocorreu no mesmo mês com 51% e com elevação gradativa nos meses subsequentes. O ápice também ocorreu no mês de novembro/2020, porém com índice menor que o registrado nos hospitais filiados à ANAHP (74%), ou seja, 69%.

Em relação às taxas de ocupação especificamente para os leitos UTI, mesmo com a demanda da pandemia da COVID-19, houve redução de 4,42 pontos percentuais na ocupação de leitos hospitalares de terapia intensiva em relação ao ano de 2019. O gráfico 32 demonstra a distribuição da série histórica da taxa de ocupação de leitos hospitalares de UTI nos hospitais filiados à ANAHP.

Gráfico 32- Distribuição da série histórica da taxa de ocupação de leitos hospitalares de UTI nos hospitais filiados à ANAHP



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

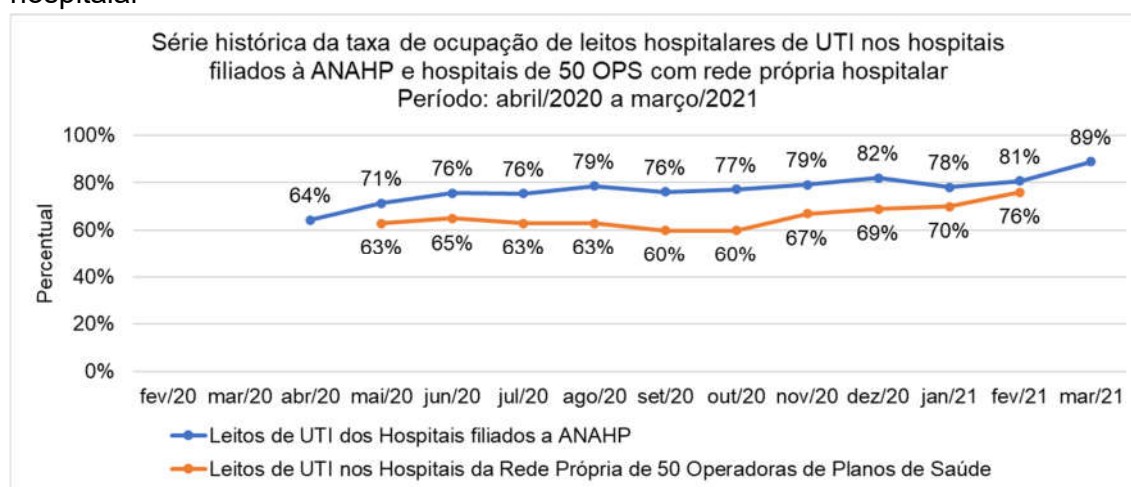
Comparando a taxa de ocupação hospitalar nos leitos de terapia intensiva dos hospitais filiados à ANAHP com a do grupo de hospitais de 50 OPS com rede hospitalar própria, houve maior ocupação de leitos nos hospitais ANAHP. Estes apresentaram taxa mais elevada em todo o período, com média de +9,31 pontos percentuais no ano de 2020. Os hospitais do grupo de 50 OPS com rede própria, são verticalizados<sup>76</sup> e por estratégia são focados em reduzir sinistralidade. Devido a este foco e da ótica de taxa de ocupação hospitalar, os hospitais verticalizados até podem demonstrar taxas inferiores aos hospitais privados com atuação no mercado para atendimento de OPS, dos hospitais filiados à ANAHP e até de hospitais públicos. Para Leandro (2010) a verticalização pode aumentar o nível de eficiência, pois reduz eventuais assimetrias de informações entre OPS e respectivos hospitais. Além disso as OPS têm mais autonomia para auditar, racionalizar e administrar a sinistralidade que ela mesma custeará com procedimentos, terapias, exames, medicamentos e outros serviços médico-hospitalares inerentes ao tratamento dos seus próprios beneficiários.

Por outro lado, a complexidade dos eventos em saúde atendidos nos hospitais,

<sup>76</sup> Hospitais verticalizados podem ser considerados centros de custos das OPS verticalizadas. OPS verticalizada é uma operadora que cria sua rede própria parcial ou integral de atendimento assistencial. Ou seja, a OPS tem seus próprios pontos de atendimento assistencial aos seus respectivos beneficiários (pacientes), sejam hospitais, clínicas, ambulatórios, pronto atendimento, pronto socorro, centro de diagnósticos (imagens, métodos gráficos, etc.), laboratórios (patologia, análises clínicas, etc.), centros de reabilitação, SADTs, entre outros. Esses serviços de saúde podem ser exclusivos para atendimento apenas do plano de saúde próprio ou também abertos para atendimento da demanda de outras OPS de mercado.

bem como o TMP e o modelo de remuneração também podem interferir nas variações das ocupações hospitalares, seja em hospital privado (isto inclui os hospitais da ANAHP), hospital público ou até mesmo em hospital verticalizado. O gráfico 33 demonstra a distribuição da série histórica da taxa de ocupação de leitos hospitalares de UTI nos hospitais filiados à ANAHP e hospitais de 50 OPS com rede própria hospitalar.

Gráfico 33- Distribuição da série histórica da taxa de ocupação de leitos hospitalares de UTI nos hospitais filiados à ANAHP e hospitais de 50 OPS com rede própria hospitalar



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

Para Júnior (2011) os níveis de taxa de ocupação hospitalar podem interferir no fluxo de caixa dos hospitais privados.

A prática da gestão de hospitais nos ensina que taxas de ocupação superiores a 85% são geradoras de problemas de atendimento: provocam filas de pacientes e, por consequência, insatisfação que se refletirá em queixas de médicos e operadoras. A mesma prática também nos ensina que taxas de ocupação inferiores a 75% fazem acender vários tipos de alarmes em relação ao fluxo de caixa. (JÚNIOR, 2011, p. 29).

## 5.2 Tempo Médio de Permanência (TMP) hospitalar

Ao comparar o TMP hospitalar trimestralmente no 2020, aos dados do ano de 2019, com exceção do 2º trimestre que registrou crescimento de 1,2 dias, os demais trimestres não apresentaram variações relevantes. Essa variação tem correlação com o início da pandemia da COVID-19. Ao comparar a média de permanência do ano de

2020 com o ano de 2019, observa-se mesmo com o cenário da pandemia da COVID-19, houve discreto crescimento de 0,6 dias nos hospitais filiados à ANAHP. Vale ressaltar que se observamos os anos anteriores a pandemia da COVID-19 (2016 a 2019), as médias de permanência hospitalar apresentam estabilidade, com média de 4 dias. O quadro 23 demonstra a distribuição da série histórica trimestral comparativa do TMP em hospitais filiados à ANAHP.

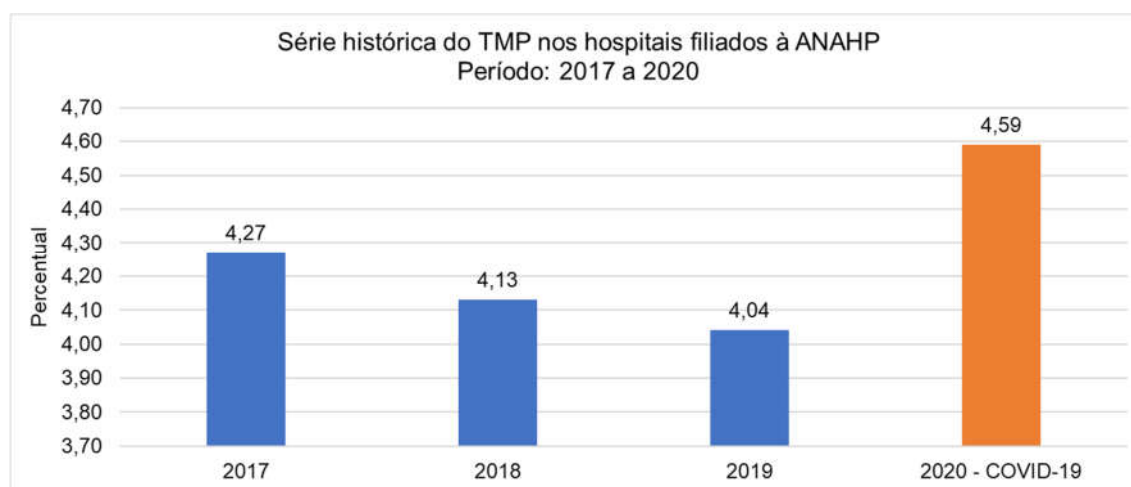
Quadro 23- Distribuição da série histórica trimestral comparativa do TMP em hospitais filiados à ANAHP

Série histórica trimestral comparativa do TMP em hospitais filiados à ANAHP - Período: 2019 e 2020			
Trimestres	2019	2020	▲ de dias de permanência 2020 x 2019
1º Tri	4,1	4,1	0,0
2º Tri	4,1	5,3	1,2
3º Tri	4,1	4,7	0,6
4º Tri	3,9	4,3	0,4

Fonte: elaboração própria com base nas Notas Técnicas ANAHP.

O gráfico 34 demonstra a distribuição da série histórica do TMP nos hospitais filiados à ANAHP.

Gráfico 34- Distribuição da série histórica do TMP nos hospitais filiados à ANAHP

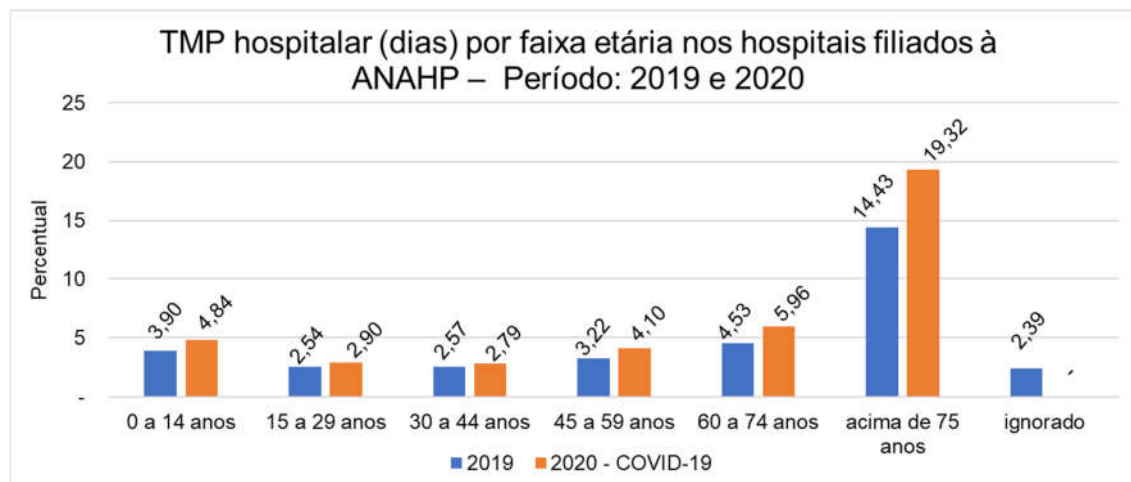


Fonte: elaboração própria com base nas Notas Técnicas ANAHP.

Em relação à distribuição do TMP hospitalar por faixa etária, pode-se observar que, ao se comparar os dados o ano de 2020 em relação aos do ano de 2019, as

faixas etárias com maior probabilidade de apresentarem comorbidades apresentaram maior período de internação hospitalar, ou seja, aumento de 1,43 dias na faixa etária de 60 a 74 anos e 4,89 dias na faixa etária acima de 75 anos. O gráfico 35 demonstra a distribuição do TMP hospitalar (dias) por faixa etária nos hospitais filiados à ANAHP.

