



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA**



GILBERTO JOSÉ ALVES COSTA JÚNIOR

**INVESTIMENTO ESTRANGEIRO DIRETO EM HOSPITAIS PRIVADOS NO
BRASIL: ESTUDO COMPARATIVO DO AMBIENTE REGULATÓRIO E DE
INVESTIMENTO ENTRE PAÍSES DO BRICS E EUA**

**RECIFE
2013**

GILBERTO JOSÉ ALVES COSTA JÚNIOR

INVESTIMENTO ESTRANGEIRO DIRETO EM HOSPITAIS PRIVADOS NO
BRASIL: ESTUDO COMPARATIVO DO AMBIENTE REGULATÓRIO E DE
INVESTIMENTO ENTRE PAÍSES DO BRICS E EUA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Economia da Universidade
Federal de Pernambuco como requisito para
obtenção do título de Mestre em Economia.

Orientador: Prof. Dr. Écio de Farias Costa

RECIFE

2013

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

- C837i Costa Júnior, Gilberto José Alves
Investimento estrangeiro direto em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo do ambiente regulatório e de investimento entre países do BRICS e EUA / Gilberto José Alves Costa Júnior. - Recife : O Autor, 2013.
163 folhas : il. 30 cm.
- Orientador: Prof. Dr. Écio de Farias Costa.
Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2013.
Inclui referências e anexos.
1. Investimento estrangeiro em hospitais privados. 2. Investimento estrangeiro direto na saúde privada. 3. Restrição de investimento estrangeiro direto em hospitais. I. Costa Júnior, Gilberto José Alves (Orientador). II. Título.
- 330 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2014– 053)

GILBERTO JOSÉ ALVES COSTA JÚNIOR

INVESTIMENTO ESTRANGEIRO DIRETO EM HOSPITAIS PRIVADOS NO
BRASIL: ESTUDO COMPARATIVO DO AMBIENTE REGULATÓRIO E DE
INVESTIMENTO ENTRE PAÍSES DO BRICS E EUA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Mestre em Economia.

Área de concentração: Comércio Exterior e Relações Internacionais

Data da aprovação: 13/09/2013

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Écio de Farias Costa (orientador)
UFPE

Prof. Dr. Emanuel de Souza Barros
UFPE

Prof. Dr. Tiago Farias Sobel
UFPB

Aos meus pais, Gilberto e Socorro, com todo meu amor e gratidão, de um filho que jamais conheceu a solidão, mesmo na distância física.

Aos meus queridos e amados filhos, Gilberto Neto, Lucas e Manuella, sem os quais não poderia perpetuar meus sonhos e com os quais divido cada uma das minhas conquistas.

As minhas irmãs, Gabriela e Daniela, e minha amada Rejane todo meu carinho e agradecimento pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Écio de Farias Costa, pelo incentivo e compartilhamento ao longo do curso.

Aos meus colegas de turma, em especial ao amigo Aníbal Sérgio, pelos momentos de participação e convívio, durante o curso.

Ao Prof. Dr. Álvaro Fidalgo pela coordenação do curso e condução da turma do mestrado.

À Secretaria do PIMES, na pessoa de Patrícia Alves, pela organização, receptividade e apoio nas minhas formalizações junto ao mestrado.

Aos amigos Daniel Uchoa e Clésio Vanderlei pela colaboração logística e apoio nos momentos fora do Recife.

Aos professores da Banca Examinadora, Prof. Dr. Emanuel Barros e Prof. Dr. Tiago Sobel, pela disponibilidade, comentários e sugestões apresentadas com o objetivo de valorizar o trabalho.

RESUMO

Os investimentos estrangeiros diretos (IED) são propulsores do desenvolvimento de vários segmentos da indústria nacional e têm seu marco regulatório a partir da Constituição Federal. A Carta Magna, entretanto, restringe a aplicação, direta ou indireta, de IED em operações hospitalares privadas. Partindo dessa restrição legal e objetivando avaliar impactos no desenvolvimento do mercado interno de serviços hospitalares, empreendeu-se uma análise comparativa do marco regulatório entre os países que compõem o grupo BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul e os Estados Unidos da América (EUA). Destaque-se que os membros do BRICS, além das diferenças econômicas, sociais e de modelo governamental, possuem regulamentações distintas com relação à entrada de capital estrangeiro para investimento direto em operações hospitalares privadas. Nesse sentido, observa-se que os demais países do BRICS fomentam operações de investimento, de fusões e aquisições de operadores hospitalares locais, além de parcerias estruturadas, com o objetivo de financiar seus sistemas, público e privado, e principalmente integrarem e qualificarem os serviços de saúde. Verifica-se, assim, que a regulação e o controle impostos pelos organismos públicos têm permitido o desenvolvimento de grandes operações hospitalares em todos os países do BRICS, excluído o Brasil, e nos EUA. Consta-se que, de modo geral, o modelo de provimento amplo e direto dos serviços de saúde pelo Estado mostra-se deficiente e limitado no atendimento à população, além de exigir recursos permanentes em immobilizações, manutenção de instalações e investimentos em equipamentos. No âmbito internacional, percebe-se que, cada vez mais, os países buscam recursos privados, internos ou externos, para desenvolver atividades reguladas pelo poder público e consideradas de interesse coletivo. Evidencia-se, por outro lado, que o IED em hospitais não deve ser considerado fator que possa prejudicar o acesso amplo da população brasileira aos serviços de saúde e que a proteção contínua ao investidor local proporcionada pelas restrições constitucionais tem, na verdade, reduzido o acesso da população a serviços de referência e, além disso, de certo modo, impedido que o poder público direcione recursos que são escassos para aplicação de forma objetiva e direta na saúde básica da população. Nesse contexto, avaliadas as normas, os regulamentos, as leis e o desempenho dos serviços de saúde de cada um dos países objeto dessa comparação, ratifica-se o entendimento de que a entrada de capital externo tem desenvolvido o setor de saúde e contribuído para a evolução qualitativa dos serviços prestados pelas entidades hospitalares. Diante dessas evidências e das situações descritas ao longo desse trabalho, faz-se necessário que as organizações públicas brasileiras acelerem as mudanças legais no arcabouço constitucional de modo que sejam eliminadas ou reduzidas as restrições ao IED em hospitais privados, proporcionando assim condições para o desenvolvimento de um ambiente dinâmico e de provimento privado, como requer a urgência na prestação dos serviços de saúde.

Palavras-chave: investimento estrangeiro em hospitais privados. IED na saúde privada. Restrição de IED em hospitais.

ABSTRACT

Foreign Direct Investments (FDI) are drivers of development of several segments of the domestic industry and its regulatory framework is based on the Federal Constitution. The Constitution, however, restricts the application, either direct or indirect, of foreign investments in private healthcare operations. Based on this legal restriction and to evaluate impacts on the development of the internal market for hospital services, a comparative analysis of the regulatory framework among the countries that make up the BRICS group - Brazil, Russia, India, China and South Africa and the United States of America (USA). It should be emphasized that each member from BRICS has its own economic, social and governmental model. They have different rules regarding the entry of foreign capital for direct investment in private healthcare operations. In this sense, it is observed that the other BRICS countries promote investment, mergers and acquisitions of local hospital operators, and structured partnerships with the aim to finance their systems, either public or private, and mainly integrate and qualify the health services. It appears, therefore, that the regulation and control imposed by public bodies have allowed the development of large hospital operations in all BRICS countries, excluding Brazil, and the USA. It appears that, in general, the model of extensive and direct provision of health services by the State proves inadequate and limited in serving the population, and requires permanent resources assets, maintenance of plant and equipment investment. All over the world as time goes by more and more countries seek private, either internal or external, resources to develop activities which are regulated by the government and considered of collective interest. It is evident, moreover, that FDI in hospitals should not be considered a factor that could hinder the wider Brazilian population's access to health services and that continuous local investor protection afforded by constitutional restrictions has actually reduced population's access to referral services and, moreover, in a way, prevented the government to target scarce resources for application of objective and straightforward way the basic health of the population. In this context, assessed the rules, regulations, laws and performance of health services in each of the subject countries in this comparison, it confirms the view that the entry of foreign capital has developed the healthcare industry and contributed to the evolution of qualitative services provided by the hospital authorities. Given the evidences and circumstances described throughout this work, Brazilian public organizations must accelerate the legal changes in the Federal Constitution so the FDI restrictions are either reduced or eliminated considering private hospitals. The legal changes will provide conditions for the development of a dynamic environment and private provision as required by the urgency in the provision of health services.

Keywords: foreign investment in private hospitals. FDI in private health. Restricting FDI in hospitals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmide de regulação e mecanismos de controle e qualidade na saúde	46
Figura 2 – Rede de atendimento do <i>Life Healthcare</i> na África do Sul.....	93
Figura 3 – Portfólio de operações hospitalares do <i>HCA</i> nos EUA.....	99
Figura 4 – Rede de atendimento do <i>Tenet Healthcare</i> nos EUA.....	103
Figura 5 – Comparativo do modelo assistencial e fontes de financiamento dos BRICS.....	104
Gráfico 1 – Investimento Estrangeiro Direto no BRICS.....	21
Gráfico 2 – Evolução da renda <i>per capita</i> no BRICS - 2003 e 2012.....	23
Gráfico 3 – Gastos <i>per capita</i> com saúde no BRICS.....	48
Gráfico 4 – Número de leitos por mil habitantes no Brasil.....	61
Gráfico 5 – Distribuição percentual de estabelecimentos de saúde públicos e privados no Brasil.....	62
Gráfico 6 – Operações de fusões e aquisições com hospitais nos EUA.....	98
Gráfico 7 – Gastos totais com saúde em percentual do PIB.....	105
Gráfico 8 – Percentual dos gastos públicos, sobre os gastos totais com saúde.....	106
Gráfico 9 - Número de leitos por mil habitantes no BRICS.....	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados gerais do BRICS e EUA.....	27
Tabela 2 – Lista de empresas ligadas à saúde com IPO na BM&FBOVESPA.....	64
Tabela 3 – Investimento estrangeiro em hospitais na Índia.....	80
Tabela 4 – Alguns investimentos em hospitais na China em 2011.....	89
Tabela 5 – Hospitais mais rentáveis dos EUA em 2010.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCB – Banco Central do Brasil
BM&FBOVESPA - Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros
BRIC – Brasil, Rússia, Índia e China
BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
(Brazil, Russia, India, China e South Africa)
CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EUA – Estados Unidos da América
FDI – Foreign Direct Investment
FI – Foreign Investment
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IED – Investimento Estrangeiro Direto
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPO – Initial Public Offering
M&A – Merge and Acquisition
MS – Ministério da Saúde
OMC – Organização Mundial do Comércio
OMS – Organização Mundial da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PLS – Projeto de Lei do Senado
PPP – Parceria Público-Privado
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	PROBLEMA DE PESQUISA	18
2.1	Objetivos	18
2.1.1	Objetivos gerais.....	18
2.1.2	Objetivos específicos.....	18
2.2	Justificativa da pesquisa	18
3	METODOLOGIA DA PESQUISA	30
4	REFERENCIAL TEÓRICO	33
4.1	As instituições e suas influências na regulação, na proteção ao investidor interno e no aumento do serviço público direto	33
4.2	O mercado de saúde e as limitações do consumidor	42
4.3	O marco regulatório restritivo à entrada de IED em hospitais brasileiros	48
5	REGULAÇÃO E INVESTIMENTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRICS E EUA	54
5.1	Brasil	56
5.2	Rússia	66
5.3	Índia	74
5.4	China	80
5.5	África do Sul	89
5.6	EUA	94
5.7	Comparativo entre os países	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	117
	ANEXOS	122

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa analisa e descreve o impacto da regulação e legislação de cada um dos países do BRICS e dos EUA à entrada de capitais estrangeiros para investimento direto em operações hospitalares privadas. O estudo avalia, em especial, a restrição constitucional brasileira à entrada de IED para a prestação de serviços hospitalares. Destarte, compara-se a situação atual da legislação brasileira com as normas reguladoras para investimentos estrangeiros na Rússia, na Índia, na China e na África do Sul, que, além do Brasil, compõem o grupo denominado BRICS. Nesta análise comparativa, os EUA foram incluídos como referencial de mercado aberto ao investimento estrangeiro, com um pujante mercado de capitais e livre acesso de fundos de investimento constituídos com recursos internacionais, chamados de fundos de *private equity*¹. Por fim, avaliar o impacto da falta de capitais estrangeiros em operações hospitalares privadas brasileiras e a consequente limitação de criação de redes hospitalares qualificadas e de atendimento em diversas regiões do país, como forma de suprir as necessidades das políticas de saúde pública no Brasil.

O acrônimo BRICS teve sua origem no trabalho do O'Neill (2001), economista do *Goldman Sachs*², que abordou o crescimento de um grupo de países em desenvolvimento e suas perspectivas econômicas ao longo de cinquenta anos, projetando, assim, um cenário futuro de grande expansão e incremento dos indicadores econômicos e sociais para o grupo.

De acordo com o referencial de indicadores da pesquisa, os integrantes do BRICS vêm apresentando, em contraste com outras regiões mais desenvolvidas, altas taxas anuais de crescimento econômico. Esses países vêm atraído montantes significativos de capital estrangeiro para o desenvolvimento de indústrias locais e devolvendo um resultado que remunera adequadamente os capitais investidos.

¹ *Privaty Equity*: capital privado; investimento no capital de empresas não listadas em bolsas de valores.

² Goldman Sachs é um banco de investimentos e gestão de ativos, com sede global em Nova York, EUA. <<http://www.goldmansachs.com/what-we-do/research/index.html>> Acesso: 22. Jun 2013

O BRICS têm se tornado importante receptor para o IED, sobretudo na década de 2000, período que o grupo apresentou elevado crescimento econômico, como referencia Thortensen et al.(2012).

Os fluxos de IED cresceram em todos os países do BRICS, com exceção da África do Sul, cujo volume de investimentos apenas se manteve estável nos últimos dez anos e atingiu US\$4,6 bilhões em 2012. No caso da China, o crescimento entre 2003 e 2012 foi de cerca de 400%, encerrando 2012 com US\$ 253,4 bilhões. Este volume de investimento ficou bem acima dos investimentos direcionados aos EUA que ficaram em US\$ 206 bilhões no ano de 2012. O Brasil fechou 2012 com US\$ 76 bilhões em IED, com um crescimento de quase 660% entre 2003 e 2012. A Índia e a Rússia conseguiram aumentos expressivos nos últimos dez anos fechando 2012 com US\$ 26 bilhões e com US\$ 51 bilhões, respectivamente. Percebe-se que, segundo os dados do Banco Mundial (2013)³, a estratificação dos investimentos não permite avaliar os valores exatos direcionados às operações hospitalares privadas. Sabe-se dos volumes investidos a partir da divulgação de pesquisas da área de saúde, através das instituições de controle e pesquisa ou pelos órgãos governamentais ligados à saúde e ao IED.

O IED pode ser atraído por vários fatores, dentre eles: o desejo de explorar recursos naturais, a possibilidade de funcionar como plataforma de exportações e/ou a pretensão de produzir produtos ou serviços localmente como forma mais lucrativa de suprir e criar novas ofertas para o mercado doméstico. Os investidores valorizam a estabilidade de regras e procedimentos, em longo prazo; apreciam mercados abertos e oportunidades iguais de competição com os investidores domésticos; reconhecem as garantias de proteção de expropriações arbitrárias a que os investimentos estarão submetidos e, valorizam um mecanismo internacional para resolver disputas com os governos receptores do IED.

Nesse contexto, Thortensen et al.(2012), ao referir-se à dinâmica das economias dos países integrantes do BRICS, evidencia alguns pontos de aproximação, mas reconhece que o fato de possuírem características bastante diversas dificulta a análise conjunta e uniforme das políticas e sistemas

³ <<http://data.worldbank.org/indicator/BX.KLT.DINV.CD.WD/countries>> Acesso: 10 jun. 2013.

econômicos destes países como um bloco homogêneo. Por esta razão, a pesquisa não avalia qual a melhor forma de governo ou situação econômica de cada um dos países, mas compara a base legal e institucional de atração de IED e seus direcionamentos para serviços de saúde e em especial aos serviços hospitalares.

Nas últimas décadas, a influência do BRICS no ambiente internacional e de participação mais efetiva deles nos organismos internacionais, ganha destaque e constrói uma agenda relevante de debates e reconhecimento pelas demais nações do mundo. Como descreve Zurn et al. (2013), esses países representam mais de 40% da população mundial, cerca de 30% da área terrestre do globo e mais ou menos 25% do rendimento bruto mundial. O autor reforça que embora muita atenção tenha sido destinada ao desempenho econômico do BRICS, estes países ocupam uma posição única para exercer uma influência decisiva nas políticas de saúde pública em nível global.

Apesar de seus muitos recursos naturais e de suas diferenças estruturais, os países do BRICS enfrentam problemas de saúde importantes, iniciando com a falta de distribuição massiva de água potável; a precária captação de esgotos; e culminando com falhas na estruturação de uma política pública de atenção à saúde da população, dentre outros. Além disso, o forte crescimento econômico dos países do BRICS criou um novo conjunto de problemas que precisam ser resolvidos, dentre eles: a distribuição de renda e a redefinição do papel do Estado na economia.

Reconhecendo as variações de ordem econômica e social, de porte populacional e de dimensão territorial entre os países do BRICS, identificam-se objetivos comuns destas nações em alavancar a produção interna, desenvolver seus recursos, ampliar atuações no mercado global e principalmente estabelecer novos cenários para o desenvolvimento dos seus cidadãos. Assim, percebe-se que, as ações e investimentos em saúde pública e no bem-estar das populações de cada um dos países do BRICS, dão suporte ao crescimento econômico observado.

A análise comparativa deve balizar a necessidade de investimentos estrangeiros em operações hospitalares privadas brasileiras como forma de desenvolver o mercado de saúde, fortalecer as operações existentes, ampliar a competição interna e criar redes assistenciais que atendam às necessidades

da população. Necessidades estas que crescem, dia após dia, e que devem ser somadas ao incremento na longevidade da população, que, segundo a OMS, passou a ter uma expectativa de vida de 73,5 anos. Este aumento na expectativa de vida pressiona os serviços de saúde e assistência social, acarretando um aumento do seu uso, na rede pública e privada, com crescente gasto em tratamentos preventivos e curativos para uma população com 198,4 milhões de habitantes, segundo o IBGE. Além do que, há de se registrar, existe uma real necessidade na qualificação constante dos serviços de saúde públicos e privados, em especial os serviços hospitalares.

A Constituição Federal do Brasil (1988) estabelece acesso universal, irrestrito e amplo ao sistema de saúde público para todos os brasileiros, em todos os níveis de atenção à saúde. O texto constitucional e as regulamentações posteriores indicam, num primeiro momento, a garantia de provimento à atenção primária, com atendimento direto aos sujeitos, famílias e comunidades; e prevê, se necessário, atendimento em níveis secundário e terciário, de média e alta complexidade, altamente qualificado e especializado, na rede de serviços públicos, a saber: centros de atendimento, unidades ambulatoriais e hospitais públicos gerais. Tais diretrizes ampliam ainda mais a necessidade de se estabelecer um novo modelo de compartilhamento entre a saúde pública e a saúde privada, conhecida como suplementar, dentro de um grande modelo de política assistencial e de saúde para o país.

Percebida a importância de investimentos e criação de serviços de saúde que atendam às novas demandas e necessidades da população, faz-se necessário criar e redesenhar o arcabouço legal de acesso ao capital estrangeiro e ampliar a participação de investimento externo em todo sistema de saúde privada do Brasil. Esse cenário de mudanças passa pela estabilidade macroeconômica do país, nas suas políticas fiscal e monetária, e pelo estabelecimento de políticas de atração de capitais externos para acesso irrestrito ao IED. Além disso, caberá reforçar sua base de controle através de boas práticas regulatórias e ampla oferta de serviços de saúde privada, sem intervenção ou provimento direto do poder público, que possui mecanismos e modelos incompatíveis com a dinâmica da assistência e prestação de serviços de saúde hospitalares.

Ao longo do trabalho serão apresentadas e exemplificadas operações hospitalares privadas que obtiveram IED, inclusive através de fundos de investimentos privados (*private equity*) nos países do BRICS e EUA, excluído o Brasil. Foram também avaliados os impactos dos investimentos estrangeiros no crescimento das operações hospitalares de cada um dos países e a criação de grandes grupos hospitalares como forma de ganhar escala, aumentar a produtividade e melhorar os processos e a qualificação dos serviços.

A pesquisa visa contribuir para o avanço de uma proposta de mudança imediata na legislação brasileira e, de forma célere, fomentar a reflexão sobre a importância do acesso de investidores e capitais internacionais em operações hospitalares brasileiras, com vistas ao crescimento e incremento necessários à ampliação deste setor produtivo. Propõe-se repensar o modelo atual de provimento direto pelo poder público dos serviços de saúde, em todos os níveis, para um modelo de compartilhamento e uso dos serviços privados de saúde e em especial o uso de redes hospitalares privadas como provedoras assistenciais do poder público. O princípio constitucional de universalidade e gratuidade dos serviços de saúde não necessariamente passa por políticas públicas de provimento direto de todos os serviços de saúde para a população. Este modelo cobra um alto preço para gestão das finanças públicas com um investimento expressivo em ativos fixos – construções, instalações, equipamentos e manutenção; contratação de funcionários públicos; gestão e eficiência nos processos e, principalmente, dificuldades na necessária redução dos custos com aquisição de materiais e insumos médico-hospitalares.

Os novos investimentos e a mudança do modelo público de provedor direto para comprador de serviços privados gera um novo cenário para as nossas estruturas hospitalares privadas, que, em sua grande maioria, são ineficientes, diminutas para ganhos de escala e, principalmente, geridas por profissionais não habilitados ou, muitas vezes, por pessoas da área da medicina, algumas delas sem vivência administrativa que lhes respalde as ações e decisões.