Gráfico 35- Distribuição do TMP hospitalar (dias) por faixa etária nos hospitais filiados à ANAHP



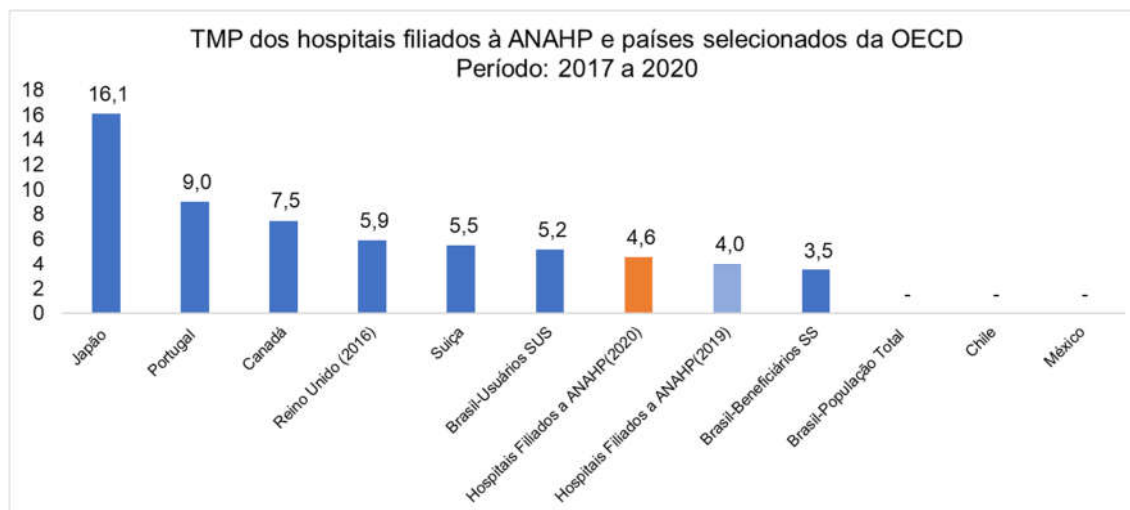
Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

O TMP hospitalar é relevante pois permite: avaliar a eficiência de uma determinada unidade hospitalar, estimar o número de leitos necessários ao atendimento de uma determinada população, planejamento de estoques, definição do quadro de pessoal, entre outros. “O indicador costuma variar de acordo com diagnóstico e perfil do paciente, desenvolvimento tecnológico e mecanismos de remuneração.” (ESCRIVÃO JÚNIOR, 2007).

Em estudo de análise e comparação dos dados de internação do SUS, da Saúde Suplementar (SS) e de países selecionados intencionalmente da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Japão possui o maior TMP hospitalar com 16,1 dias, seguido por Portugal, com 9 dias, Canadá com 7,5 dias, Reino Unido com 5,9 dias e Suíça com 5,2 dias. Não foram publicados no estudo dados do Chile e México (Bittar et. al, 2020). O gráfico 36 demonstra a distribuição do TMP dos hospitais filiados à ANAHP e países selecionados da OECD.



Gráfico 36- Distribuição do TMP dos hospitais filiados à ANAHP e países selecionados da OECD



Fonte: elaboração própria com base nos dados do estudo de Bittar et. al (2020) e ANAHP.

O TMP nos hospitais dos países da OCDE comparada com a dos hospitais filiados à ANAHP demonstra diferenças significativas, de tal forma que os hospitais filiados à ANAHP apresentam uma das menores médias de permanência (4,6 dias). Todos os países do estudo apresentam médias de permanências que variam de 5,5 dias (Suíça) até 16 dias de permanência hospitalar (Japão).

Considerando que no Brasil o *Fee For Service* (FFS) é o modelo predominante de remuneração acordado entre as OPS e hospitais privados (BUCK, 2018), tal modelo pode influenciar o TMP hospitalar, a taxa de ocupação hospitalar, demanda de internações e até na complexidade dos eventos em saúde. Neste modelo o hospital é remunerado por cada serviço (diárias, taxas, etc.) e respectivos insumos inerentes ao evento em saúde (material, medicamento, órteses, próteses, gases medicinais, exames, terapias, entre outros), sem considerar o quesito qualidade dos serviços prestados. “Em tese, quanto maior a média de permanência, maior o consumo de recursos e menor a produtividade.” (ROTTA, 2004). Para TAKAHASHI (2011) o *Fee For Service* pode gerar os seguintes “incentivos perversos:

a) hospitalizações desnecessárias, b) aumento do tempo de permanência, com impactos sobre custos e qualidade, no caso de exposição desnecessária a riscos intra-hospitalares e c) superprodução de serviços e fraudes no pagamento por ato”.



### **5.3 Perfil epidemiológico das internações hospitalares segundo capítulo da CID-10**

Segundo ANAHP (2021), os dados dos hospitais da Associação apresentaram variação negativa de 20,1% no volume de internações hospitalares no ano de 2020 (1.891.411), quando comparado com a mesma amostra de hospitais ao ano de 2019 (1.511.350). No comparativo da participação de cada doença, segundo capítulo CID-10, sobre o total de internações, nos períodos de 2019 e 2020, destaca-se as seguintes variações:

- Doenças infecciosas: aumento de 2.11 pontos percentuais na participação das internações relacionadas a doenças infecciosas (onde está classificada a COVID-19) que em 2020 apresentou participação 6,28%, das internações hospitalares em relação ao ano de 2019.
- Neoplasias: aumento de 2.41 pontos percentuais na participação das internações para tratamento de neoplasias.
- Respiratório: redução de 4.13 pontos percentuais na participação das internações em relação ao ano anterior. No entanto, houve aumento de 2,89 dias no TMP hospitalar, ou seja, em 2019 o TMP nos hospitais foi de 6,17 dias frente a 9,06 dias em 2020.
- Gravidez: aumento de 1.27 pontos percentuais na participação das internações em 2020 em relação a 2019.

O quadro 24 demonstra a distribuição comparativa da participação proporcional em percentual das internações hospitalares segundo o capítulo do CID-10 e respectivo TMP nos hospitais filiados à ANAHP.

**Quadro 24- Distribuição comparativa do TMP e participação proporcional (%) das internações hospitalares segundo o capítulo do CID-10**

Participação (%) das internações hospitalares segundo o capítulo do CID-10 e respectivo TMP nos hospitais filiados à ANAHP						
Capítulo CID-10	2019		2020 - COVID-19		Variação 2020 x 2019	
	TMP (dias)	Participação Proporcional (%)	TMP (dias)	Participação Proporcional (%)	TMP (dias)	Participação proporcional (pontos percentuais)
Neoplasias	4,38	7,07	4,69	9,48	0,31	2,41
Geniturinário	2,89	9,88	3,25	9,46	0,36	-0,42
Gravidez	2,36	7,13	2,43	8,40	0,07	1,27
Digestivo	2,66	9,31	3,61	8,37	0,95	-0,94
Circulatório	5,39	8,50	6,49	7,65	1,1	-0,85
Respiratório	6,17	10,45	9,06	6,32	2,89	-4,13
Moléstias infecciosas	8,73	4,17	9,60	6,28	0,87	2,11
Osteomuscular	2,79	6,55	3,17	5,56	0,38	-0,99
Lesões e envenenamentos	3,52	5,86	4,06	5,06	0,54	-0,8
Perinatal	8,33	1,89	10,05	2,38	1,72	0,49
Endócrino	3,92	1,92	4,39	2,08	0,47	0,16
Sistema nervoso	4,65	1,94	5,55	1,92	0,9	-0,02
Pele	5,21	1,60	5,85	1,12	0,64	-0,48
Congênitas	4,28	0,90	5,21	0,96	0,93	0,06
Sangue	5,18	0,57	6,09	0,60	0,91	0,03
Olhos e anexos	2,67	0,47	2,29	0,53	-0,38	0,06
Ouvido	4,24	0,88	3,05	0,49	-1,19	-0,39
Mental	6,45	0,66	7,02	0,48	0,57	-0,18
Fatores	3,05	7,59	3,64	14,64	0,59	7,05
Sintomas	4,33	11,24	5,38	5,96	1,05	-5,28
Sem informação	4,68	1,40	5,49	2,26	0,81	0,86

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

O perfil epidemiológico no ano de 2020 em comparação com o ano de 2019, devido a pandemia da COVID-19, demonstra mudança do case mix de internações hospitalares. Esta mudança de perfil tem correlação direta com a suspensão temporária dos procedimentos cirúrgicos, medidas sanitárias dos governantes com decretos orientando a suspensão de cirurgias evitáveis, além do receio de contaminação dos próprios profissionais da saúde e beneficiários de planos de saúde.

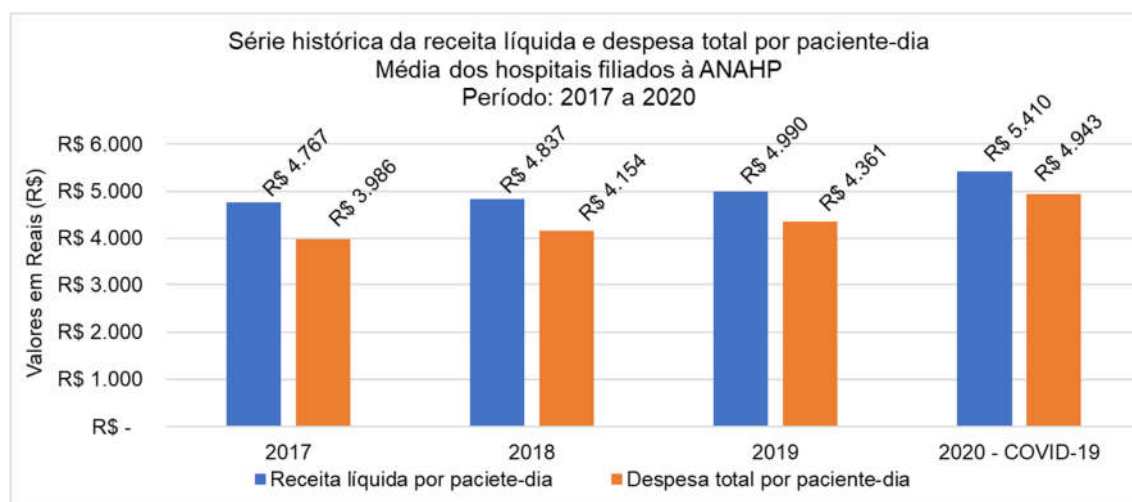
## 5.4 Receita e despesa por paciente dia

Segundo a ANAHP (2021) a receita líquida é o resultado da receita bruta com a dedução dos pagamentos de impostos incidentes na legislação vigente sobre a receita e valores glosados pelas OPS e não recebidos. As despesas totais dos hospitais filiados à ANAHP possuem a seguinte composição: despesas com folha de pagamento (pessoal), contratos com terceiros de apoio e logística, contratos com

terceiros (caráter técnico e operacional), medicamentos, materiais, OPME (órteses, próteses e materiais especiais), gases medicinais, outros insumos hospitalares, manutenção e assistência técnica, utilidades (energia elétrica, água e demais preços administrados pelo governo), despesas financeiras (incluem juros sobre os financiamentos), depreciação e outras despesas operacionais.

Ao comparar a receita líquida por paciente-dia nos hospitais filiados à ANAHP, observa-se variação +8,41% no ano de 2020 em relação ao exercício de 2019. Em relação à despesa total por paciente-dia, nota-se uma variação desfavorável aos hospitais na ordem de -13,34%. Desta forma as despesas ao longo do exercício de 2020, apresentaram crescimento em relação à receita. O aumento expressivo dos preços dos insumos médico-hospitalares (equipamentos de proteção individual, materiais, medicamentos, EPIs, entre outros) causaram reflexo direto nas despesas hospitalares. O gráfico 37 demonstra a distribuição da série histórica dos valores de receita líquida e despesa total em reais (R\$) e por paciente-dia, dos hospitais filiados à ANAHP.

Gráfico 37- Distribuição da série histórica da receita líquida e despesa total por paciente-dia

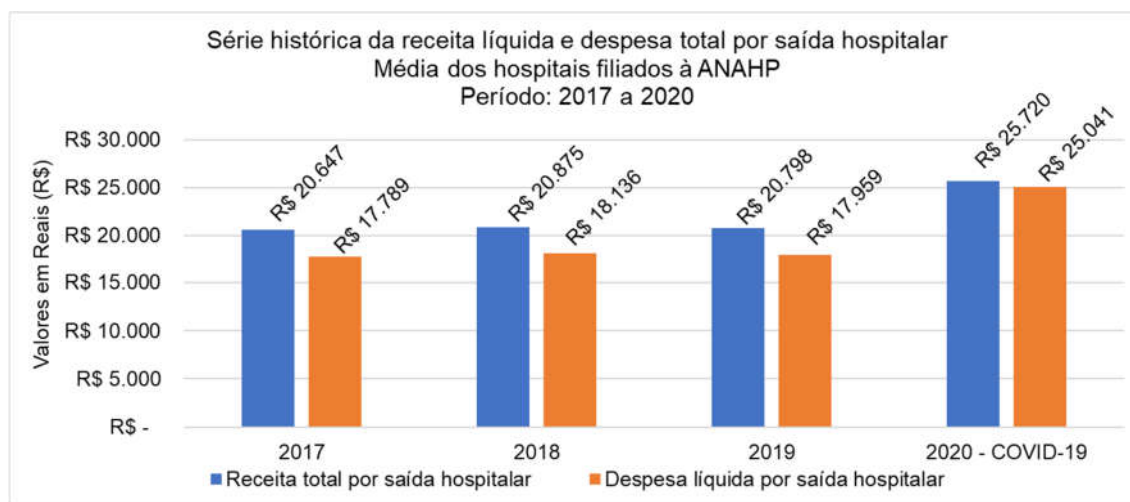


Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

Ao comparar a receita líquida total por saída hospitalar, houve variação favorável de +23,67% em 2020, com receita per capita por saída hospitalar de R\$ 25.720,00 frente R\$ 20.798,00 em 2019. Para a despesa total por saída hospitalar observa-se variação significativa e desfavorável de +39,43% em 2020, com despesa total per capita por saída hospitalar de R\$ 25.041,00 frente aos R\$ 17.959,00 no ano

de 2019. O gráfico 38 demonstra distribuição da série histórica da receita líquida e despesa total por saída hospitalar dos hospitais filiados à ANAHP.