Finalmente, a pesquisa não significará a panacéia para os problemas do sistema de saúde brasileiro, mas uma contribuição para rever o histórico da saúde privada e buscar o seu realinhamento com o novo momento de abertura econômica e nova demanda social, vivenciada com êxito, em diversas áreas da

economia e nos diversos países. O Estado deve ter como foco uma estrutura de provimento que não necessariamente deva ser ofertada por estruturas públicas, mas, sim, tendo a contribuição dos investimentos privados, com recursos internos ou externos; na criação de redes privadas de serviços de saúde que suportem as estratégias de políticas públicas de saúde. Cabe ressaltar que as estratégias devem seguir na direção da maximização do uso dos recursos públicos e na regulação do mercado, visando o bem-estar e melhoria assistencial e, principalmente, obtenção de ganhos na prestação dos serviços hospitalares ofertados à população.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivos gerais

O objetivo do trabalho é realizar análise comparativa entre os países do BRICS com relação ao investimento estrangeiro direto em operações hospitalares privadas, tendo os EUA como referencial, buscando, desse modo, avaliar as restrições legais existentes no Brasil e seus impactos no desenvolvimento dos serviços de saúde em hospitais brasileiros.

2.1.2 Objetivos específicos

- ❖ Examinar o mercado de saúde, o seu desenvolvimento e regulamentação nos países do grupo BRICS e EUA;
- ❖ Comparar o crescimento de investimentos estrangeiros em hospitais privados nos países do BRICS e EUA, na última década;
- ❖ Avaliar o impacto da falta de investimentos estrangeiros em hospitais privados no sistema de saúde brasileiro, cujo foco é a provisão pública direta.

2.2 Justificativa da pesquisa

De acordo com Chudnovsky (1999), o investimento estrangeiro tem um papel modernizador das estruturas industriais na medida em que:

- a) Introduz requisitos mais estritos de qualidade;
- b) Torna mais rápida a atualização do ciclo de vida dos produtos;
- c) Induz à qualificação e à capacitação técnica dos fornecedores;
- d) Impõe padrões profissionalizados de gestão empresarial e
- e) realiza reestruturações operacionais e de organização dos processos produtivos com substanciais ganhos de produtividade.

Percebe-se, assim, que o IED contribui com o processo evolutivo de qualquer país e de suas indústrias, incluindo os serviços de saúde. Através dos investimentos são produzidos saltos qualitativos na prestação dos serviços hospitalares, elevando o nível dos padrões mínimos de capacitação dos técnicos e criando um ambiente de competição saudável para ampliação dos provedores privados de serviços ligados à saúde.

Apesar dos cinco países do BRICS, reunidos, somarem uma população de cerca de três bilhões de pessoas, representando quase metade da população mundial, a poupança interna em alguns deles é insuficiente para prover todas as necessidades de investimentos que a indústria hospitalar necessita. Reforça-se, assim, a tese de que redefinir a regulamentação para entrada de capital estrangeiro e o conseqüente ganho quantitativo e qualitativo para os prestadores de serviços hospitalares, trará benefícios para as políticas de saúde pública e principalmente para a sociedade.

Para O'Neill (2012), as nações mais populosas do mundo provavelmente deveriam ser as maiores economias. De acordo com o autor, elas teriam que ser economias grandes e bem-sucedidas para que o seu povo pudesse também desfrutar a riqueza que muitos ao redor do mundo já desfrutam.

Em 2001, o economista O'Neill (2001), publica o *paper* No. 66, do *Goldman Sachs Economic Research Group*, projetando um cenário para o ano de 2050 para o Brasil, Rússia, Índia e China, dando origem assim ao acrônimo BRIC. O *paper* criou um modelo dinâmico que reflete projeções crescentes do PIB no longo prazo, baseado nos dados da Organização das Nações Unidas para estimativa da idade e tamanho da população produtiva. Isso possibilitou a O'Neill prever o número de pessoas cuja renda lhes permitiria pagar por bens e serviços, comprar moradia própria e sustentar os menos afortunados, os menos capazes e os mais jovens ou muito velhos para trabalhar. O modelo sugere que cada um dos países do BRIC seguirá um padrão diferente. Em 2011, durante reunião dos BRIC, houve a inclusão da África do Sul, passando o acrônimo a ser BRICS – *Brazil, Russia, India, China e South Africa*.

O'Neill (2012) estabeleceu alguns ingredientes chaves para o caminho do crescimento, entre eles: um cenário macroeconômico estável, apoiado por políticas macroeconômicas sólidas feitas para manter a inflação baixa e as

contas públicas em ordem; instituições políticas fortes e estáveis; abertura ao comércio e aos investimentos estrangeiros diretos; adaptação às tecnologias modernas e, finalmente, altos níveis educacionais.

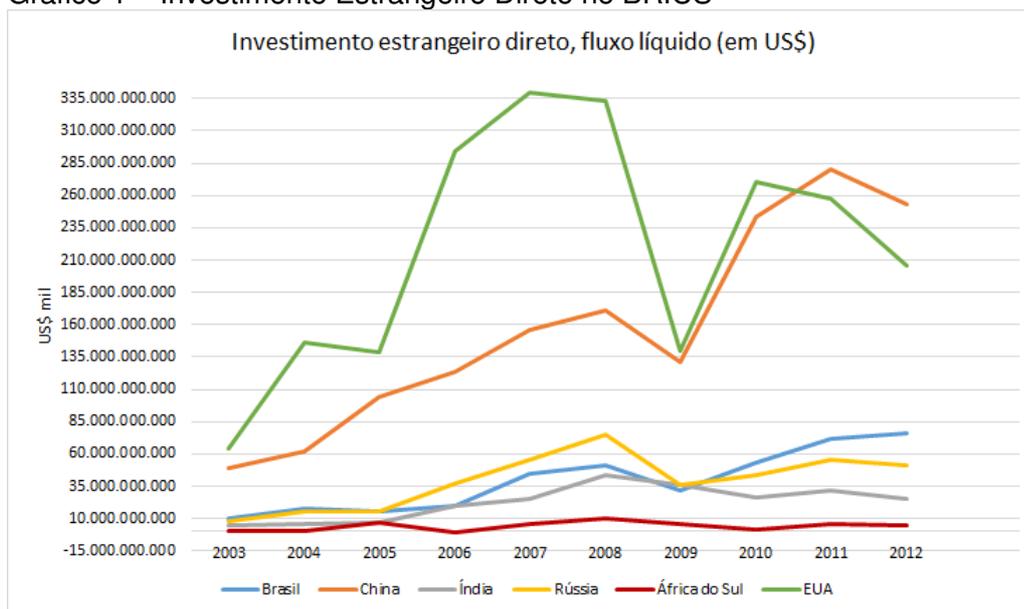
Muito tem se falado sobre a importância crescente de Brasil, Rússia, China, Índia e África do Sul para a economia mundial e diversas projeções indicam que será cada vez mais significativo o desempenho econômico-comercial destes países nos próximos anos. De fato, o agrupamento desses cinco grandes países emergentes, demonstra a sua força: PIB combinado de US\$ 18,5 trilhões e cerca de 20% de participação nas exportações mundiais totais, segundo o Banco Mundial (2013). Além de grandes receptores de investimentos, estes países passaram, mais recentemente, a intensificar o processo de internacionalização de suas empresas por todo o mundo.

A teoria clássica do desenvolvimento internacional sugere que, conforme os países se desenvolvem, eles aumentam seu desempenho em produtividade, aproximando-se cada vez mais dos países desenvolvidos. Ajudados por fluxos de capitais internacionais, especialmente o investimento estrangeiro direto, os países ficam mais abertos às mudanças e a adotar ou copiar as melhores práticas, e introduzir os padrões mais elevados das nações desenvolvidas, lembra O'NEILL.

Os BRICS, principalmente a China e o Brasil, estão atraindo grandes volumes de IED. Avaliando os números do gráfico 1, publicados pelo Banco Mundial (2013), verifica-se que a China continua sendo, até fora de uma curva comparativa com os outros países, o país do grupo com maior volume de IED, fechando 2012 com US\$ 253,4 bilhões. Em 2012, comparativamente, os EUA apresentaram um IED de quase R\$ 206 bilhões, cerca de US\$ 50 bilhões de investimentos abaixo da China. O Brasil teve seu ápice no ano de 2012 com cerca de US\$ 76 bilhões, acima da Rússia com cerca de US\$ 51 bilhões, da Índia com cerca de US\$ 26 bilhões e da África do Sul com cerca de R\$ 4,6 bilhões. No ano de 2010, o Brasil apresentou um crescimento de 69,5% comparado com 2009; entre 2010 e 2011 o crescimento foi de 34,1%; e entre 2011 e 2012 um crescimento de apenas 6,4%. O baixo crescimento do IED é ratificado pelo baixo crescimento do PIB brasileiro, que fechou 2012 com uma taxa de crescimento de apenas 0,9%.

Descartando o ano de 2009 na análise dos últimos dez anos, que foram de turbulência para todo o mundo, as curvas dos países BRICS têm apresentado crescimento e/ou, no mínimo, estabilidade, ao longo do período referido. No caso da África do Sul, a estabilidade permaneceu ao longo dos últimos dez anos, graças à estrutura macroeconômica, tamanho do mercado consumidor e produção industrial focada no estrativismo mineral.

Gráfico 1 – Investimento Estrangeiro Direto no BRICS



Fonte: Banco Mundial (2013)⁴

Dos países integrantes do grupo definido por O'Neill (2012), a Rússia é o país que mais desperta preocupação, principalmente com relação à demografia do país. A população tem diminuído pela alta taxa de mortalidade e pela baixa taxa de natalidade. Afora a questão da demografia, o país apresenta algumas outras fraquezas, tais como: a instabilidade política, a corrupção e a dependência das fontes de energia natural, uma vez que é o segundo maior produtor de petróleo do mundo, ficando atrás apenas da Arábia Saudita.

A Índia é o maior mistério entre os BRICS, segundo O'Neill (2012). Diferentemente da Rússia, sua demografia é uma variável de crescimento já que possui pelo menos cinquenta cidades com uma população acima dos cinco milhões de habitantes. Destaque-se que o país criou um sistema jurídico confiável e ampliou a internacionalização de empresas nacionais de tecnologia,

⁴ <<http://data.worldbank.org/indicador/BX.KLT.DINV.CD.WD/countries>> Acesso: 10 jun. 2013

além de haver incrementado a formação de mão de obra técnica. Dos BRICS, é o que menos atrai o investimento estrangeiro, primeiro, pelo protecionismo de algumas indústrias, em seguida, pela burocracia dos serviços públicos, depois, pela falta de credibilidade dos seus indicadores e estatísticas e, por fim, pela necessidade de também combater a corrupção. Apesar de problemas básicos que precisam ser sanados pelo governo, a Índia atraiu cerca de US\$ 26 bilhões de investimento estrangeiro em 2012, um pouco abaixo das entradas em 2011, que fechou em US\$ 32 bilhões.