Gráfico 38- Distribuição da série histórica da receita líquida e despesa total por saída hospitalar



Ao estimar a margem líquida e o lucro líquido com base nos dados disponíveis da ANAHP (2021), obtém-se os seguintes resultados de acordo com as fórmulas de cálculo descrita abaixo:

Lucro Líquido (R\$) = Receita Total – Custo Total

Margem Líquida (%) =  $(\text{Lucro Líquido} \div \text{Receita Total}) \times 100$

Para cálculo da receita e custo total utilizou-se as seguintes fórmulas:

Receita Total = Saídas Hospitalares X Receita Líquida *Per capita*

Custo Total = Saídas Hospitalares X Despesa Total *Per capita* Por Saída Hospitalar

O quadro 25 demonstra a estimativa de lucro líquido (R\$) e margem líquida (%) dos hospitais filiados à ANAHP, com base nos dados da Associação.

Quadro 25- Estimativa de lucro líquido (R\$) e margem líquida (%) dos hospitais filiados à ANAHP

Linha	Descrição das Variáveis	2019	2020 - COVID-19	Variação %	Variação (Qtde. e Valor (R\$))
1	Número de Saídas hospitalares	1.891.413	1.511.350	-20,09%	-R\$ 380.063
2	Receita líquida percapta por saída hospitalar	R\$ 20.798	R\$ 25.720	23,67%	R\$ 4.922
3	Despesa total percapta por saída hospitalar	R\$ 17.959	R\$ 25.041	39,43%	R\$ 7.082
4	Receita líquida total por saída hospitalar - estimada	R\$ 39.337.607.574	R\$ 38.871.922.000	-1,18%	-R\$ 465.685.574
5	Despesa total por saída hospitalar - estimada	R\$ 33.967.886.067	R\$ 37.845.715.350	11,42%	R\$ 3.877.829.283
6	<b>Lucro líquido - estimado (R\$)</b>	<b>R\$ 5.369.721.507</b>	<b>R\$ 1.026.206.650</b>	<b>-80,89%</b>	<b>-R\$ 4.343.514.857</b>
7	<b>Margem líquida - estimada (%)</b>	<b>13,7%</b>	<b>2,6%</b>		<b>-11 pontos percentuais</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

Com base no cálculo acima observa-se agressiva redução da rentabilidade, que resultou em margem de lucro líquido de 2,6% e lucro líquido de R\$ 1 bilhão de reais. A título de estimativa de variação no lucro líquido e margem líquida, considerou-se o mesmo volume de saídas hospitalares no ano de 2019 e com as mesmas fórmulas de cálculo. Ao comparar o ano de 2020 com 2019 observa-se variação de -R\$ 4,3 bilhões de reais no lucro líquido e de -11 pontos percentuais na margem líquida.

Dentre as causas, pode se destacar os principais ofensores da receita total a saber: redução das internações hospitalares (-20% que corresponde a -380.063 internações hospitalares), redução do volume cirúrgico (-16,5% que corresponde a -309 mil cirurgias), redução do giro de leito (de 5,85 vezes em 2019 para 4,73 vezes em 2020), suspensão das cirurgias, medidas sanitárias governamentais, mudança do perfil epidemiológico, atendimento das demandas do SUS com receita inferior ao custo, redução de 36% da demanda de Pronto Socorro/Pronto Atendimento (de 10,64 milhões de atendimentos em 2019 para 6,81 milhões em 2020), entre outros.

Outro aspecto que não pode ser desconsiderado são os fatores favoráveis para a manutenção e crescimento das receitas hospitalares destacadas a seguir: o aumento do consumo de insumo médico-hospitalares (EPI, materiais, medicamentos e diárias) para os hospitais que são contratualizados no modelo de remuneração *fee for service* (modelo predominante no Brasil), aumento do TMP hospitalar, adesão de 590 mil novos beneficiários de planos de saúde, aumento da demanda por leitos de terapia intensiva, a cobertura obrigatória pelos planos de saúde de 8 novos exames para apoio diagnóstico a COVID-19 e o novo rol de procedimentos em saúde para cobertura mínima e obrigatória pelos planos de saúde, com 69 novos eventos em saúde. Por outro lado, devido a pandemia da COVID-19, o impacto dos ofensores as receitas hospitalares, demonstrou-se superior as oportunidades de incremento de

novas receitas.

No que tange a despesa total os principais ofensores para o expressivo aumento são: pagamento dos custos fixos nos períodos de baixa ocupação (mais de 50% dos custos fixos dos hospitais afiliado a ANAHP são oriundos da mão obra), absenteísmo, aumentos significativos nos preços de insumos devido a escassez em períodos de pico de internações durante a pandemia e modelos e/ou formas de remuneração com valores previsíveis (valores fixos para diária global, *bundled payments*, entre outros) para um tratamento imprevisível (frequentes mudanças de protocolo assistencial de acordo com a evolução da doença e das pesquisas científicas para a melhor terapêutica).

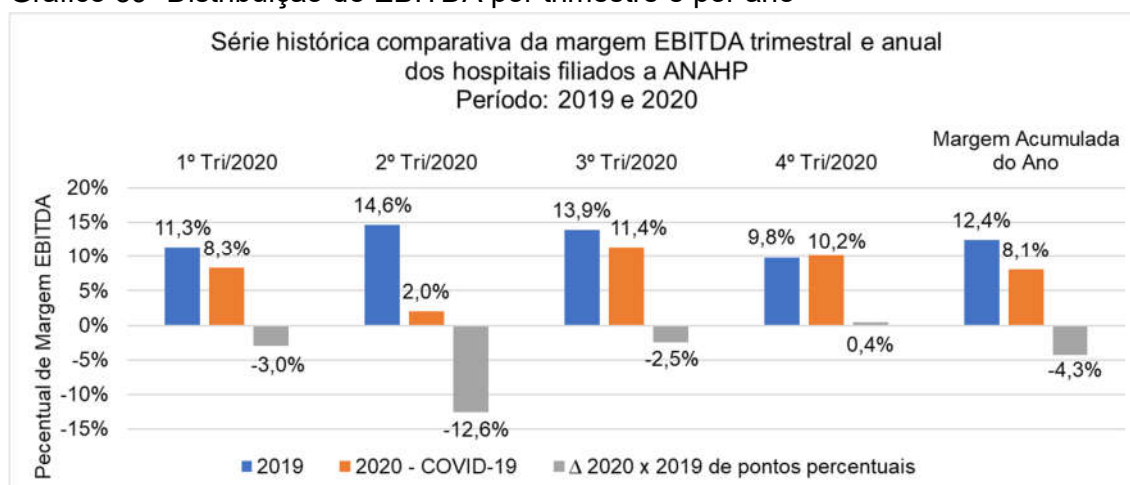
Como principal fator de favorabilidade as despesas dos hospitais privados durante a pandemia da COVID-19, vale destacar a instituição do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, para enfrentamento a pandemia pelo governo federal (Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020). Este programa viabilizou a redução da jornada de trabalho, redução do salário e suspensão temporária do contrato de trabalho.

## 5.5 Margem EBITDA

Diante da pandemia da COVID-19, da redução no número de internações hospitalares e do crescimento das despesas, superior às receitas, o impacto na margem EBITDA foi significativo no acumulado do ano de 2020. O primeiro e o segundo trimestres de 2020 apresentaram os menores resultados, abaixo dos habituais dois dígitos da série histórica da ANAHP (2017 (13,1%) e 2018 (13,7%)), sendo o segundo trimestre o menor resultado de margem EBITDA (2%) do ano de 2020.

Em 2020 a margem EBITDA resultou em 8,1%, demonstrando assim redução significativa de 4,4 pontos percentuais, na comparação com o ano de 2019 (12,4%). Mesmo nos anos de 2017 e 2018 os resultados foram superiores aos de 2019 e 2020. O gráfico 39 demonstra a distribuição da margem EBITDA por trimestre e por ano dos hospitais filiados à ANAHP.

Gráfico 39- Distribuição do EBITDA por trimestre e por ano



Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANAHP.

Considerando-se que a margem EBITDA demonstra a capacidade de produtividade e eficiência para geração de fluxo de caixa operacional destes hospitais, a redução demonstrada acima evidencia a redução desta capacidade e consequente redução dos resultados financeiros dos hospitais. Como a ANAHP não disponibiliza o EBITDA em moeda corrente (R\$), não foi possível informar o impacto financeiro da ótica monetária.

Vale ressaltar que ao utilizar este indicador e apesar da sua relevância estratégica, este não deve ser o único indicador para análise do desempenho de resultados de um negócio, pois este KPI afere o lucro antes de juros, impostos, depreciações e amortizações. Ou seja, mesmo a margem EBITDA dos hospitais filiados à ANAHP sendo positiva, o lucro líquido pode ser negativo, pois diferentemente da margem EBITDA, o lucro líquido é o resultado contábil final da empresa, que demonstra quanto sobrou no caixa após a dedução de todos os custos e despesas — incluindo juros, impostos, depreciação e amortização.

Diante disto a margem EBITDA não demonstra a liquidez deste grupo de hospitais e pode esconder alguns prejuízos financeiros das instituições (e de qualquer empresa). Considerando que o segundo trimestre/2021 a margem EBITDA dos hospitais filiados resultou em 2%, há de se considerar que o lucro líquido neste trimestre específico tem relevantes chances de ter sido negativo, pois foi o período de maior criticidade: operacional, logístico, assistencial e financeiro desde o início da pandemia da COVID-19 no Brasil.

## 5.6 Cenário regulatório das Operadoras de Plano de Saúde

Ao analisar a taxa de ocupação dos hospitais da ANAHP em 2020, além da pandemia da COVID-19 em si, o cenário regulatório proporcionou a redução da taxa desse indicador ao longo do exercício. Considerando que 82% das receitas dos hospitais filiados à ANAHP (2020) são provenientes das OPS reguladas pela ANS, quaisquer medidas regulatórias poderiam gerar impactos operacionais e financeiros nos hospitais privados e nos demais prestadores de serviço de assistência à saúde suplementar que fazem parte das redes credenciadas das OPS.

No combate à pandemia da COVID-19, a ANS adotou medidas regulatórias para o setor privado com os seguintes objetivos:

[...] evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde, assim como evitar a exposição desnecessária nos serviços de saúde de beneficiários com recomendação de realizarem procedimentos que pudessem ser postergados. Da mesma forma, buscou-se garantir a reserva de leitos para a internação de pacientes infectados pelo novo Coronavírus e de permitir que as operadoras pudessem organizar suas redes de assistência à saúde, orientando seus protocolos e fluxos de atendimento para o tratamento e diagnóstico da COVID-19. Contudo, adiar tratamentos por períodos longos pode agravar o quadro clínico do paciente. Nota-se, portanto, a necessidade de avaliar criteriosamente o risco e o benefício do procedimento, assim como o momento da sua execução. (ANS, 2020).

No enfrentamento da pandemia da COVID-19 a ANS tomou as seguintes medidas regulatórias em caráter emergencial:

- Cobertura obrigatória de exames para Covid-19 - Pesquisa por RT PCR, exames auxiliares para diagnóstico e tratamento e exames sorológicos (Pesquisa de Anticorpos IgG ou Anticorpos Totais);
- Cobertura obrigatória para tratamento da doença, segundo segmentação do plano;
- Prorrogação temporária de prazos máximos de atendimento, priorizando casos de COVID-19;
- Orientação para realização de atendimento à distância e viabilização da implementação da telessaúde;
- Orientação para disponibilização de canais de atendimento específicos para esclarecimentos e informações sobre a doença;
- Prorrogação de prazos de obrigações das operadoras;
- Flexibilização de Normas Prudenciais;
- Medidas temporárias no âmbito da fiscalização;
- Concessão de incentivos regulatórios mediante contrapartidas (renegociação de contratos e pagamento de prestadores);
- Suspensão dos reajustes de planos de saúde por 120 dias. (ANS, 2020).

A suspensão dos atendimentos em regime de hospital-dia e de internações eletivas cirúrgicas, tem relação direta com o resultado da taxa de ocupação hospitalar



do segundo trimestre de 2020 (59,4%). O embasamento para a ANS tomar esta decisão, que teve consequência principalmente na redução da taxa de ocupação hospitalar e na redução do EBITDA dos hospitais, ocorreu na seguinte cronologia:

- Em 12/03/2020 foi realizada a 3ª reunião extraordinária da Diretoria Colegiada (DICOL)<sup>77</sup> da ANS onde foi aprovado que, após a decretação pelo Ministério da Saúde, da fase de mitigação da pandemia pelo novo Coronavírus, seriam suspensos os efeitos dos incisos XII e XIII, do artigo 3º, da RN nº 259 de 2011, a saber:

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos: (...)

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis;(ANS, 2020).

- Em 25/03/2020 foi realizada a 4ª Reunião Extraordinária da DICOL que definiu os novos prazos máximos temporários de atendimento aos beneficiários da saúde suplementar:

[...] que os prazos para os atendimentos em regime de hospital-dia e atendimento em regime de internação eletiva permaneceriam suspensos, até 31 de maio de 2020, e que os demais prazos, previstos nos incisos I a XI, passariam a ser contados em dobro, mantendo-se apenas os prazos de garantia de cobertura originalmente previstos na referida resolução para as situações caracterizadas como urgência ou emergência (conforme inciso XIV, do citado artigo 3º) e para as situações em que a extensão ou a interrupção do prazo de atendimento pudesse colocar em risco a vida do paciente, conforme passamos a listar:

- pré-natal, parto e puerpério;
- doenças crônicas;
- tratamentos continuados;
- revisões pós-operatórias;
- diagnóstico e terapias em Oncologia;
- atendimentos em Psiquiatria;
- outros tratamentos cuja não realização ou interrupção coloque em risco o paciente, conforme declaração do médico assistente. (ANS, 2020).

- Em 26/03/2020 ocorreu o início da vigência da suspensão dos atendimentos em regime de hospital-dia, internações eletivas e aumento dos prazos máximos de atendimento dos beneficiários previstos na RN Nº 259, descritos abaixo no quadro 26:

<sup>77</sup> A DICOL da ANS é formada por: PRESI - Presidência, SEGER - Secretaria Geral, DIDES - Diretoria de Desenvolvimento Setorial, DIOPE - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, DIPRO - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, DIFIS - Diretoria de Fiscalização e DIGES - Diretoria de Gestão.

**Quadro 26- Distribuição dos prazos máximos para atendimento de beneficiários pelas OPS**

Serviços	Prazos máximos de atendimento (em dias úteis)	Prazos excepcionais em razão da COVID-19 (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)	14
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)	28
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)	20
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)	20
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)	14
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)	6
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)	20
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)	42
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)	Prazo suspenso
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)	Prazo suspenso
Urgência e emergência	Imediato	Prazo mantido

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANS.

- Em 29/05/2020 a ANS recebeu ofícios encaminhados pelas seguintes instituições representativas do segmento de saúde, a saber:

Além disso, foram encaminhados por instituições que representam os prestadores de serviços os seguintes documentos: Ofício Conjunto de 29 de maio de 2020 - Confederação Nacional da Saúde - CNSaúde com suas Federações (FEBASE, FEHERJ, FEHOESC, FEHOESG, FEHOESP, FEHOSPAR, FEHOSUL e FENAESS), juntamente com a Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica - ABRAMED, Confederação das Misericórdias do Brasil - CMB e a Federação Brasileira de Hospitais - FBH (17050512); Ofício ANAHP, de 28 de maio de 2020 (17047788); Ofício da Confederação das Misericórdias do Brasil de 28 de maio de 2020 - Of.PRESID.CMB.060.20 (17049469); Ofício da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica – ABRAMED de 02 de junho de 2020 (17077634). Todos os documentos no sendo de solicitar à ANS a retomada dos prazos originais da RN 259/2011. A seguir, são apresentados alguns trechos destacados dos referidos documentos:

I- No Ofício Conjunto enviado à ANS por grupo de entidades que juntas representam quase a totalidade dos hospitais privados e filantrópicos do país, afirmou-se que: “o tempo médio de permanência hospitalar do paciente cirúrgico eletivo é muito curto, em geral de um dia e meio. Portanto, quando necessário, é muito fácil liberar leitos utilizados por essas cirurgias”. No documento, as entidades asseguram que “a volta das cirurgias eletivas teria mínimo impacto na disponibilidade de leitos de UTI”.

II- No mesmo sentido, a ANAHP afirma que “(...) os prestadores de serviços de saúde reviram seus fluxos de atendimento, adquiriram respiradores e tomaram todas as medidas possíveis para reduzir a taxa de contaminação de seus colaboradores e evitar a contaminação de seus próprios pacientes”, apontando, portanto, que os hospitais privados estão preparados para garantir a segurança à saúde na retomada dos atendimentos eletivos. Igualmente, a entidade afirmou que “mais de 85% dos pacientes cirúrgicos eletivos não utilizam unidades de terapia intensiva, mas sim ‘leito comum’, de modo que a retomada desses procedimentos não trará impacto os atendimentos de pacientes COVID-19”.

III- A ABRAMED destacou que “durante este período de pandemia, os serviços de saúde tomaram uma série de medidas para manter o atendimento de seus pacientes de forma adequada, garantindo a segurança e reduzindo a exposição de colaboradores e pacientes. Não por menos que o uso de Equipamento de Proteção Individual (“EPI”) é muito superior ao que era utilizado anteriormente.” Declarou, ainda, que “os serviços de saúde são atividades classificadas essenciais e a avaliação da pertinência ou não da continuidade dos atendimentos cabe a cada autoridade sanitária local, considerando os dados epidemiológicos e evidências assistenciais.”.

Há que se considerar também, missiva enviada no dia 29/05/2020, (17052824) na qual a Defensoria Pública do RJ, manifesta que “a rede credenciada então está dando conta da demanda.” (grifos nossos).

A nota da ANVISA inicia sua introdução com o seguinte texto:

O mundo está passando por um período sem precedentes durante a pandemia da COVID-19. Essa pandemia está interferindo em todos os aspectos da vida cotidiana, com implicações de longo alcance, especialmente na área da saúde.

A prática cirúrgica foi afetada diretamente, pela suspensão de procedimentos eletivos e a priorização de cirurgias de urgência e emergência, objetivando a reserva de leitos para pacientes com infecção respiratória, principalmente em unidades de terapia intensiva. Assim, o planejamento para a manutenção e retomada dos procedimentos cirúrgicos, de forma geral, deve ser baseado em novos protocolos e práticas para a prevenção e controle da transmissão do novo Coronavírus (SARSCoV-2) dentro dos serviços de saúde.

A ANVISA continua a monitorar o status do SARS-CoV-2, e, junto com diversos especialistas de notório saber de todo país, apresenta neste documento informações atualizadas para apoiar a tomada de decisão durante a prática perioperatória nesse período (...).

A nota da ANVISA também traz orientações quanto ao uso de EPI, a preparação das cirurgias e sua classificação. Por fim, no seu capítulo final, intitulado “Retomada Dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos”, são apresentadas as recomendações para esse processo de retomada, especificamente dos procedimentos cirúrgicos eletivos.

Ainda há recomendação de que cirurgias eletivas não essenciais devam ser adiadas, conforme orientação da nota transcrita a seguir:

“Cada serviço de saúde e equipe cirúrgica deve revisar cuidadosamente todos os procedimentos eletivos com o objetivo de minimizar, adiar ou cancelar cirurgias eletivas não essenciais, endoscopias ou outros procedimentos invasivos até que seja ultrapassado o ponto de inflexão previsto no gráfico de exposição, e possam estar confiantes de que a infraestrutura de serviços de saúde poderá suportar um aumento potencialmente rápido nas necessidades críticas de atendimento ao paciente.”

Vale ainda ressaltar os seguintes trechos elencados pela ANVISA quanto à retomada dos procedimentos:

“A avaliação epidemiológica local e regional é fundamental antes de se considerar a retomada da realização de cirurgias eletivas, visto que uma

única orientação com efeito nacional é inviável neste momento, devido à heterogeneidade de situações epidemiológicas no Brasil.

Para tanto, recomenda-se a redução sustentada de novos casos da COVID-19 durante, pelo menos, 14 dias consecutivos na área geográfica, além da avaliação de outras condições próprias do serviço de saúde como:

na região deve existir um número seguro de leitos hospitalares disponíveis, considerando leitos de unidades de terapia intensiva (UTI), leitos regulares para atender aos pacientes pós-cirúrgicos e à demanda dos outros pacientes que precisam acessar o serviço de saúde (suspeitos ou confirmados de COVID-19 ou não);

deve estar garantida a existência de: equipamentos de proteção individual (EPI) para todos os profissionais de saúde (para atender a demanda de casos de COVID-19, acrescida dos casos de cirurgias eletivas que serão retomadas; equipamentos de suporte à vida (ventiladores mecânicos, hemodialisadores, etc.), outros equipamentos e dispositivos médicos necessários à assistência aos pacientes; e equipe (em número suficiente para atender a demanda) e capacitada para prestar assistência a todos os pacientes (suspeitos ou confirmados da COVID-19 ou não).”.

4.25. Além disso, a ANVISA recomenda a instituição de uma Comissão de priorização da agenda cirúrgica para o momento da pandemia da COVID-19, para definir, dentre outras questões:

Lista de casos cancelados e adiados anteriormente;

Estabelecer critérios de pontuação de prioridade objetiva;

Priorização de especialidades ou de pacientes em sofrimento (Exemplo: dor severa). Balancear nesse mesmo item a questão de riscos associados à COVID-19.

4.26. A Nota reafirma a necessidade da avaliação criteriosa do retorno das cirurgias e apresenta o documento elaborado por sociedades médicas Orientações para o Retorno das Cirurgias Eletivas Durante a Pandemia de COVID-19:

“De toda forma, é imprescindível que o serviço de saúde avalie com a devida segurança as suas decisões no sentido de ampliar a realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos, e que sempre leve em consideração a possibilidade de ter que novamente interromper as cirurgias eletivas essenciais, caso o cenário epidemiológico local se torne desfavorável.” (ANS, 2020).

- Em 31/05/2020 ocorreu o término das suspensões definidas pela ANS em 25/03/2020 (cirurgias eletivas e internação em hospital-dia).

- Em 01/06/2020 a ANS realizou a 13ª reunião extraordinária de Diretoria Colegiada e prorrogou o prazo de suspensão dos atendimentos eletivos para 09/06; com isto a área técnica da ANS poderia avaliar a Nota Técnica nº 6 da ANVISA sobre o retorno dos procedimentos eletivos, bem como o documento assinado por diversas sociedades médicas com “Orientações para o retorno de cirurgia elevas durante a pandemia de COVID-19”.

- Em 03/06/2020 a ANS realizou reunião extraordinária da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), para que fossem ouvidos os representantes do setor quanto à necessidade de prorrogação ou de revogação das medidas referentes aos prazos

para a garantia de atendimento<sup>78</sup> previsto na RN Nº 259.

- Em 09/06/2020 a ANS decidiu restabelecer os prazos máximos a serem cumpridos pelas OPS para atendimento aos beneficiários de planos de saúde.

- Em 10/06/2020 os prazos foram restabelecidos de acordo com a RN Nº 259, bem como os atendimentos em regime de hospital-dia e internação.

A taxa de ocupação hospitalar do segundo trimestre 2020 dos hospitais em estudo sofreu o maior impacto pois, ao todo, foram 77 dias corridos de suspensão dos procedimentos eletivos (26/03/2020 a 09/06/2020). Segundo a ANS (2020), além dos impactos gerados por desta medida suspensiva dos atendimentos em regime de hospital-dia e internações eletivas, há registros na nota técnica nº 10/2020/ASSNT-DIPRO/DIRAD-DIPRO/DIPRO, que descrevem os seguintes consensos por parte das entidades representativas:

Por parte das operadoras preocupadas no caso de, quanto à potencial demanda reprimida, ocorrendo um eventual descumprimento dos prazos da RN 259, serem penalizadas indevidamente;

Pelos representantes de hospitais que, mesmo o setor tendo condições de retomar as cirurgias eletivas com as devidas medidas de proteção e segurança, nos respectivos prazos regulatórios, considerando que o medo da infecção pelo COVID-19 foi o motivo que afastou as pessoas dos hospitais e por isso não acreditavam no potencial explosão da demanda reprimida de atendimentos eletivos com a revogação da decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

Para o representante da Associação Médica Brasileira considerando que o impacto quanto à redução significativa dos atendimentos eletivos se devia também à decisão dos pacientes em não realizá-los e não apenas pela medida adotada pela ANS;

Para o representante da ANAHP para quem, pela experiência adquirida no período, os leitos destinados aos casos de COVID-19 não eram os mesmos leitos destinados aos demais tratamentos de pacientes. Ressaltou que não há disputa de leitos para atendimento aos pacientes infectados pela COVID-19. (ANS, 2020).