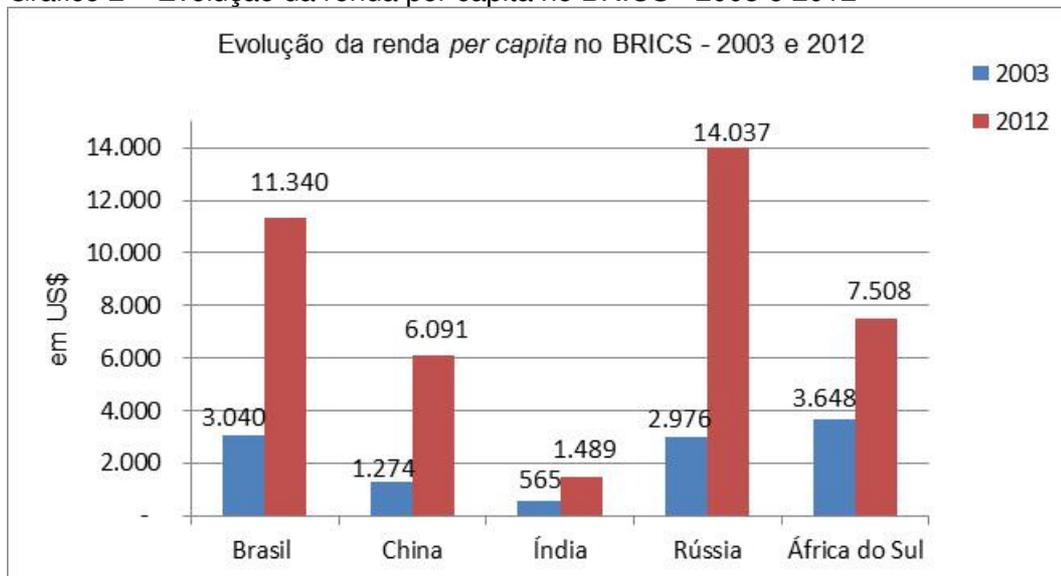
No seu trabalho, O'Neill (2012) destaca que a chave para o crescimento extraordinário da China tem sido a sua população, com quase 1,35 bilhões de pessoas. Milhares de pessoas se mudaram para as cidades, representando um êxodo rural nunca visto na história da humanidade. Apesar das desconfianças sobre os indicadores e estatísticas chinesas, algumas variáveis macroeconômicas apresentam vantagens com relação aos demais países do BRICS, tais como: taxa de inflação estável, dívida externa controlada, níveis de investimentos e de abertura ao comércio exterior. O aumento nas exportações chinesas e o investimento forte em infraestrutura têm sido a chave para o impressionante crescimento da China nas duas últimas décadas. Em 2010, a China importou quase US\$ 1,4 trilhão em bens e serviços, um aumento de US\$ 400 bilhões em relação a 2009. Comparativamente, os Estados Unidos importaram US\$ 2,3 trilhões em bens e serviços em 2010.

Ao sugerir a inclusão da África do Sul no grupo político do BRICS, O'Neill (2012) estabeleceu um representante do continente africano na análise de crescimento para o ano de 2050. Apesar de ser a maior economia africana, o PIB da África do Sul é apenas 0,5% do PIB mundial, ou seja, cerca de US\$ 400 bilhões, situando-se bem abaixo de todos os outros países do BRICS.

Duas variáveis são acompanhadas pelo idealizador do BRICS que são; o consumo e o investimento estrangeiro direto no desenvolvimento do mercado interno. Para O'Neill (2012), estas variáveis dizem como um país está amadurecendo, como seus habitantes estão se tornando mais ricos, o que preferem comprar e quanto suas economias estão se abrindo para o mundo. O aumento rápido do consumo doméstico numa economia em desenvolvimento é um bom prognóstico de estabilidade e crescimento de longo prazo. Avaliando o crescimento da renda *per capita* em dólares americanos, entre os anos de 2003

e 2012, constata-se que no BRICS o crescimento médio foi de 258%, com o Brasil crescendo 273%, a China com o maior crescimento batendo os 378% e com menor crescimento a África do Sul atingindo o percentual de 106%, segundo dados do Banco Mundial⁵ (gráfico 2).

Gráfico 2 – Evolução da renda per capita no BRICS - 2003 e 2012



Fonte: Banco Mundial (2013)

O aumento da renda *per capita* dos países do BRICS induz ao desenvolvimento e provimento dos produtos e serviços existentes e ao crescimento da oferta de novos produtos e serviços, dentre eles, o acesso aos serviços de saúde. Com uma renda *per capita* de US\$ 11.340, a população brasileira aos poucos busca acesso a serviços de saúde que não tinha ou que não são providos de forma eficiente pelo poder público. Esta mesma necessidade de acesso a serviços de saúde é constatada nos demais países do BRICS, que estão investindo e dando acesso ao capital externo no desenvolvimento dos serviços hospitalares, estando essa tendência mais a frente detalhada por país.

O crescente volume e o acesso ao IED indica quanto o resto do mundo acha que esse ou aquele país merece de crédito. Investir nos países do BRICS não é diferente de investir em qualquer outro lugar. É preciso levar em consideração: a liquidez, a clareza do investimento quanto a sua meta e missão,

⁵ Banco Mundial (2013) <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD/countries>. Acesso: 15 jun. 2013.

a probabilidade de receber o valor investido e, é claro, o potencial de valorização, segundo O'Neill (2012). O economista reforça que conforme os BRICS forem aumentando sua participação no PIB mundial, seu mercado de capitais se desenvolverá, multiplicando as oportunidades para investidores domésticos e estrangeiros participarem de seu crescimento. Cada um dos membros do BRICS está em um estágio evolutivo distinto com relação ao mercado de ações, ao acesso aos fundos de *private equity*, aos investimentos em renda fixa (papéis com renda indexada), à emissão de dívidas privadas, *commodities* e câmbio. O acesso amplo aos capitais internacionais e a atração de investidores externos potencializam a indústria nacional, criam liquidez para o mercado e desenvolvem ambiente com maior qualidade e competitividade.

Segundo O'Neill (2012), diversas empresas estrangeiras reconhecem maiores dificuldades para investir na Índia do que na China. Para o autor, os formuladores das políticas públicas indianas acreditam que favorecer a possibilidade de investimento de multinacional estrangeira pode ser um golpe político. No caso da Rússia, a grande preocupação é com a interferência do governo nas regras e regulação dos investimentos. Já em relação ao Brasil, admitem a provável facilidade, entre os que compõem o grupo BRICS, no que tange às possibilidades de inverter capitais externos com finalidade lucrativa, tanto para empresas locais quanto para as estrangeiras, através de fundos de *private equity*.

Hoje, muitas empresas de *private equity* buscam, como recomenda o mercado, oportunidades na China, em especial aquelas que prestam serviços relacionados ao alto potencial de consumo. Para O'Neill (2012), conforme os países se tornam mais maduros economicamente, sua população envelhece, os mercados previdenciários e os seguros de vida e saúde se desenvolvem, aumentando a demanda por títulos; e os empréstimos para o governo crescem devido à diminuição das receitas tributárias e às maiores provisões para assistência médica e seguridade social. O desenvolvimento econômico, nas economias abertas, conduz de forma consistente à redução da participação estatal nas empresas e na livre concorrência, o que por sua vez leva a uma evolução do mercado de capitais e cria novas fontes de financiamento para toda economia interna.

O'Neill (2012) avalia com maior profundidade os mercados de capitais dos dois maiores BRICS, China e Índia. Segundo o autor, na China, existe uma enorme lacuna entre o crescimento econômico e a evolução de seu mercado de capitais. O mercado de capitais vem sendo desenvolvido pela emissão de títulos locais de dívidas privadas e com a evolução da poupança para fundos de pensão e seguros. O desenvolvimento da Índia fez reduzir a inflação, melhorar o controle das contas públicas, compartilhar os recursos público-privado e aumentar o IED. A Índia precisa criar um novo marco regulatório para emissão de títulos e abertura de capital, inclusive reduzindo exigências das informações para tal emissão; como também, diminuir a alta tributação sobre os títulos corporativos e melhorar a estrutura jurídica para a execução dos contratos.

No que se refere ao grau de abertura dos países, o Brasil apresenta os resultados menos expressivos entre os países do BRICS quanto à participação do comércio exterior no PIB. No período de 2008-2010, o comércio exterior representou apenas 24% do PIB brasileiro, valor que atingiu 52%, 48%, 55% e 61%, respectivamente, para Rússia, Índia, China e África do Sul (THORSTENSEN et al., 2012). Neste aspecto, o Brasil aproxima-se de economias desenvolvidas como Estados Unidos e se distancia de países emergentes mais dinâmicos.

Rússia e China dividem o histórico comum de terem realizado a transição de suas respectivas economias planificadas para uma abertura gradual, nas décadas de 1980 e 1990. A *Perestroika*, na antiga URSS, e as reformas de Deng Xiaoping, na China, preservam como semelhança a tentativa de modernização econômica de grandes países socialistas. Como diferenciação, a China obteve resultados expressivos de crescimento econômico, enquanto a URSS empreendeu em conjunto a abertura política e o desmembramento territorial.

No bojo do crescimento econômico, destaca-se o setor de serviços como propulsor de renda e demanda de consumo dentro dos países do BRICS. Atualmente, o setor contribui com mais da metade do produto interno bruto (PIB) do Brasil, da Índia, da África do Sul e da Rússia; enquanto, na China, a tendência é que alcance esta marca em breve (OLIVEIRA, 2012).

O crescimento mais acelerado da produção de serviços ocorreu a partir das décadas de 1980 e 1990, acompanhando uma tendência também verificada nos países industrializados (GORDON; GUPTA, 2003), com exceção da África

do Sul, onde, desde o final da década de 1950, o setor corresponde a mais da metade do PIB. No Brasil, na África do Sul e na Rússia, o aumento da produção de serviços foi acompanhado por uma queda da participação da indústria no PIB, enquanto, na Índia e na China, o crescimento tanto na indústria quanto no setor de serviços deu-se em detrimento da produção agrícola.

No Brasil, o crescimento do setor foi mais acentuado em meados dos anos 1990, quando ocorreu também a redução significativa da contribuição da indústria para o PIB.

Os integrantes do BRICS têm caminhado em direção à liberalização da indústria de serviços aos investimentos estrangeiros. Tanto na Índia quanto na China são comuns limites de participação estrangeira e obrigatoriedade de formação de *joint ventures* ou Parcerias Público-Privada (PPP), mesmo em setores em que ocorreu a atração de empresas estrangeiras. O Brasil é, entre os membros do BRICS, aquele que menos exige condições ou cria restrições ao tratamento nacional de prestadores de serviço estabelecidos no país, excluía, no cenário nacional, a participação de IED em operações hospitalares privadas, com fins lucrativos.

O ambiente macroeconômico de cada um dos membros do BRICS não será avaliado de forma exaustiva, mas, sem dúvida, ele contribui para o entendimento da necessidade de abertura ampla ao IED e principalmente o incremento da poupança interna para investimento em ativos fixos (edificações, equipamentos, máquinas etc.), cujo retorno é de médio e longo prazo.

O estudo foi delimitado para uma análise regulatória e de ambiente para o acesso e entrada de IED para área de saúde, especificamente hospitais privados com fins lucrativos; assim como a avaliação de operações hospitalares privadas no BRICS que receberam aportes de recursos externos, através de fundos de *private equity* ou participação direta, após modificações e evolução das regras e leis de cada um dos países.