Tais consensos evidenciam que somente a medida da agência reguladora não necessariamente pode ser a responsável por gerar impactos na taxa de ocupação hospitalar ao longo do ano de 2020. Com a aceleração da transmissão do vírus SARS-CoV2, o medo de contaminação por parte dos beneficiários e dos profissionais de

---

<sup>78</sup> Garantia de atendimento é o compromisso de oferecer, ao beneficiário, acesso a serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e em seus regulamentos, bem como nos contratos, na forma da Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, da Diretoria Colegiada da ANS. (ANS, 2017).

saúde que não estejam na linha de frente da pandemia da COVID-19, também tiveram papel relevante no contexto redução da ocupação hospitalar.

Em síntese, a suspensão temporária de internações clínicas e cirúrgicas, a flexibilização dos prazos de atendimentos e o receio dos beneficiários de contrair a doença na utilização dos serviços médico-hospitalares, reduziram de forma significativa a taxa de ocupação hospitalar, bem como a utilização de serviços ambulatoriais e SADT nos hospitais filiados à ANAHP. Todo o contexto em torno da pandemia em si (crise econômica, aumento do desemprego com perda dos planos de saúde, medidas regulatórias, receio da população e dos profissionais da saúde em se contaminar com a COVID-19 em ambiente hospitalar, medidas sanitárias governamentais, infodemia<sup>79</sup>, entre outros fatores), podem ter contribuído para a redução de mais de 380 mil internações e 309 mil cirurgias do ano de 2020, em comparação com o ano de 2019 nos hospitais filiados à ANAHP.

Além das medidas regulatórias no enfrentamento da pandemia da COVID-19, a ANS publicou logo no início da pandemia (24/02/2021 com vigência em 01/04/2021) a Resolução Normativa (RN) nº 465/2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima e obrigatória para assistência a saúde dos beneficiários de planos de saúde. Com isto 69 novos exames e tratamentos que deverão ser prestados pela rede credenciada das OPS. de saúde. Dentre esses 69 novos eventos em saúde, 50 são relativas a medicamentos e 19 referentes a procedimentos como exames, terapias e cirurgias para diagnóstico e tratamento de enfermidades do coração, intestino, coluna, pulmão, mama, entre outras. Na lista de medicamentos, estão 19 antineoplásicos orais que contemplam 28 indicações de tratamento para diversos tipos de câncer; 17 imunobiológicos com 21 indicações para tratamento de doenças inflamatórias, crônicas e autoimunes, como psoríase, asma e esclerose múltipla; e 1 medicamento para tratamento de doença que leva a deformidades ósseas.

Esta medida regulatória gera oportunidades de negócios para os hospitais

---

<sup>79</sup> Infodemia é o excesso de informações, incluindo informações falsas ou enganosas em ambientes digitais e físicos durante o surto de uma doença. Causa confusão e comportamentos de risco que podem prejudicar a saúde. Também leva à desconfiança nas autoridades de saúde e prejudica a resposta da saúde pública. A infodemia pode intensificar ou prolongar os surtos quando as pessoas não têm certeza do que precisam fazer para proteger sua saúde e a saúde das pessoas ao seu redor. Com a digitalização crescente - uma expansão da mídia social e do uso da Internet - as informações podem se espalhar mais rapidamente. Isso pode ajudar a preencher vazios de informações mais rapidamente, mas também pode amplificar mensagens prejudiciais. (OMS, 2021).

privados (que inclui também os hospitais filiados à ANAHP) e até para os demais stakeholders da cadeia de saúde (Laboratórios, Indústrias de material, medicamentos e OPM, Indústrias de equipamentos médico-hospitalar, entre outros) e desta forma novas demandas e receitas podem ingressar em suas respectivas operações. Mesmo a medida tendo algum nível de impacto positivo para os hospitais, de certa forma a pandemia da COVID-19 gerou impactos de acesso no que tange as cirurgias no período de suspensão exposto anteriormente.

## 5.7 Medidas sanitárias governamentais

No Brasil, conforme determina a Constituição Federal, o SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Este sistema é financiado e gerido pelas três esferas governamentais.

Em relação às medidas sanitárias governamentais no combate à pandemia da COVID-19 no ano de 2020 e mesmo que na gestão do SUS, os governantes tenham suas respectivas responsabilidades previstas na legislação vigente, no Brasil impera até o presente momento desta pesquisa, o cenário de conflitos e disputas político-institucionais no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Se já não bastasse a luta contra um inimigo invisível, estes conflitos evidenciaram a ausência de um plano nacional organizado e coordenado para prevenção da contaminação do vírus, tratamento da doença e a respectiva reabilitação desta nova doença que causa morbidade<sup>80</sup> e sequelas<sup>81</sup> até para os casos leves de COVID-19. Dá ótica sanitária este cenário sugere problemas de governança pública. Os debates em relação a quarentena, *lockdown*, quarentena, distanciamento social e isolamento, restrição de atividade laboral, fechamento de comércios, toque de recolher, barreira sanitária, abertura ou fechamento de hospitais de campanha,

---

<sup>80</sup> Morbidade refere-se a ter uma doença ou sintoma de doença ou à quantidade de doença em uma população. A morbidade também se refere a problemas médicos causados por um tratamento. (National Cancer Institute, 2021).

<sup>81</sup> Uma revisão sistemática com meta-análise divulgada por pesquisadores norte-americanos em janeiro/2021, relacionam 50 queixas dos pacientes pós-COVID-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7852236/>. Outro estudo relevante denominado Síndrome pós-aguda COVID-19 com revisão de literatura publicada na *Nature*, evidencia a epidemiologia e manifestações clínicas para as seguintes sequelas: pulmonares, cardiovasculares, neuropsiquiátricas, renais, endócrinas, gastrointestinais e hepatobiliares e dermatológicas. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01283-z>

postura negacionista, imunidade de rebanho<sup>82</sup>, tratamento preventivo sem comprovação de eficácia (ivermectina, nitazoxanida, cloroquina, zinco, remdesivir, azitromicina, etc.), uso de máscaras e álcool em gel, desemprego devido as restrições sanitárias preventivas, vacinação e sua eficácia, entre outros, sugere um significativo *trade-off* entre saúde e economia no Brasil.

Os conflitos foram tão severos que em 15/04/2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) assegurou que, em razão da pandemia da COVID-19, os governos estaduais, do Distrito Federal (DF) e municipais, no exercício de suas atribuições e respectivos territórios, possuem competência constitucional para a adoção ou manutenção de medidas restritivas. Além disto a pandemia no Brasil também deu origem a uma 'infodemia' de narrativas e contra narrativas sobre o enfrentamento da COVID-19. A decisão do STF amplificou os conflitos junto ao governo federal, alguns estados brasileiros evoluíram para o colapso da saúde pública e neste momento está em curso uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar responsabilidades das esferas governamentais.

Segundo estudo do Lowy Institute de Sydney<sup>83</sup> (2021) na Austrália, que analisou mais de 116 países na gestão da pandemia de COVID-19, o Brasil ocupou a 98ª posição na classificação geral. O estudo analisou as 43 semanas que se seguiram ao centésimo caso confirmado de COVID-19 de cada país, usando dados disponíveis para 6 indicadores: casos confirmados, mortes confirmadas, casos confirmados por

---

<sup>82</sup> Imunidade de rebanho, também conhecida como 'imunidade populacional', é a proteção indireta contra uma doença infecciosa que ocorre quando uma população está imune por vacinação ou imunidade desenvolvida por infecção prévia. A OMS apóia a obtenção da 'imunidade de rebanho' por meio da vacinação, não permitindo que uma doença se espalhe por qualquer segmento da população, pois isso resultaria em casos e mortes desnecessários. A imunidade do rebanho contra COVID-19 deve ser alcançada protegendo as pessoas por meio da vacinação, não expondo-as ao patógeno que causa a doença. As tentativas de alcançar a 'imunidade de rebanho' por meio da exposição de pessoas a um vírus são cientificamente problemáticas e antiéticas. (OMS, 2021).

<sup>83</sup> O Lowy Institute é um *think tank* independente e não partidário de políticas internacionais localizado em Sydney, Austrália. É o principal centro de estudos da Austrália, fornecendo pesquisas de alta qualidade e perspectivas distintas sobre as tendências internacionais que moldam a Austrália e o mundo. (Lowy Institute). *Think tanks* são instituições que desempenham um papel de *advocacy* para políticas públicas, além de terem a capacidade de explicar, mobilizar e articular os atores. Atuam em diversas áreas, como segurança internacional, globalização, governança, economia internacional, questões ambientais, informação e sociedade, redução de desigualdades e saúde. Produzem pesquisas, análises e recomendações que contribuem para um ambiente de conhecimento, permitindo, inclusive, que os formadores de políticas públicas tenham ferramentas para tomar decisões mais embasadas, além de ter um papel importante na disseminação de conhecimento à sociedade. Existem hoje no mundo mais de 8 mil *think tanks*, segundo levantamento da Universidade da Pensilvânia, que atuam em níveis regionais, nacionais ou globais. São instituições de diferentes naturezas: podem ser autônomas ou ligadas a governo, universidades, fundações, partidos políticos ou ao setor privado. No Brasil, existem mais de 100 think tanks. (Brasil, Escola Nacional de Administração Pública, 2021).



milhão de pessoas, mortes confirmadas por milhão de pessoas, casos confirmados como proporção de testes e testes por mil pessoas.

Segundo IBGE (2021), no Brasil é composto por 26 unidades federativas (estados) e 5.570 municípios. Considerando que as ações de enfrentamento a pandemia da COVID-19, ocorreram de forma descentralizada e os hospitais filiados à ANAHP estão lotados em 17 estados, medidas sanitárias locais podem interferir na demanda produtiva com consequentes prejuízos operacionais e financeiros aos hospitais privados.

Na distribuição dos hospitais da ANAHP em território nacional, a maior concentração de hospitais encontra-se no estado de São Paulo com 32 hospitais que corresponde a 27,5% do total de hospitais da Associação. A título de exemplo de medidas sanitárias governamentais que proporcionaram impactos nos hospitais privados, o Diário Oficial do Estado de São Paulo, emitiu dentre outros com conteúdo semelhante, a seguinte resolução:

d. Consultas, Exames Diagnósticos (SADT Externo e Interno), Procedimentos Cirúrgicos, Sessões e Atividades de Grupo Consultas, exames diagnósticos e procedimentos cirúrgicos deverão ser realizados de acordo com o critério de gravidade do paciente. As agendas poderão ser suspensas, sobretudo para pacientes de risco (idosos acima de 60 anos, portadores de comorbidades e imunodeprimidos), devendo ser mantidas atividades cujos benefícios da pronta realização superem riscos associados ao cenário da epidemia de COVID-19, tais como diagnósticos de câncer e consultas necessárias à continuidade de terapêutica farmacológica. (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2020).

Como este exemplo de medida governamental sanitária, os demais estados brasileiros, também adotaram medidas iguais e/ou semelhantes com recomendações para suspensão de eventos eletivos (especialmente as cirurgias) em saúde nos hospitais públicos e privados.

Por outro lado, devido à insuficiência de leitos públicos, em alguns estados houve até contratação e/ou requisição por força de lei para leitos privados para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. No estado de São Paulo por exemplo a Lei nº 17.340 de 30 de abril de 2020, tem a previsão em seu artigo 10 que “Fica o Poder Executivo autorizado a proceder à requisição de leitos ociosos regularmente instalados na rede particular de saúde enquanto durar a pandemia de COVID-19, a fim de maximizar o atendimento e garantir tratamento igualitário.” Inclusive hospitais filiados à ANAHP no estado de São Paulo, também tiveram leitos contratualizados

e/ou requisitados pelo governo. Por um lado, estes hospitais privados contribuem com a sociedade no enfrentamento da pandemia da COVID-19, exercem suas responsabilidades sociais, melhoram suas taxas de ocupações, mas são remunerados com valor fixo de diária global.

Este cenário fica evidente nos hospitais filiados à ANAHP, pois a participação da receita dos planos de saúde nestes hospitais apresentou redução de 7.13 pontos percentuais, se compararmos o ano de 2020 (82,78%) com o ano de 2019 (89,91%). Esta redução tem relação com a migração da participação desta receita para o SUS. Em 2020 a receita do SUS apresentou crescimento de 4.01 pontos percentuais, pois em 2019 representava 5,61% e no ano de 2020 atingiu 9,62%. Este aumento na participação na receita, não necessariamente pode gerar lucratividade. O presente tema pode transparecer falta de sensibilidade ou até uma visão capitalista por parte do pesquisador, mas a única e exclusiva intenção é demonstrar se alguma medida governamental proporcionou algum nível de impacto financeiro nos hospitais objeto deste estudo. A título de exemplo deste impacto financeiro, o governo do estado de São Paulo anunciou a contratação de leitos com remuneração de R\$ 2.100,00<sup>84</sup> por dia por leito de UTI e, segundo a ANAHP (2021), a despesa total por paciente-dia no ano de 2020, foi de R\$ 4.943,26. Logo, nota-se que a receita por dia e por leito é inferior à despesa total por paciente dia. Desta forma estas internações acarretarão prejuízos financeiros ao longo do período contratado e consequente impacto na margem EBTIDA destes hospitais.

Em relação a medidas do Governo Federal, foi instituído o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da COVID-19 (Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020). Esta legislação tem os seguintes objetivos: preservar o emprego e a renda, garantir a continuidade das atividades laborais e empresariais e reduzir o impacto social decorrente das consequências do estado de calamidade pública e da emergência de saúde pública. Com esta legislação pretendeu-se viabilizar: I – o pagamento do Benefício Emergencial de Preservação do

---

<sup>84</sup> No website do governo do Estado de São Paulo, consta o valor de R\$ 1.600,00 por diária de UTI. Fonte: disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/destaques/governo-de-sp-vai-contratar-4.500-leitos-da-rede-privada-para-atender-coronavirus>. Acesso em: 18 jun. 2021. Nas mídias de notícias consta o valor de R\$ 2.100,00 por diária. Fonte: disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/05/04/prefeitura-de-sp-pagara-r-21-mil-por-dia-por-leito-de-uti-de-hospitais-privados.ghtml> Acesso em 18 jun. 2021.

Emprego e da Renda, II – a redução proporcional de jornada de trabalho e de salário e III – a suspensão temporária do contrato de trabalho.

Dados do Ministério da Economia (2021) informam que no Brasil, entre abril e dezembro de 2020, 1.464.683 empregadores, firmaram 20.120.272 acordos, que envolvem 9.849.107 trabalhadores.

Com a redução significativa da demanda cirúrgica, nas taxas de ocupações e receitas nos hospitais privados no início da pandemia da COVID-19, muitos hospitais aderiram ao programa (Lei nº 14.020) no afã de preservar os empregos dos profissionais da saúde e reduzir os prejuízos. Como nos hospitais da ANAHP em 2020, as despesas com mão de obra em geral (despesa com pessoal e serviços técnicos referente aos contratos técnicos e operacionais), respondem por mais de 50% do total de despesas, até hospitais de porte especial filiados, adotaram esta estratégia para se manter durante a pandemia da COVID-19. Segundo a FBH (2020) o cenário se estende aos demais hospitais privados do país.

Com 45% a menos de receita, o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, cortou em 25% o salário e a jornada de trabalho de 33% dos seus 15 mil funcionários.

A decisão, que também atinge outros hospitais privados e filantrópicos do país, vale por três meses e está amparada pela Medida Provisória 936, que dispõe sobre o programa de manutenção de emprego e renda para enfrentamento da pandemia de COVID-19.

No Sírio-Libanês, com 8,3 mil funcionários, também houve redução de jornada de trabalho e de salários, remanejamento entre áreas e realocação de funções, segundo informou o hospital em nota, sem detalhar as medidas.

#### Crise geral no setor

Para Adelvão Francisco Morato, presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a situação dos hospitais privados está crítica em todo país, com vários deles não só cortando salários, mas demitindo funcionários também.

“Os hospitais estão trabalhando com 20% a 30% da sua capacidade. Estão demitindo, antecipando férias, diminuindo salários.” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2020).

Figura 17- Matriz de impactos positivos e negativos da pandemia da COVID-19 em 2020 nos Hospitais Privados – Resumo Geral



Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

## 6. CONCLUSÕES

O principal objetivo deste trabalho aplicado era analisar o impacto financeiro da pandemia da COVID-19 nos hospitais privados filiados à ANAHP, ou seja, responder à pergunta: a pandemia da COVID-19, gerou lucro ou prejuízo financeiro para estes hospitais?

Diante do contexto adverso da pandemia da COVID-19 no ano de 2020, pode-se dizer que os hospitais filiados à ANAHP sofreram os seguintes impactos, de acordo com os dados analisados:

A pandemia da COVID-19 em si causou uma espécie de reação em cadeia no sistema de saúde privado, pois o crescimento acelerado do número de casos e óbitos confirmados pela COVID-19, causou consequências no ecossistema de enfrentamento da pandemia. Este contexto gerou uma nova demanda repentina de pacientes para tratamento clínico e crítico nos hospitais, intensificação das medidas sanitárias governamentais, medidas regulatórias da ANS para preservação de leitos privados e proteção dos beneficiários (suspensão de eventos eletivos), aumento do TMP hospitalar, esvaziamento da demanda para tratamento eletivo e cirúrgico e redução da taxa de ocupação hospitalar e escassez sazonal de: leitos de UTI, equipamentos médico-hospitalares, EPIs e medicamentos.

A redução de 380 mil saídas hospitalares (dos quais 309 mil poderiam ser cirurgias) no ano de 2020 em relação ao ano de 2019, demonstra-se como a principal causa para a redução de 9.3 pontos percentuais da taxa geral de ocupação hospitalar no ano de 2020 (67,7%) em relação a 2019 (77%). Essa redução de internações hospitalares tem relação direta com a suspensão dos procedimentos cirúrgicos eletivos por um período de 77 dias consecutivos (de 26/03/2020 a 09/06/2020) pela ANS. Mesmo que apenas 5% dos pacientes acometidos pela COVID-19 tenham necessidade clínica de terapia intensiva, a ocupação das UTI's apresentou redução de 4.42 pontos percentuais no ano de 2020, em relação a 2019. Essa redução tem relação com a queda da produção cirúrgica com procedimentos de alta complexidade (suspensas pela ANS e por alguns decretos governamentais) que requerem retaguarda de UTI.

Além do impacto da suspensão de procedimentos cirúrgicos eletivos, há de se considerar também que governadores e prefeitos das maiores Unidades Federativas

do país emitiram decretos publicados em Diário Oficial com medidas sanitárias para evitar a possível contaminação ou propagação da COVID-19. Dentre estas medidas há recomendações de suspensões de cirurgias eletivas em hospitais públicos e privados, *lockdown*, quarentena, distanciamento social e isolamento, toque de recolher, barreiras sanitárias, ampliação de rodízio veicular, entre outras medidas, de acordo com o diagnóstico epidemiológico de cada município ou estado.

Com a evolução da pandemia, especialistas adotaram o conceito físico de onda para contextualizar o comportamento dinâmico da pandemia, ou seja, períodos específicos de pico da pandemia que demonstram o crescimento do número de casos confirmados e mortes pela COVID-19. A evolução destas ondas da COVID-19, levou ao colapso do sistema de saúde público e privado de alguns municípios brasileiros. Neste mesmo contexto ocorreu divulgação massiva pela mídia nacional e internacional da situação global da COVID-19, evidenciando o fato do Brasil ter se tornado em alguns períodos de 2020, o epicentro global da pandemia. Segundo a OMS o Brasil ocupou de forma ininterrupta o 3º lugar em número de casos e o 2º lugar em número de óbitos. Além disso foram identificadas novas variantes do Coronavírus, dentre elas uma variante brasileira que amplificou a transmissibilidade da COVID-19. Tudo isso associado a infodemia<sup>85</sup>, desinformação, a inexistência de tratamento preventivo, a insuficiência de leitos públicos e privados em específicos municípios, colapso do sistema funerário, os óbitos de pacientes nas filas por leitos de UTI, a variabilidade da faixa etária dos óbitos independentemente de comorbidades, o agravamento da situação econômica, ausência de governança pública no enfrentamento da pandemia, o aumento da contaminação com novas ondas nas tentativas de restabelecimento das economias (reaberturas de comércios), o negacionismo do governo federal com tese de imunidade de rebanho, a indisponibilidade de vacinas (a vacinação teve início apenas em meados de novembro na Rússia, em 8 de dezembro no Reino Unido e em janeiro de 2021 no Brasil), levou a amplo cenário de insegurança assistencial e econômica, gerando significativo receio

---

<sup>85</sup> Infodemia é o excesso de informações, incluindo informações falsas ou enganosas em ambientes digitais e físicos durante o surto de uma doença. Causa confusão e comportamentos de risco que podem prejudicar a saúde. Também leva à desconfiança nas autoridades de saúde e prejudica a resposta da saúde pública. A infodemia pode intensificar ou prolongar os surtos quando as pessoas não têm certeza do que precisam fazer para proteger sua saúde e a saúde das pessoas ao seu redor. Com a digitalização crescente - uma expansão da mídia social e do uso da Internet - as informações podem se espalhar mais rapidamente. Isso pode ajudar a preencher vazios de informações mais rapidamente, mas também pode amplificar mensagens prejudiciais. (OMS, 2021).

por parte dos beneficiários de contrair a COVID-19 em ambiente hospitalar ou até de desassistência por insuficiência de leitos públicos de UTI. A insegurança assistencial na saúde pública foi tamanha, que levou mais de 600 mil brasileiros a contratarem planos de saúde e com isto garantir o acesso a terapia intensiva em caso de infecção pelo novo Coronavírus.

Pesquisa do DATAFOLHA (2021) realizada mensalmente desde março/2020, registrou em março/2021 que, 79% dos brasileiros classificam “que a pandemia do Coronavírus no Brasil está sem controle”, 55% dos entrevistados na pesquisa relatam que “tem medo de ser infectado pelo Coronavírus”, seguidos por 27% que afirmam que possuem “um pouco de medo de ser infectado pelo Coronavírus”.

Esta situação provocou significativo esvaziamento das agendas cirúrgicas e eletivas para consultas nas clínicas, ambulatórios e consultórios, uma vez que muitos pacientes crônicos interromperam, reduziram ou deixaram de recorrer aos serviços de saúde para tratamentos de rotina das suas condições de saúde. Além disso, procedimentos preventivos eletivos como vacinas, consultas e exames periódicos para acompanhamento preventivo, identificação e diagnóstico precoce de doenças graves, que contribuem para aumentar o prognóstico de tratamento e cura, também foram interrompidos abruptamente, reduzidos ou postergados.

Diante deste cenário de baixa nas ocupações hospitalares no ano de 2020, evidencia-se uma discreta elevação do TMP hospitalar, com aumento de 0,6 dias, ou seja, de 4,6 dias em 2020 *versus* 4 dias em 2019. Com a pandemia da COVID-19 há de considerar que houve alteração do tipo de internação nos hospitais privados. Desta forma a demanda predominante nas internações clínicas para o tratamento da patologia da COVID-19, além da mudança do perfil epidemiológico das saídas hospitalares, pode ser considerado responsáveis pelo aumento do TMP hospitalar.

As saídas hospitalares dos hospitais filiados à ANAHP classificadas segundo capítulo da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª (CID-10), da OMS, demonstram que com exceção dos capítulos de Ouvido e Olhos e anexos - todos os demais capítulos demonstram aumento do TMP hospitalar. Os capítulos mais expressivos no que tange à participação são: neoplasias com 9,48% das saídas hospitalares com crescimento de 2.41 pontos percentuais na participação, seguidos de doenças do aparelho geniturinário, que representou 9,46% do número total, seguido de “gravidez, parto e puerpério”, com 8,40%. Os maiores aumentos do TMP hospitalar se apresentam nos capítulos de doenças respiratórias

(aumento de 2,89 dias) e perinatal (aumento de 1,72 dias).

Desta forma os hospitais filiados à ANAHP foram impactados financeiramente ao longo do exercício, com destaques para o primeiro e segundo trimestres do ano de 2020, com margem EBITDA de 8,3% e 2% respectivamente. Este período coincidiu com a suspensão dos procedimentos cirúrgicos eletivos determinados pela ANS e medidas governamentais sanitárias, de tal forma que gerou redução acentuada das receitas, aumento exponencial dos custos devido à escassez de insumos a ponto da margem EBITDA ser negativa no mês de abril/2020 (-2,1%). Considerando a indisponibilidade de dados secundários para cálculo financeiro do EBITDA em moeda corrente do Brasil, estimou-se que da ótica de lucro líquido há redução estimada na ordem de -R\$ 4,3 bilhões de reais para o grupo de hospitais filiados à ANAHP. Esta redução considerou como premissa a mesma quantidade de internações do ano de 2019, pois trata-se de um cenário conservador. Entretanto, vale ressaltar que o volume de internações nos hospitais filiados a ANAHP no período de 2016 a 2019, apresentam crescimentos constantes ano a ano e se não fosse o cenário pandêmico há relevante probabilidade do lucro líquido ter sido superior a estimativa realizada.