Analisando os dados apresentados na Tabela 1 abaixo, é possível dimensionar o tamanho de cada um dos países do BRICS, avaliando-se o PIB, a renda per capita; os gastos públicos com o sistema de saúde, a educação; os indicadores sociais de desenvolvimento humano, a população economicamente ativa, o acesso à água potável e rede sanitária e a distribuição geográfica da população, entre regiões urbanas e rurais.

Tabela 1 – Dados gerais do BRICS e EUA

		BRICS					EUA	
		BRASIL	RUSSIA	INDIA	CHINA	AFRICA DO SUL	EUA	
Capital		Brasília	Moscou	Nova Délhi	Beijing(Pequim)	Pretória/Cape Town/Bloemfontein	Washinton (D.C.)	
Moeda		Real	Rublo	Rúpia indiana	Renminbi	Rand	Dólar americano	
Extensão		Km2	8.515.767	17.098.240	3.287.260	9.600.001	1.219.090	9.831.510
PIB (1) (2011)	(2011)	milhões US\$	2.476.651	1.857.770	1.897.608	7.203.784	408.237	14.991.300
PIB per capita (2011)	(2011)	US\$	12.594	13.006	1.528	5.439	8.090	47.882
População (2012)	(2012)	quant.	198.360.943	142.703.181	1.258.350.971	1.353.600.687	50.738.255	315.791.284
Homens (2012)	(2012)	quant.	97.555.227	65.991.652	649.474.321	702.802.340	25.154.339	156.788.408
Mulheres (2012)	(2012)	quant.	100.805.716	76.711.529	608.876.650	650.798.347	25.583.916	159.788.408
Residente área urbana (2011)	(2011)	quant.	86,91%	73,25%	30,32%	47,80%	62,19%	82,57%
Residente área rural (2011)	(2011)	quant.	13,09%	26,75%	69,68%	52,20%	37,81%	17,43%
Densidade demográfica (2010)	(2010)	hab/km2	22	8	369	141	41	32
Taxa média de crescimento (2005-2010)	(2010)	%	1,170%	-0,395%	1,431%	0,629%	0,982%	0,961%
Taxa de natalidade (2009)	(2009)	por mil hab.	16	11	22	14	22	14
Taxa de mortalidade (2009)	(2009)	por mil hab.	6	15	8	7	15	8
IDH (2011)	(2011)	índice	0,718	0,755	0,547	0,687	0,619	0,910
População economicamente ativa + 15 anos (2009)	(2009)	% popul.	70,54%	63,50%	58,45%	74,83%	53,29%	65,07%
Perspectiva de vida (2011)	(2011)	anos	73,5	68,8	65,4	73,5	52,8	78,5
Acesso a água potável (2008)	(2008)	% popul.	97%	96%	88%	89%	91%	99%
Acesso a rede sanitária (2008)	(2008)	% popul.	80%	87%	31%	55%	77%	100%
Gasto Público com saúde (2011)		% do PIB	4,11%	3,70%	1,20%	2,88%	4,06%	8,20%
Gasto Público com educação (2008)		% do PIB	5,08%	3,87%	3,08%	não disponível	5,09%	5,45%

Fonte: Nações Unidas (2013) (notas de rodapé 2 a 5)

(1) PIB-Produto Interno Bruto

(2) IDH - Índice de Desenvolvimento Humano - escala de 0 a 1 (zero ruim e 1 excelente)

Com relação ao PIB, pode-se avaliar que entre os países do BRICS há uma variação que vai de US\$ 7 trilhões da China até US\$ 408 bilhões da África do Sul. Da mesma forma, existe uma variável populacional que vai de 1,3 trilhões de habitantes na China até 50,7 milhões na África do Sul. Exatamente por reconhecer estas variações, é que não foi comparado simplesmente o tamanho do IED, mas, sim, a importância do investimento estrangeiro no desenvolvimento dos sistemas de saúde de cada país. Cada país está em diferente estágio de desenvolvimento do acesso aos serviços hospitalares, assim sendo, buscou-se avaliar o impacto dessas mudanças nas políticas e programas de saúde de cada nação.

As instituições (leis, normas, regras etc) e as organizações (Congresso Nacional, Ministérios, órgãos de controle etc), de cada um dos países, devem e precisam entender o atual cenário de desenvolvimento social e econômico interno e externo e avançar com as mudanças necessárias para atendimento às novas demandas da população, principalmente aquelas ligadas à melhoria da saúde e do bem-estar.

O grande volume de residentes nas áreas urbanas descritas na Tabela 1, menos na Índia, demonstra em números a real necessidade de investimentos em serviços de saúde, os quais antes eram esquecidos pelo poder público e, portanto, inacessíveis à grande maioria da população. Estes cidadãos ficaram reféns durante anos de modelos precários e sem os necessários investimentos do poder público nas questões de saúde, afora as carências nos demais serviços básicos de Estado.

Para o economista Edmundo Phelps⁶, não existe evidência de que países com setores públicos vultosos sejam bons para ajudar na geração de crescimento econômico. A magia do Estado grande é limitada e com poucas evidências de eficiência e eficácia.

O economista Edward C. Prescott⁷, cita também que a função do Estado em qualquer país deve ser apenas promover a segurança pública e o respeito aos contratos. É o Estado garantidor do cumprimento dos contratos que permite a criação de um ambiente propício a novos negócios que gerarão benefícios sociais.

A privatização dos cuidados e serviços de saúde é um processo de recuo do setor público na provisão direta de ditos serviços. Para Jiong (2010), a privatização pode acontecer de três formas:

- a) redução nas provisões do Estado;
- b) redução no subsídio do Estado; e,
- c) redução da regulação estatal. Assim sendo, a atribuição gratuita de recursos para a saúde advinda do mercado e a mobilização de recursos para expansão do setor por parte do Estado implicam em um aumento no serviço de saúde privado.

No caso brasileiro, a restrição constitucional imposta à entrada de IED em operações hospitalares não só protegeu o investidor interno, como também concentrou em pequenos grupos nacionais os ganhos com a prestação dos serviços hospitalares privados. A proteção passada não mais é necessária no presente, visto que as operações hospitalares privadas vêm diminuindo ano após ano, fato que será evidenciado no capítulo cinco.

⁶ Edmund Phelps, publicado na Revista Exame em 06 mar. 2013, p. 125.

⁷ Edward C. Prescott, publicado na Revista Exame em 06 mar. 2013, p.125.

Vale lembrar, ainda, que num futuro próximo as principais causas de morte serão por doenças cujo tratamento vem permitindo uma sobrevida aos pacientes como é o caso do controle dos tumores malignos, o controle das doenças coronarianas e o controle das doenças neurológicas. Estas doenças, segundo a OMS (2012), vêm sendo tratadas de forma eficiente e com ampla pesquisa nos avanços de novas drogas e procedimentos terapêuticos. Esta variável deve ser cuidadosamente usada para as definições de políticas públicas de saúde.

O volume de gasto público com saúde nos países do BRICS está aquém das necessidades de sua população, somando-se a isso uma ineficiência constatada pelos órgãos de controle no uso desses mesmos recursos. O Brasil e a África do Sul com melhores indicadores, o primeiro com gasto de 4,11% do PIB e o segundo com 4,06%, estão à frente dos demais países do BRICS, mas bem abaixo do volume de recursos dos EUA, que representa 8,2% do PIB. Isso não quer dizer que o sistema americano é melhor que os demais, mas demonstra a necessidade de investimento constante e melhoria no controle do uso dos recursos públicos direcionados para a assistência à saúde da população.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para elaboração da dissertação, foi utilizada a pesquisa documental e bibliográfica, com foco na comparação de um marco regulatório que permita investimentos estrangeiros em estruturas hospitalares no Brasil e demais países do BRICS e EUA. Os dados e informações foram coletados de fontes secundárias, disponibilizadas nos sítios dos países e suas instituições e órgãos de normatização e controle da entrada de IED, além da análise das regras sobre os investimentos nos serviços direcionados à saúde e assistência hospitalar. Foi, também, avaliada a existência de restrição constitucional ao IED em hospitais privados nos países do BRICS e EUA. Vale salientar que a nomenclatura das instituições e dos órgãos reguladores e suas atribuições, por vezes, podem divergir quando comparados entre os países.

A pesquisa documental e a bibliográfica têm o documento como objeto de investigação, avaliação e prova para elucidar os objetivos propostos pela pesquisa. Os documentos foram utilizados como fonte de informações, de indicações e de esclarecimentos do quadro atual de investimento estrangeiro em hospitais privados no Brasil. Destarte, através do seu conteúdo, servem para elucidar determinadas questões sobre os investimentos estrangeiros e sua importância para o desenvolvimento dos serviços hospitalares privados brasileiros.

Segundo Lüdke e André (1986), "a análise documental busca identificar informações nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse do pesquisador". O trabalho desenvolveu-se baseado na pesquisa primária da legislação publicada e das normas existentes sobre restrição a investimento estrangeiro em operações ou estruturas hospitalares privadas.

Portanto, como bem apontado por Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), a pesquisa documental é um procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais porque a maior parte das fontes escritas é quase sempre a base do trabalho de investigação. Por fim, complementa que dependendo do objeto de estudo e dos objetivos da pesquisa pode se caracterizar como principal caminho de concretização da investigação.

A partir dos relatórios da Organização das Nações Unidas e do Banco Mundial e de alguns indicadores econômicos, de produção e sociais de cada

um dos países dos BRICS, incluindo os EUA, deseja-se formatar marcos importantes de desenvolvimento e revelar as necessidades reais de mutações nos programas de atenção à saúde e dos serviços de saúde de cada um dos países, principalmente sustentando o não provimento absoluto do Estado no atendimento à saúde, mas sim o cumprimento de determinados deveres e funções através de redes privadas de serviços médico-hospitalares.

Toda a pesquisa se desenvolverá a partir do problema apresentado e da análise documental e bibliográfica do referencial teórico adotado ao longo dos estudos com relação aos países e suas políticas de saúde e serviços hospitalares privados e a adoção de modelos empresariais que dêem suporte aos IED em operações hospitalares com fins lucrativos.

Para o estudo do modelo russo foram analisadas as legislações e normas emanadas pelo Poder Executivo, através dos Ministérios da Saúde no sítio <www.rosminzdrav.ru> e do Desenvolvimento Econômico no sítio <www.economy.gov.ru>.

Já na Índia, como fonte básica, foram pesquisadas as regras publicadas pelo Ministério da Saúde, no sítio <<http://mohfw.nic.in/>>, e pelo Ministério da Indústria e Comércio, no sítio <<http://commerce.nic.in/>>.

O estudo da China teve como base central a Comissão Nacional de Saúde e Planejamento Familiar da China, no sítio <www.npfpc.gov.cn>, e o Ministério do Comércio chinês, no sítio <<http://english.mofcom.gov.cn>>.

A base de pesquisa na África do Sul se deu pelo Departamento Nacional de Saúde da África do Sul através do sítio <www.doh.gov.za> e o Departamento de Indústria e Negócios da África do Sul, no sítio <www.thedti.gov.za>.

Na avaliação da legislação dos EUA foram consultados o Departamento de Serviços da Saúde, no sítio www.hhs.gov, e o Departamento do Comércio americano, no sítio www.commerce.gov.

Para o Brasil, foram usados como base o Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde, no sítio <www.saude.gov.br>, a legislação disponível no sítio da Presidência da República, <www2.planalto.gov.br>, além de dados do, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, no sítio <www.orcamentofederal.gov.br>.

Também foram pesquisados estudos e indicadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no sítio <www.ipea.gov.br>, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no sítio <www.ibge.gov.br>, e no Banco Central do Brasil com a legislação e dados sobre IED no Brasil, através do sítio <www.bcb.gov.br>. Foi, consultado, ainda, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que contém dados estatísticos de hospitais, públicos e privados, e informações de especialidades atendidas, profissionais de saúde, dentre outras disponíveis no sítio <www.cnes.datasus.gov.br> e, de modo complementar, realizada também consulta aos órgãos representativos do setor hospitalar brasileiro como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), no sítio <www.fbh.com.br>, e a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), no sítio <www.anahp.com.br>.

As informações, estudos e estatísticas dos países também foram reforçados mediante pesquisas nos sítios da Organização Mundial da Saúde (WHO), através do sítio <www.who.int>, do Banco Mundial, no sítio <www.worldbank.org>, do Fundo Monetário Internacional (IMF), no sítio <www.imf.org> e na Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), através do sítio <www.unctad.org>.

Finalmente, foram usadas referências bibliográficas de estudos de O'Neill sobre o BRICS e outros estudos que avaliam suas teses, reforçadas com a análise de Douglas North no seu estudo sobre o impacto das instituições e das organizações no processo de desenvolvimento, abertura econômica e evolução social de uma nação.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 As instituições, suas influências na regulação, na proteção ao investidor interno e no aumento do serviço público direto

O crescimento econômico ou social de um país tem uma ligação direta com as instituições e organizações que compõem a base legal e de ordenamento das diversas atividades da sociedade, incluído o IED nas suas diversas indústrias e, em especial, na prestação dos serviços hospitalares.

As instituições são, de acordo com North (1990), todas as convenções, leis, regras e códigos de conduta emanados de um governo, agente ou organização com poder de coerção, não tendo como finalidade a simples restrição, mas também com o objetivo construtivo e evolutivo dos indivíduos e da sociedade, podendo ser formais e informais⁸. A partir deste arcabouço legal e de regras instituídas é criada a matriz institucional de uma sociedade.

Já as organizações, segundo North, são todos os agentes de uma sociedade, que podem ser políticas (congresso, presidência, agências reguladoras etc), econômicas (companhias, joint ventures, cooperativas etc), sociais (igrejas, clubes recreativos etc) e educacionais (escolas, universidades etc). As organizações surgem a partir da matriz institucional em um dado momento e evoluem com as diversas interações entre todos os agentes da sociedade.

Para North (2005), uma matriz institucional eficiente será capaz de estimular um agente ou uma organização a investir numa atividade econômica que traga retornos sociais superiores a seus custos sociais, inclusive substituindo serviços prestados pelo Estado que tenham custos de prestação maiores. Segundo North, se as instituições são as regras do jogo as organizações representam as diversas equipes que disputam o campeonato da sociedade.

A influência da matriz institucional no crescimento de uma nação e no desenvolvimento das suas indústrias é ratificada pelos estudos de Gala (2001), quando escreve que a grande distância observada entre as nações pobres e

⁸ As “formais” são baseadas em regras e ordenamentos legais escritos; as “informais” são baseadas nos costumes e usos de uma sociedade ou de um grupo organizado.

ricas encontra-se muito mais em diferenças entre matrizes institucionais do que em problemas de acesso à tecnologia. As sociedades em desenvolvimento necessitam de aprimoramentos na sua base institucional como força motriz de crescimento e estímulo à atividade econômica, objetivando uma melhoria na produtividade, com acúmulo de capital e conhecimento. Tudo isso reforçado com organizações que priorizem o bem-estar da população e cumpram os princípios da eficácia, eficiência e efetividade⁹ da aplicação dos recursos públicos em prol da população.

No Brasil, a base regulatória da prestação do serviço hospitalar é emanada do Ministério da Saúde, de forma direta, ou através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A estes, compete todo o arsenal de normas e regras institucionais, inclusive no atendimento aos ditames constitucionais. O direito amplo e irrestrito do cidadão ao acesso a serviços de saúde não impõe um modelo de provimento direto pelas organizações estatais. O modelo deve usar do provimento de recursos para a prestação do serviço também por hospitais privados, com a devida regulação, controle e acompanhamento de gastos pelas organizações públicas. Modelos de controle e gestão de aplicação de recursos públicos não faltam e são do amplo domínio dos seus agentes públicos.

Como bem reforça Aguilar Filho (2009) quando diz que para entender o estado atual das economias é de suma importância entender, primeiro, as consequências do caminho escolhido e, segundo, as escolhas que levaram a esse caminho.

A abertura para acesso do capital externo cria um ambiente competitivo e contribui com a evolução do mercado de capitais, além de auxiliar nos investimentos fixos necessários ao desenvolvimento de indústrias locais. A abertura à entrada do IED cria um fluxo de recursos que permite a ampliação da oferta de novos serviços, dando origem a um maior número de organizações privadas e promove, assim, um cenário de ampliação da eficiência e de redução de custos, segundo Aguilar Filho (2009).

⁹ Eficácia é a capacidade de realizar objetivos e metas, eficiência é utilizar produtivamente os recursos disponíveis e efetividade é realizar a coisa certa para transformar a situação existente. <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/gestao_de_politicas_publicas_n_o_parana_coletanea_de_estudos/cap_8_administracao_e_previdencia/capitulo_8_3.pdf.> Acesso: 27 fev. 2013.

A proteção trazida pelas instituições ao capital interno, ou ao proprietário local, investido nos serviços hospitalares pode ter contribuído para a redução constante no número de organizações hospitalares e sua decadência ao longo dos anos. A decisão política de constituir uma reserva de mercado para a produção de serviços hospitalares é baseada em motivações de grupos que têm o poder de colocar em pauta as regras e normas de seus interesses. Reforçando esse entendimento de reserva e proteção, Aguilar Filho (2009) escreve que os grupos de interesse empenhados em manter a estrutura institucional vigente de modo a proteger seus ganhos econômicos acabam por fazer uso dessa ideologia em seu próprio proveito, acentuando assim a ineficiência das organizações brasileiras provedoras de serviços de saúde.

Devemos evitar que o modelo atual de provisão direta pelo Estado brasileiro nos leve ao contínuo atraso de todo o sistema de prestação de serviços de saúde. É importante lembrar as palavras de Faoro (1997) quando afirma que a baixa concorrência e a falta de competitividade das atividades produtivas no Brasil advêm do excesso de proteção, favores e privilégios às empresas ou grupos produtivos locais.

A redução da atuação direta do Estado em serviços que podem ser providos pela iniciativa privada é necessária e carrega consigo um conceito de Estado menos intervencionista, transferindo para a iniciativa privada atividades que podem e devem ser providas também por estruturas particulares. A intervenção do Estado na prestação dos serviços de saúde não garante o acesso amplo e irrestrito aos serviços de saúde para toda população; muito menos define a eficácia de uma política de saúde pública.

Desta forma, surge a ideia de Estado como essencialmente regulador e não executor com ressalva para as atividades que permanecerem sob a sua responsabilidade, que deverão ser preferencialmente executadas de forma descentralizada com a contratação de entidades ou empresas privadas, de modo que o Estado apenas mantenha suas funções de ente soberano, conforme ratifica Modesto (2005).

Neste ponto, releva anotar a observação de Modesto (2005):

“É sabido que o Estado atualmente não tem condições de monopolizar a prestação direta, executiva, de todos os serviços sociais de interesse coletivo. Não prover diretamente o serviço não quer dizer tornar-se irresponsável perante essas necessidades sociais básicas. Não se trata de reduzir o Estado a mero ente regulador. O Estado apenas regulador é o Estado Mínimo, utopia conservadora insustentável ante as desigualdades das sociedades atuais. Não é este o Estado que se espera e resulte das reformas em curso em todo mundo. O Estado deve ser regulador e promotor dos serviços sociais básicos e econômicos estratégicos. Precisa garantir a prestação de serviços de saúde de forma universal, mas não deter o domínio de todos os hospitais necessários; precisa assegurar o oferecimento de ensino de qualidade aos cidadãos, mas não estatizar todo o ensino. Os serviços sociais devem ser fortemente financiados pelo Estado, assegurados de forma imparcial pelo Estado, mas não necessariamente realizados pelo aparato do Estado.”

Para Ribeiro (2005), nas análises que procuram justificar a regulação, há três tendências bem delineadas:

- a) a teoria do interesse público, ou “análise normativa como positiva”, na qual a regulação é justificada pela presença de externalidades ou de concentração econômica;
- b) a teoria da captura, à luz da qual o regulador pode ser capturado pelo regulado, passando a representar seus interesses;
- c) a teoria positiva da regulação, onde o regulador administra o bem-estar de vários grupos de agentes, melhorando a situação de uns em detrimento da de outros.

A teoria do interesse público sugere que a regulação é necessária na presença de imperfeições de mercado, em especial em mercados onde ocorrem externalidades ou concentração econômica e, por isso, deixam de ser competitivos. Nunes continua (2005) narrando que outra abordagem da teoria positiva da regulação sugere que o regulador administra o bem-estar de vários grupos distintos de agentes, equilibrando o poder entre as forças de mercado, principalmente aquela mais frágil ou com menor acesso a informação.

No modelo de Estado subsidiário, o Poder Público deixa à iniciativa privada a realização das atividades econômicas, reservando para si aquelas de que participa ou nas quais intervém somente em setores essenciais ou indelegáveis, cujo direcionamento à iniciativa privada apresenta desempenho deficiente (MODESTO, 2005).

Para Srinivisan (2013), as pessoas podem ter sido induzidas a alternar entre as deficiências dos serviços públicos e os gastos provisionados com a saúde privada, principalmente em situações de risco de morte. Portanto, para alcançar os resultados do sistema público de saúde faz-se necessário o compartilhamento dos recursos entre o sistema de saúde privado, por vezes definido como complementar e/ou suplementar ao sistema público de saúde.

Os sistemas de saúde são comumente divididos em diferentes componentes, tais como, o fornecimento e financiamento (OMS, 2000). A "provisão" ou fornecimento significa como os serviços de saúde são organizados, geridos e entregues pelo poder público. Estes serviços podem ser entregues diretamente pelo Estado ou através de entes privados, financiados pelo Estado. O "financiamento" significa como os serviços são pagos. Aqui é definida a fonte de recursos para prover os gastos com serviços de saúde, que na maioria dos modelos tem como fonte básica o Estado, através da arrecadação de tributos, como também o financiamento direto pelo cidadão.