Por outro lado, logo no início da pandemia a ANS publicou novo Rol de Procedimentos em saúde para cobertura obrigatória dos planos de saúde, com 69 novos eventos em saúde. Além disto incluiu 8 novos exames (SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – pesquisa por RT – PCR (com DUT), Dímero D (dosagem), Procalcitonina (dosagem), Pesquisa rápida para Influenza A e B, PCR em tempo real para os vírus Influenza A e B, Pesquisa rápida para Vírus Sincial Respiratório, PCR em tempo real para Vírus Sincial Respiratório, pesquisa de anticorpos IgG ou anticorpos totais), na lista de cobertura obrigatória para apoio diagnóstico da COVID-19 aos beneficiários de planos de saúde. No mercado privado alguns destes exames chegam a custar o equivalente a exames de imagem. Desta forma estes novos exames ampliaram as opções para diagnóstico no tratamento da COVID-19 junto ao corpo clínico dos hospitais, se tornaram um direito dos beneficiários com a ampliação da cobertura assistencial sem aumento da contraprestação do plano de saúde, novas receitas com elevada demanda para os hospitais e laboratórios de análises clínicas privados, bem como novos sinistros para as OPS.

Tanto o novo rol de procedimentos como os exames para diagnóstico da COVID-19, são sinônimos de receitas adicionais aos hospitais privados, mas as



variações nas receitas líquidas e despesa total por paciente dia e por saída hospitalar, evidenciaram que o crescimento das despesas totais acima das receitas, entre outros fatores, causou impacto substancial na redução da margem EBITDA de 12,40% em 2019 para 8,04% em 2020.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os impactos da pandemia da COVID-19 na saúde pública e privada, proporcionam reflexões sobre a assistência eletiva e a resiliência do ecossistema de saúde em possíveis futuras pandemias. Como as pandemias podem ser de curta, média ou longa duração e as estruturas da maioria dos hospitais brasileiros são compartilhadas (áreas de apoio, UTI's, Centro Cirúrgico, SADT, etc.), como os hospitais podem garantir aos órgãos reguladores e população a segurança assistencial em procedimentos eletivos nestes períodos? Como garantir que a estruturas hospitalares tenham áreas “free COVID-19”, ou livres de contaminação por outra pandemia, de tal forma que os órgãos reguladores não suspendam procedimentos eletivos e a população mantenha seus tratamentos regulares de saúde?

Considerando que no Brasil e até em outros países temos sistemas de saúde público e privado, quais planos de contingências podem ser adotados pelo Sistema “Único” de Saúde, com participação sustentável da Saúde “Suplementar” em períodos de pandemia?

Considerando o *trade-off* de economia *versus* saúde vivenciado no Brasil e em outros países, mundialmente quais são as melhores práticas de governança pública no enfrentamento da pandemia da COVID-19?

Considerando que no ano de 2020 as OPS obtiveram recordes de resultado líquido em pleno ano de pandemia (18,7 bilhões de reais<sup>86</sup>) e o hospitais sofreram agressivo impacto financeiro, quais medidas regulatórias podem ser adotadas para gerar contingência, sustentabilidade e compartilhamento de riscos (OPS e Rede Credenciada) em períodos de pandemia? Quais são os modelos de remuneração mais recomendados e equilibrados para períodos de pandemia?

---

<sup>86</sup> Segundo Painel Contábil da Saúde Suplementar (ANS, 2021), em 2019 as OPS registraram lucro líquido acumulado de R\$ 12,6 bilhões de reais, frente R\$ 18,7 bilhões de reais em 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

Considerando que dentre os efeitos da pandemia da COVID-19, a postergação de tratamentos eletivos e cirúrgicos gerou significativa demanda reprimida, quais serão os impactos econômicos e financeiros nas OPS e hospitais privados no ano de 2021?

Devido ao forte impacto econômico global causado pela pandemia, muitos países reagiram à crise da COVID-19 com novas políticas públicas de subsídios financeiros emergenciais a sua população e até para empresas. Vale ressaltar que alguns países tinham por objetivo subsidiar a população para viabilizar também as medidas sanitárias preventivas de *lockdown*, quarentena, distanciamento social e isolamento e desta forma achatar as ondas de infecção do vírus e reduzir a demanda de internações, casos e óbitos pela COVID-19. Com isto pôde se priorizar a saúde pública e desta forma restabelecer com mais brevidade a economia. No Brasil, alguns tipos de subsídios financeiros foram concedidos em massa para a população e muito restrito para as empresas. No caso da saúde privada foi concedido apenas uma linha de crédito<sup>87</sup> para hospitais de grande porte e com faturamento acima de 300 milhões/ano. Considerando que a presente pesquisa evidenciou que curtos períodos com redução da demanda cirúrgica e queda na ocupação hospitalar podem inviabilizar o *break even point*<sup>88</sup> dos hospitais, quais subsídios mínimos o governo federal representados pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar, podem disponibilizar para os hospitais privados em períodos de pandemia?

Enfim, temos muitas lições aprendidas e relevantes oportunidades de melhorias que podem ser pesquisadas para ampliarmos a resiliência dos sistemas de saúde.

---

<sup>87</sup> O Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES) é um banco do Governo Federal. O programa de financiamento, com orçamento de até R\$ 2 bilhões de reais, objetiva a ampliação imediata da oferta de leitos emergenciais, bem como de materiais e equipamentos médicos e hospitalares. O programa tem limite de financiamento de até R\$ 150 milhões de reais por grupo econômico, a cada período de 6 meses. O valor mínimo de financiamento em operações é de R\$ 10 milhões de reais.

<sup>88</sup> *Break-even point* ou ponto de equilíbrio representa o nível de produção em que a receita total é igual ao custo total e a partir do qual o hospital passa a gerar lucros com a venda dos seus respectivos serviços no mercado de saúde.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Resolução Normativa - RN Nº 465 de 24 de fevereiro de 2021**. Rio de Janeiro, 2021.

Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw>>. Acesso em:

19 jun. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Manual de Conteúdo e Estrutura**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<[http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/tiss/Padrao\\_tiss/manual\\_de\\_conteudo\\_e\\_estrutura\\_v2110.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/tiss/Padrao_tiss/manual_de_conteudo_e_estrutura_v2110.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Sistemáticas de remuneração dos Hospitais que atuam na Saúde Suplementar: Procedimentos Gerenciados**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <

[http://www.ans.gov.br/images/stories/A\\_ANS/Transparencia\\_Institucional/agenda\\_regulatoria/20121211\\_procedimento\\_gerenciado.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/20121211_procedimento_gerenciado.pdf)>. Acesso em:

10 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Glossário Temático Saúde Suplementar**. Brasília, 2012. Disponível em: <

[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/saudesup\\_glossario\\_site-1.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/saudesup_glossario_site-1.pdf)>. Acesso em:

25 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Resolução Normativa - RN Nº 196 de 14 de julho de 2009**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>>. Acesso em:

27 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 39, de 27 de Outubro de 2000**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>>. Acesso em:

27 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Resolução Normativa – RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006**. Rio de Janeiro, 2006.

Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEwNw==>>. Acesso em:

27 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Resolução Normativa – RN N° 148, de 3 de março de 2007**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=ODQz>>. Acesso em: 27 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Dados Gerais**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: < <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2020. **Gases medicinais - Informações gerais**. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/setorregulado/regularizacao/medicamentos/gases-medicinais/gases-medicinais-informacoes-gerais>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. (2020). **Histórico**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico?highlight=WyJybiJd#:~:text=O%20ano%20de%201923%20%C3%A9,Pens%C3%B5es%20para%20os%20respectivos%20empregados.%22> Acesso em 25 jan. 2021.

ASSAF NETO, A. **Estrutura e análise de balanços**. 10 ed. São Paulo: Atlas, 2012

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **A ANAHP**. 2020. Disponível em: < <https://www.anahp.com.br/a-anahp/>> Acesso em: 20 mar. 2020

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Representação dos Associados**. 2020. Disponível em: <<https://www.anahp.com.br/associados/>> Acesso em: 20 mar. 2020

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Observatório 2020**. 12ª edição, 2021. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/observatorio-2020>> Acesso em: 20 jun. 2020

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Nota Técnica Observatório ANAHP**. 1ª edição, 2020. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/nota-tecnica-observatorio-anahp-1a-edicao-junho-2020>> Acesso em: 21 jun. 2020

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Nota Técnica Observatório ANAHP**. 2ª edição, 2020. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/nota-tecnica-observatorio-anahp-2a-edicao-agosto-2020>> Acesso em: 14 ago. 2020

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Nota Técnica Observatório ANAHP**. 3ª edição, 2020. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/nota-tecnica-observatorio-anahp-3a-edicao-outubro-2020>> Acesso em: 12 out. 2020

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Nota Técnica Observatório ANAHP**. 4ª edição, 2020. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/nota-tecnica-observatorio-anahp-4a-edicao-dezembro-2020>> Acesso em: 8 dez. 2020

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Nota Técnica Observatório ANAHP**. 5ª edição, 2021. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/nota-tecnica-observatorio-anahp-5a-edicao-fevereiro-2021>> Acesso em: 15 fev. 2021

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Nota Técnica Observatório ANAHP**. 6ª edição, 2021. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/nota-tecnica-observatorio-anahp-6a-edicao-maio-2021>> Acesso em: 11 mai. 2021

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Nota Técnica Impacto do consumo de EPIs em razão da COVID-19**. 1ª edição, 2020. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/nota-tecnica-impacto-da-covid-19-no-consumo-de-epi>> Acesso em: 22 abr. 2020

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Licções da pandemia: perspectivas e tendências**. 1ª edição, 2021. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/lices-da-pandemia-perspectivas-e-tendencias>> Acesso em: 25 abr. 2021

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Nota Técnica Observatório ANAHP**. 6ª edição, 2020. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/nota-tecnica-observatorio-anahp-6a-edicao-maio-2021>> Acesso em: 8 dez. 2020

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Observatório 2021**. 13ª edição, 2021. Disponível em: <<https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2021>> Acesso em: 29 mai. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE STARTUPS. **Definição**. Disponível em: <<https://abstartups.com.br/o-que-e-uma-startup/>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

BANCO INTER. **Prospecto definitivo da oferta pública de distribuição primária e secundária de ações ordinárias de emissão da Rede Dor São Luiz**. Disponível em: <[https://static.bancointer.com.br/site/investimentos/ofertas-publicas/pdfs/6ef1b319019344cb857bcfb5bb63b674\\_rede-dor-sao-luiz-sa-prospecto-definitivo.pdf?\\_ga=2.246704004.1240169932.1623674138-761050123.1620756195](https://static.bancointer.com.br/site/investimentos/ofertas-publicas/pdfs/6ef1b319019344cb857bcfb5bb63b674_rede-dor-sao-luiz-sa-prospecto-definitivo.pdf?_ga=2.246704004.1240169932.1623674138-761050123.1620756195)>. Acesso em 1 jan. 2021.

BERNET, P. M.; ROSKO, M. D.; VALDMANIS, V. G. **Hospital efficiency and debit**. Journal of Health Care Finance, v. 34, n. 4, p. 66-88, 2008.

BRASIL. CASA CIVIL. **Lei No 5.991, DE 17 De Dezembro de 1973**. Brasil, 1973. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5991.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm)>. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. CASA CIVIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasil, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. CASA CIVIL. **Lei No 6.404 de 15 de dezembro de 1976**. Brasil, 1976. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6404consol.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6404consol.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. (1983). Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0113terminologia3.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. CASA CIVIL. **Lei No 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Brasil, 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm)>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. CASA CIVIL. **Lei No 10.185, de 12 de fevereiro de 2001**. Brasil, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10185.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10185.htm)>. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. CASA CIVIL. **Lei No 13.097, de 19 de janeiro de 2015**. Brasil, 2015. Disponível em: <[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: 22 mar. 2021.

BRASIL. CASA CIVIL. (2020). **Constituição da República Federativa do Brasil**. <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso 30 jun. 2020.

BITTAR, OLÍMPIO J NOGUEIRA V; ABE, LÍGIA MAYUMI. **Análise e comparação dos dados de internação do Sistema Único de Saúde (SUS), da Saúde Supletiva (SS) e países selecionados**. 2020. BEPA, Boletim Epidemiológico Paulista. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicoes-2020/edicao\\_203\\_-\\_novembro\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicoes-2020/edicao_203_-_novembro_2.pdf)>. Acesso em: 26/01/2021.