O serviço público deve focar na atenção básica e hospitais primários em regiões não atrativas para o investidor privado. Já o serviço privado deve ser a base para o atendimento da população em cidades com contingente populacional situado acima de determinado número de habitantes a ser previamente avaliado e definido, sendo, nesta perspectiva, papel do setor público regular, contratar, remunerar e controlar serviços prestados pela estrutura privada de serviços hospitalares.

O setor público ao investir em estruturas próprias carrega a permanente necessidade de aplicar e manter tais estruturas, bem como as máquinas e equipamentos complementares à prestação do serviço. Além disso, contrata funcionários públicos que passarão a carregar os custos da previdência, os quais não são computados quando avaliados e comparados com os gastos com a saúde em uma rede de serviços privados. O Estado deve manter o princípio constitucional de saúde como direito do cidadão, mas sem carregar para gerações futuras uma conta elevada com salários e aposentadorias, sendo oportuno lembrar, ainda, que também são carregados para o futuro os gastos com manutenção, renovação de máquinas e equipamentos, ampliações de serviços hospitalares e incremento de novas tecnologias. Tudo isso, reforçado

com um sentimento de improdutividade na prestação dos serviços e nos desvios de recursos devidamente comprovados e divulgados há décadas.

Há de se reconhecer que o sistema de saúde brasileiro é pluralista em termos de formas organizacionais de atenção à saúde e das fontes de financiamento. Sua pluralidade se expressa nas quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde, que, segundo Ribeiro et. al. (2005), são:

a) Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito, financiado com recursos públicos;

b) planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores;

c) planos e seguros destinados aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essa clientela, financiado pelo empregador público e/ou pelos próprios servidores;

d) provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto e com pagamento particular.

A opção de fornecimento de serviço de saúde de caráter universal, de forma gratuita pelo Estado, é baseada na premissa de que a grande restrição dos cidadãos aos cuidados de saúde é a questão da barreira-preço. Tendo sido descrito ao longo do trabalho que a problemática não se resume ao preço dos serviços de saúde, mas sim à falta de um modelo que remunere o prestador do serviço pelo efetivo serviço prestado e não pelo uso de produtos agregados na prestação dos serviços, tais como, os medicamentos, materiais médico-hospitalares, órteses, próteses e etc. Além de fechado e pouco esclarecedor para o leigo, o modelo de precificação introduz conceito único de prestação de serviços com o pagamento pelo uso de produtos. Em outras palavras, sendo ele prestador de serviço, deve ser remunerado pela atividade de prestar um serviço e não pelo produto ou material adicionado à prestação do serviço.

A redução das desigualdades socioeconômicas é o foco das discussões em políticas públicas, nesse início de século. As políticas públicas caracterizam-se por transferências de renda monetária ou pela provisão, direta ou indireta, de serviços que atendam aos anseios da população e à sua inserção no ambiente socioeconômico. O acesso aos serviços de saúde não pode ser, exclusivamente e diretamente, suportado pelo sistema público de saúde nem tampouco por orçamentos ilimitados para atender contínuos

investimentos em immobilizações e estruturação de toda cadeia produtiva dos serviços hospitalares.

É sabido que o pagamento de tributos é a fonte ou origem para todo o investimento e custeio da máquina pública e dos seus serviços, inclusive os de saúde. Esta mesma fonte deve bancar os investimentos básicos em infraestrutura, saneamento e esgoto, segurança pública, dentre outros. Não se pode esperar provimento direto, completo e integral do serviço público na cadeia produtiva de serviços hospitalares. Este caminho é improdutivo e mascara as limitações da estrutura estatal e de suas instituições.

A internalização dos serviços hospitalares na estrutura pública deve ser direcionada e ter objetivo específico, focando no provimento direto de atendimento nas regiões carentes e fora das áreas metropolitanas e incentivando o investimento em pesquisas, através dos hospitais universitários.

Participar do dia a dia de uma estrutura hospitalar requer conhecimento técnico específico, processos de compras ágeis, sistemas informatizados e controles contra desvios e fraudes em alto nível. Exatamente por ser uma operação complexa e com muitas peculiaridades, o sistema público não consegue responder com eficiência e eficácia às necessidades de toda a população, sendo oportuno registrar, ainda, a conta que deve ser paga no presente e no futuro com a contratação de mais agentes públicos para atender à crescente demanda da sociedade por novos e amplos serviços de saúde.

O modelo atual de atenção à saúde provida pelo SUS de forma universal, gratuita, não é sustentável no longo prazo, pois lhe falta fonte de financiamento e eficiência. Uma opção razoável seria repensar e redesenhar o modelo de saúde pública do país, criando critérios de acessibilidade, priorização do atendimento e coparticipação do indivíduo no pagamento de alguns tratamentos ou procedimentos, de acordo com sua capacidade contributiva, conclui Lins (2005).

Quando se trata de alocação de recursos em saúde, muitas vezes, a saúde de um indivíduo depende da boa saúde de outros indivíduos. A utilização do conceito de “bem primário” em saúde consiste em definir com precisão o que é “bem primário”. Lins (2005) indaga: A atenção plena às necessidades de saúde pode ser considerada como um bem primário? Colocar na mesma cesta as campanhas de vacinação, distribuição de remédios,

atendimento em pronto socorro, cirurgia de redução de estômago, tratamento da AIDS e etc., significa dizer que são todos bens primários? O autor lembra que não é possível estabelecer conceito genérico para provisão pelo poder público de todas as ações necessárias para o desenvolvimento da população nas políticas sanitárias, de saúde pública e de infraestrutura básica. Até que ponto os problemas de infraestrutura básica, como a falta de saneamento e água potável, estão interferindo na saúde e bem-estar da população? Mesmo não mensurando de forma precisa, pode-se afirmar que a interferência é relevante e significativa.

Le Grand (1982) distingue cinco tipos de equidade, concernentes à distribuição igualitária da despesa pública:

- a) a que objetiva a igualdade da despesa pública per capita;
- b) a que persegue a igualdade de rendimento, procurando compensar os rendimentos das populações de mais baixa renda, mediante despesa pública com políticas sociais, obtendo-se, desta maneira, equiparação entre os rendimentos dos diferentes grupos sociais;
- c) a que procura a igualdade de utilização, tendo em vista que a despesa pública deve favorecer a igualdade no consumo dos diferentes serviços;
- d) a que se refere à igualdade do gasto, para o qual os recursos públicos devem ser alocados, de forma tal que todos os indivíduos tenham o mesmo gasto pessoal, por unidade de serviço utilizado;
- e) a que visa a consecução da igualdade nos níveis de saúde, por meio da distribuição de despesa pública, orientada para obtenção de iguais resultados.

Depois, o autor sintetiza o assunto em três pontos: tratamento igual para necessidades iguais, igualdade de acesso e igualdade de saúde.

No que tange ao bem público, uma definição economicista diria que são bens públicos típicos aqueles que atendem aos princípios da não exclusividade e da não rivalidade. Stiglitz (1988) diz que os bens públicos puros têm duas propriedades: não é possível e nem desejável dividir o seu consumo. Um programa nacional de vacinação é um bom exemplo. É praticamente impossível excluir um indivíduo do consumo, pois os custos de exclusão são muito mais elevados que os benefícios. Também não é desejável excluir um

indivíduo do consumo porque o consumo individual não reduz a quantidade de bens disponíveis para o consumo dos outros membros da sociedade, o que equivale a dizer que o custo marginal da oferta do bem para o indivíduo adicional é zero.

Utilizando a classificação de Stiglitz (1988), apenas as campanhas de prevenção de doenças, as ações de vigilância sanitária e as de regulação poderiam ser enquadradas como bens públicos puros. A provisão de serviços de assistência à saúde, como a realizada pelo SUS, é perfeitamente divisível e o consumo é tipicamente exclusivista. Então, esses serviços seriam classificados como bens privados de provisão pública. Para o autor, a intervenção do Estado na provisão da saúde se justifica não pela existência de bens públicos, mas por algumas características “especiais” do mercado de serviços médicos e hospitalares, caracterizadas por falhas de mercado.

Lucas (1990) corrobora essa ideia e considera que a prestação de cuidados de saúde é um bem público apenas no que se refere a serviços de saúde pública. A provisão de cuidados individuais de saúde pelo Estado é uma prestação pública de bens privados.

Como em todo país que regula a livre concorrência, uma das formas de controle das organizações públicas é não permitir concentração de mercado e regular a livre concorrência, evitando monopólios¹⁰ dos prestadores de serviços hospitalares; ou monopsônios¹¹ das empresas de seguros ou planos de saúde. No caso brasileiro, o sistema de controle da concorrência e regulação do mercado vem através das ações do Ministério da Justiça e da Secretaria da Defesa Economia através do Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE.

As instituições e organizações brasileiras, no conceito de North, devem absorver este novo cenário e introduzir novas regras e normas ao acesso do IED em estruturas hospitalares privadas, proporcionando, inclusive, se for o caso, oportunidade de investimento em operações especializadas que até então sejam consideradas de baixo retorno, como investimentos em hospitais psiquiátricos ou mesmo hospital de internação parcial, os chamados hospital-dia.

¹⁰ Monopólio é uma forma de competição imperfeita no mercado, onde existe apenas um vendedor para vários compradores.

¹¹ Monopsônio é uma forma de competição imperfeita no mercado, onde existe apenas um comprador para diversos vendedores.

4.2 O mercado de saúde e as limitações do consumidor

O conhecimento das nuances do mercado de saúde é fundamental para entender o motivo de sua regulação, uma vez que a solução de mercado pode produzir perdas de bem-estar social, como lembra Nunes (2005). Para o autor, a oferta de bens e serviços diretamente pelo Estado ou a sua regulação, ocorrem quando o mercado não consegue prover, no todo ou em parte, aqueles considerados necessários, sejam bens públicos típicos ou os bens sociais, como saúde e educação e, quiçá os bens econômicos, como os relacionados à área de infraestrutura e de serviços básicos.

Para Andrade e Lisboa (2001), o ambiente de mercado da saúde possui, pelo menos, quatro características que o diferenciam dos demais:

- a) a existência de diversos bens e serviços de saúde, não padronizados;
- b) a dissociação entre o consumidor final e o agente responsável pela indicação terapêutica;
- c) a presença de produtos e equipamentos com elevados gastos; e
- d) a presença de externalidades difusas (quando o seu consumo médio tem um impacto direto no bem estar de cada indivíduo, como o consumo de vacinas).

A partir do entendimento da complexidade do mercado de saúde, pode-se compreender a necessidade de implementação de uma atividade regulatória. Esta missão é parte das atividades do poder público, que, sem intervir nas relações dos entes privados, estabelece a segurança necessária às atividades econômicas. A regulação faz parte da missão do poder público, assim como fiscalizar e orientar; e ainda estimular as empresas para que adotem práticas que alcancem o interesse público.

As especificidades e complexidades do mercado de saúde são reconhecidas há muito tempo, inclusive suas restrições em estabelecer modelos únicos de aplicação e implementação universal. Arrow (1963) mostrou que as principais diferenças da assistência médico-hospitalar em relação à análise econômica tradicional seriam:

- a) a natureza irregular e imprevisível da demanda;

- b) a total identificação entre o produto e a atividade de produção da assistência médico-hospitalar;
- c) a incerteza em relação ao produto;
- d) a não mobilidade dos fatores de produção da oferta;
- e) a possibilidade de discriminação de preços por fatores como a renda; e
- f) a presença de indivisibilidade.