BUCK. LUCIMARA IVIZI. **Análise do modelo de remuneração médica por produção em cooperativas de trabalho médico com base na teoria dos custos de transação**. [Dissertação de Mestrado] – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://mpgos.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/163/2019/06/LUCIMARAIVIZIBUCK.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CASTRO, RODRIGO. O GLOBO. **Sociedade**. 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/precos-de-medicamentos-do-kit>>.

intubacao-tem-alta-de-ate-1000-24944119>. Acesso em: 22/05/2021

CELESTINO, P. **Nó de Normas. Notícias Hospitalares**. Gestão de Saúde em Debate, vol. 4, n. 39, out./nov. 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2020). **SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-info.html#Interest>. Acesso em: 03/ jun. 2021.

Diário Oficial Do Estado de São Paulo. 2020. Disponível em: <[https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/E\\_R-SS-CGOF-28\\_170320-1.pdf](https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/E_R-SS-CGOF-28_170320-1.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2021.

DISTRITO. **Healthtech Report 2020**. Disponível em: <<https://materiais.distrato.me/data-miner-healthtech>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

DUTRA, René Gomes Dutra. **Custos: uma abordagem prática**. São Paulo: Atlas, 2017.

ESCRIVÃO JÚNIOR, A. **Uso da informação na gestão de hospitais públicos**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.655-666, maio-jun. 2007.

FÁVERO, M. **Estudo da duração da internação em hospitais gerais de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1975. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DOS HOSPITAIS - FBH. **Cenário dos Hospitais no Brasil 2020**. 1ª edição, 2020. Disponível em: <[https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Cenarios\\_2020.pdf](https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Cenarios_2020.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2020.

FAGUNDES, ÁLAVARO. VALOR ECONOMICO. 2021. Disponível em: <<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2021/03/04/em-ano-de-tombos-historicos-brasil-tem-31o-pior-resultado-entre-56-paises.ghtml>>. Acesso em: 11 mai. 2021.

FETTER RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. **Case mix definition by diagnosis-related groups**. Medical care. 1980; p. i--53.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Mercado**. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/12/em-maior-oferta-de-acoes-desde-2013-rede-dor-salta-quase-8.shtml>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

FOLHA DE SÃO PAULO. Coronavírus. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/05/einstein-e-sirio-libanes-fazem-corte-de-salarios.shtml>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

HUBBARD, N. A. **Conquering global markets: secrets from the world's most successful multinationals**. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2013.

GRUPO NOTREDAME INTERMÉDICA. **Relação com Investidores**. Central de

**Resultados 2019.** Disponível em: <[https://mz-filemanager.s3.amazonaws.com/0c822d83-2c10-4c55-be63-e1a7bb804bee/central-de-resultadoscentral-de-downloads/b931c6198278903b31263dd3a91a4975977ca4e3a4726c5d0c3a78323f56992c/apresentacao\\_3t19.pdf](https://mz-filemanager.s3.amazonaws.com/0c822d83-2c10-4c55-be63-e1a7bb804bee/central-de-resultadoscentral-de-downloads/b931c6198278903b31263dd3a91a4975977ca4e3a4726c5d0c3a78323f56992c/apresentacao_3t19.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2020.

**GRUPO NOTREDAME INTERMÉDICA. Relação com Investidores. Central de Resultados 2020.** Disponível em: <<https://api.mziq.com/mzfilemanager/v2/d/0c822d83-2c10-4c55-be63-e1a7bb804bee/82de1ac1-8250-4417-286d-628d40e57ccc?origin=1>>. Acesso em 11 mai. 2021.

LENG, ALYSSA; LEMAHIEU, HERVÉ. Covid Performance Index. Lowy Institute. 2021. Disponível em: <<https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/#rankings>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

JÚNIOR, WALTER CINTRA FERREIRA, **Ampliação dos serviços hospitalares privados na cidade de são paulo uma estratégia ou uma aposta?** - FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO, 2001 disponível em: <<https://eaesp.fgv.br/producao-intelectual/ampliacao-servicos-hospitalares-privados-cidade-sao-paulo-estrategia-ou-aposta>>. Acesso em: 5 mar. 2021.

KPMG. **Insights.** 2021. Disponível em:<<https://home.kpmg/br/pt/home/insights/2021/05/fusoes-e-aquisicoes-brasil-2020.html>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

KOIKE, BETH, FILGUEIRAS, MARIA LUIZA. **Valor econômico.** 2021. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2021/03/01/hapvida-e-intermedica-acertam-fusao-e-criam-grupo-de-r-1105-bi.ghtml>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LEANDRO, Tainá. **Defesa da Concorrência e Saúde Suplementar.** Faculdade de Economia, Administração Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação. Brasília, 2010

LENZ, R.; KUHN, K. A. **Towards a continuous evolution and adaptation of information systems in healthcare.** International Journal of Medical Informatics, v. 73, p. 75-89, 2004.

LIMA, L. **Análise da situação econômico-financeira de hospitais.** O Mundo da Saúde, v.35, n.3, p. 270-277. 2011.

MARINHO A, MORENO AB, CAVALINI LT. **Texto para discussão no 848 - Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS).** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro; 2001. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0848.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0848.pdf). Acesso em: 28 abr. 2021.

MOREIRA, A. T., Jones, G. D. C., Tavares, M., Fehr, L. C. F. de A. O., Silva Filho, A. da. (2014). **Um estudo comparativo do Ebitda e do Fluxo de Caixa Operacional**



**em empresas brasileiras do setor de telecomunicações.** Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade, 4(3), 5-22

MARTINS, Leandro Ortigoza. **O Segmento da Medicina Diagnóstica no Brasil.** Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/viewFile/20736/pdf>. Acesso em: 1 mai. 2021.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Benefício Emergencial – BEM.** 2021. Disponível em:  
<<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiMzE4NjhkODItOWMxYi00NjdiLTk1ZjctMmM2N2M0MjVIYmJlIiwidCI6IjNIYzkyOTY5LTlhNTEtNGYxOC04YWM5LWVmOThmYmFmYTk3OCJ9>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).** 1ª edição, 2016. p.8. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_praticas\\_gestao\\_proteses\\_materiais\\_especiais.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar.** 2ª edição, 2002. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao\\_censo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia Básica em Saúde.** 2ª edição, 1987. Disponível em:  
<<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0112terminologia1.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tipo de Estabelecimento.** 2020. Disponível em:  
<[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm)>. Acesso em: 13 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações aos serviços de saúde sobre uso e cuidados de conservação de medicamentos em conformidade à RDC 483 de 19 de março de 2021. Midazolam.** 2021. Disponível em:  
<<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/6263864/Midazolam+5+mgmL+%2528ampola+10+mg2+mL%2529+-+Yichang+Humanwell+Pharmaceutical%25C2%25A0Co.%252C+Ltd.%25C2%25A0%2528China%2529/bb7b43c9-e6e7-4edd-9800-fc07e4a3edd0>>. Acesso em: 13 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações aos serviços de saúde sobre uso e cuidados de conservação de medicamentos em conformidade à RDC 483 de 19 de março de 2021. Propofol.** 2021. Disponível em:  
<<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/6263864/Propofol+10+mgmL+Emuls%25C3%25A3o+injet%25C3%25A1vel+%2528frasco+de+20+mL%2529+-+B.+BRAUN+MEDICAL/03cbea51-7407-433f-9964-58415e0528ce>>. Acesso em: 13 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações aos serviços de saúde sobre uso e**

**cuidados de conservação de medicamentos em conformidade à RDC 483 de 19 de março de 2021. Besilato de atracúrio.** 2021. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/6263864/Besilato+de+atrac%25C3%25B4rio+10mgmL+Solu%25C3%25A7%25C3%25A3o+injet%25C3%25A1vel+%2528ampolas+com+2%252C5+mL%2529+-+ASPEN+Pharmacare/416e0264-0951-47a7-b044-962493eda587>>. Acesso em: 13 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações aos serviços de saúde sobre uso e cuidados de conservação de medicamentos em conformidade à RDC 483 de 19 de março de 2021. Brometo de rocurônio.** 2021. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/6263864/Brometo+de+rocur%25C3%25B4nio+10+mg+mL+Solu%25C3%25A7%25C3%25A3o+injet%25C3%25A1vel+%2528ampolas+de+5+mL%2529+Hospira%252C+Inc.+%2528EUA%2529/79d25143-f84f-4848-a72f-d883af0c58bf>>. Acesso em: 13 fev. 2021.

GONZALO VECINA; ANA MARIA MALIK. (Org.). *Gestão em Saúde*. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, v., p. 155-167.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a Glance. 2019.** Disponível em: <[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en)>. Acesso em: 25. dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). (2020). **Folha informativa sobre COVID-19.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 12 mar. 2020.

OLGA, JASMINE. **Seu dinheiro.** 2020. Disponível em: <<https://www.seudinheiro.com/2020/empresas/hapvida-ou-notre-dame-intermedica-2809/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PAIM J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

RODRIGUES, Paulo Henrique; Santos, Isabela Soares (2011). **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS.** São Paulo, Editora Atheneu: 2a edição. 2011.

ROTTA C. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde14122009-115012/pt-br.php>. Acesso em: 28 abr. 2021.

ROCHA, LUDMYLLA, FERRARI, HAMILTON. **PODER 360.** 2021. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/economia/valor-de-mercado-das-principais-empresas-de-saude-da-b3-subiu-78-em-2021/>>. Acesso em 15 jun. 2021.

SCHOUT, D. e NOVAES, H. M. D. **Do registro ao indicador: gestão da produção**

**da informação assistencial nos hospitais.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.12, n.4, p. 935-944. ISSN 1413-8123. 2007.

SINGER, Merrill et al. ***Syndemics and the biosocial conception of health***. The Lancet, v. 389, n. 10072, p. 941-950, 2017.

SILVA, José Pereira da. **Análise Financeira das Empresas**. São Paulo: Atlas, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOTERAPIA – SBRT, 2017. **Carta da AMB – “Novas Formas de Remuneração Causa e Consequências: Uma Avaliação Crítica”**. Disponível em: [http://sbradioterapia.tempsite.ws/wp-content/uploads/2017/07/Carta\\_Pos-Simposio-Formas-de-Remuneracao.pdf](http://sbradioterapia.tempsite.ws/wp-content/uploads/2017/07/Carta_Pos-Simposio-Formas-de-Remuneracao.pdf). Acesso em: 12 jun. 2021.

SANTOS, JOEL J. **Manual de contabilidade e análise de custos**. SÃO PAULO: ATLAS, 2017.

SMET, Mike, 2002. **Cost characteristics of hospitals**. Social Science & Medicine, Elsevier, vol. 55(6), pages 895-906. 2002

SILVA, Alceu Alvez da. **Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico**. 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6\\_AAAlvesdaSilva\\_RelacaoOperadorasPlanos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf) >. Acesso em 8 de maio de 2020.

TAKAHASHI, ANA CLÁUDIA DINIZ. **Análise do modelo de remuneração hospitalar no mercado de Saúde Suplementar paulistano**. [Dissertação de Mestrado - Fundação Getúlio Vargas]. Disponível em: [https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/dissertacao\\_ana\\_claudia1.pdf](https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/dissertacao_ana_claudia1.pdf) >. Acesso em: 15 jun. 2021.

UNITED NATIONS. ***Sustainable Development Goals***. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/decade-of-action/> >. Acesso em: 12 abr. 2021.

VALENTI, GRAZIELLA. EXAME. Disponível em: <https://exame.com/exame-in/com-37-aquisicoes-e-ambicao-de-mais-rede-dor-quer-r-8-bi-em-ipo/> >. Acesso em: 4 nov. 2020.

VELOSO, G. G.; MALIK, A. M. **Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde**. RAE-eletrônica, v. 9, n. 1, Art. 2, jan./jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). ***International Health Regulations***. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580410> >. Acesso em: 06 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). ***Tracking SARS-CoV-2 variants***. Disponível em: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/> >.

Acesso em: 06 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). **Health technology assessment**. Disponível em: <<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies-and-medicines/policy-areas/health-technology-assessment>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). **Coronavirus disease (COVID-19)**. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>>. Acesso em: 04 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). **Urgent health challenges for the next decade**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade>>. Acesso em: 04 out. 2020.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. **Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention**. JAMA - Journal of the American Medical Association, v. 323, n. 13, p. 1239–1242, 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>>. Acesso em: 20 set. 2021.

ZIMMERMAN, B. (2011). **How complexity science is transforming healthcare**. In P. Allen, S. Maguire, & B. McKelvey (Eds.), *The SAGE handbook of complexity and management* (pp. 617-635). London: Sage Publications Ltd.

MINTZBERG, H. (2007). **Tracking strategies: toward a general theory**. New York: Oxford University Press.