Observando atentamente o cenário do mercado de saúde e reconhecendo as suas imperfeições e as características de bem público de algumas atividades sanitárias, alguns economistas justificam a intervenção do Estado, tratando assim a saúde como um setor especial, diferente de outros setores da economia. Destarte, a intervenção do Estado seria justificável se atuasse não como provedor único ou sob a premissa de serviço exclusivo do poder público. A questão central vislumbrada é como essa intervenção deve ocorrer e se realmente produz uma melhoria de bem-estar para a sociedade.

Segundo a OMS (2000), o novo papel dos hospitais exige deles um conjunto de características:

- a) ser um lugar para manejo de eventos agudos;
- b) deve ser utilizado exclusivamente em casos que haja possibilidades terapêuticas;
- c) deve apresentar uma densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; unidade de atenção ambulatorial; unidade de assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc.;
- d) deve ter uma escala adequada para operar com eficiência e qualidade;
- e) deve ter um projeto arquitetônico compatível com as suas funções e amigável aos seus usuários.

O conjunto de fatores trazidos pela OMS deixa clara a necessidade da constante evolução no modelo de prestação do serviço hospitalar e, principalmente, o investimento em estrutura fixa, escalabilidade de atendimento, projeto de atendimento onde o paciente seja o centro das

atenções e, por fim, a introdução de tecnologia e sua manutenção ao longo dos anos.

Nunes (2005) ratifica que o modelo econômico de concorrência perfeita pressupõe um consumidor racional que compre e venda bens e serviços em um mercado competitivo. Problemas ocorrem quando a racionalidade do indivíduo é prejudicada ou quando os mercados não são competitivos.

Para entender a assimetria de informações é preciso recordar que a noção de mercado perfeito está relacionada ao pleno conhecimento das condições de oferta e procura, conclui Nunes (2005).

O consumidor não tem pleno conhecimento do seu estado de saúde ou da falta de saúde. Ele não sabe corretamente o que deve consumir. Também não há garantia de que sua decisão de comprar ou não o produto produza resultado que maximize os seus objetivos. A falta de informação a respeito do resultado da ação médica sobre sua saúde coloca o profissional em uma posição de intermediário da decisão de consumo, podendo, portanto, influenciar tanto a demanda quanto à oferta de seus próprios serviços, fato que, em tese, pode induzir o consumidor a um sobre-consumo, afirma Nunes (2005)

Evidentemente, analisando o mercado de saúde, as curvas de demanda e oferta estariam estáveis num período de médio a longo prazo. A procura pode seguir um nível de elasticidade por determinadas consequências de controle e redução de custos dos planos de saúde ou seguros saúde, mas tende a voltar a um nível constante de uso dos serviços. Da mesma forma a oferta dos serviços pelos prestadores tende a não receber os impactos das variáveis macro e microeconômicas, não alterando substancialmente as curvas de oferta e demanda do setor de serviços de saúde.

A incapacidade do consumidor tomar decisões racionais sobre sua demanda por serviços de saúde pode ser entendida como falha de mercado e pode ser equacionada com melhores informações aos consumidores e, conseqüentemente, melhor qualidade dos produtos ofertados. Nunes (2005) descreve três formas que geram essa incapacidade:

a) total incapacidade de tomar decisões racionais, face ao estado de inconsciência ou doença mental;

b) capacidade limitada de tomar decisões racionais, decorrente de doenças que ameaçam a vida, mas não limitam a capacidade mental;

c) capacidade total de tomar decisões racionais sobre doenças em que não há risco de vida.

Destaca-se ainda que, caso a questão da incapacidade não esteja relacionada apenas às condições físicas e ou psicológicas, as decisões do consumidor são limitadas, tendo em vista o modelo de precificação dos serviços hospitalares, a falta de conhecimento e informação das tabelas e valores utilizados para a precificação e cobrança dos procedimentos de saúde realizados; além da impossibilidade de comparação entre os diversos prestadores de serviços hospitalares. Em um mercado competitivo, o preço é a informação relevante no processo de escolha do consumidor. Nesse sentido, para Donaldson e Gerard (1993), no mercado de serviços de assistência à saúde, muitas e pequenas companhias competindo entre si, cada qual com custos próprios e sem escala, implicam em um custo final maior por unidade de produto ou serviço vendido.

As organizações públicas devem focar na regulação, no controle e na fiscalização dos serviços de interesse coletivo, lançando mão de um arcabouço contratual, de preços e procedimentos negociados e de tecnologias que suportem o amplo acesso da população aos serviços de saúde. O poder público deve também contribuir com a evolução necessária da relação entre os compradores de serviços de saúde (seguradora, plano de saúde ou cliente final) e o vendedor (prestador de serviço hospitalar) no que se refere aos modelos contratuais, a forma de resolução dos conflitos, a adoção de protocolos clínicos, a criação de indicadores de acompanhamento da qualificação dos serviços prestados e o entendimento do funcionamento do modelo de mútuo entre os participantes dos planos de saúde. Cada participante que entra em um plano de saúde contribui com a cobertura financeira de outro participante que precisa de atendimento de saúde. Entendendo esse mecanismo, não se pode exigir que o interesse individual prevaleça sobre o interesse da coletividade.

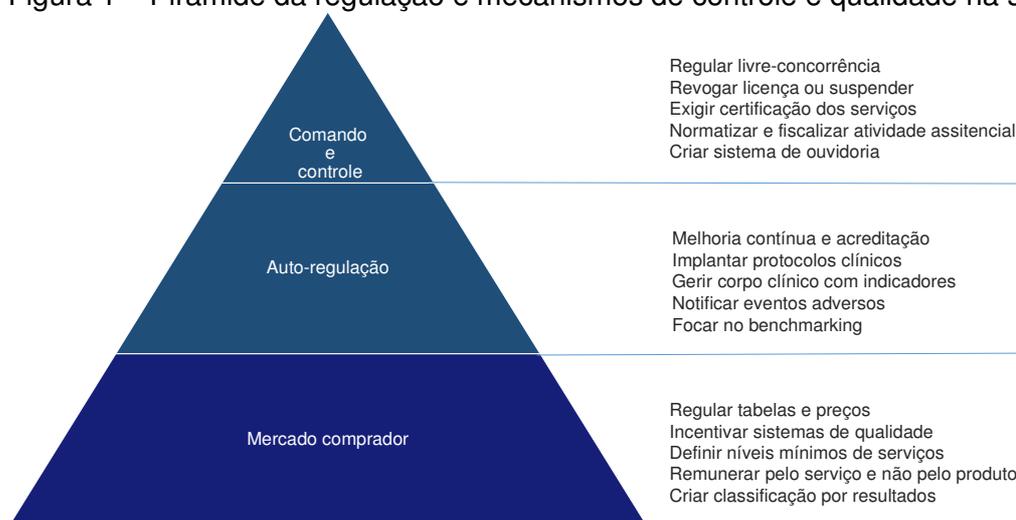
O mercado comprador deve impulsionar as mudanças necessárias para um melhor entendimento da precificação dos serviços hospitalares. O modelo de remuneração dos serviços hospitalares, ao longo do tempo, orientou-se no sentido de focar no ganho pela venda de medicamentos e materiais. Percebe-se que houve uma migração de ganhos com os serviços básicos da assistência

à saúde, que são as instalações, os equipamentos e o pessoal da saúde, para ganhos com a venda de produtos. Apesar de um hospital ser apenas um provedor de serviços de saúde, fonte primária de sua receita, ele ganha com a venda de produtos, medicamentos e/ou materiais médico-hospitalares, aí incluídas órteses e próteses¹².

Da mesma forma, o mercado comprador deve bonificar com prêmios os prestadores de serviços que estabeleçam como foco de atenção a melhoria contínua dos serviços e certifiquem a qualidade dos serviços prestados, como forma de definir modelos que premiem resultados finais e recuperação total do indivíduo.

Usando o modelo de Braithwaite (2005) e adaptando ao cenário atual da saúde privada no Brasil, pode-se dividir a regulação e controles de investimentos em hospitais de referência e definir regras básicas de qualidade e qualificação de serviços ofertados por hospitais privados, de acordo com a figura abaixo.

Figura 1 – Pirâmide da regulação e mecanismos de controle e qualidade na saúde



Fonte: Braithwaite (2005), adaptado pelo autor

¹² Segundo a Associação Médica Brasileira (AMB) **Órtese** é todo dispositivo permanente ou transitório, utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais. **Prótese** é todo dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. < http://www.amb.org.br/teste/inst_ct_implantes.html>. Acesso: 20 fev. 2013.

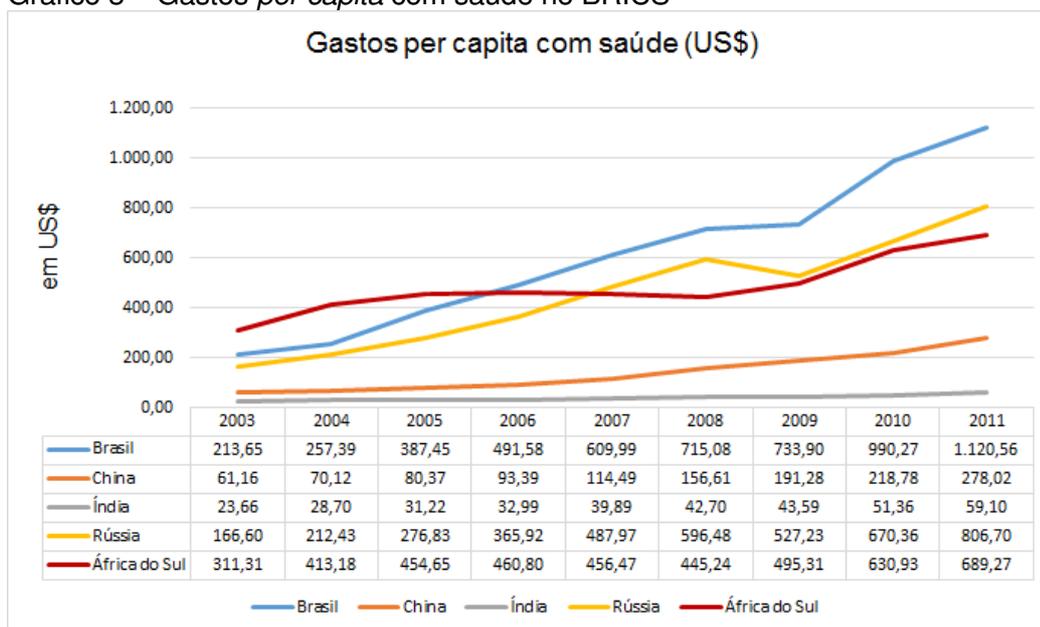
No setor de saúde suplementar, as operadoras são, ao mesmo tempo, vendedoras de seguro e compradoras de serviços médico-hospitalares. Para Lins (2005), devem ser avaliadas possíveis distorções geradas pelo controle de um grande comprador do mercado de saúde, evitando-se a concentração exagerada em alguns planos de saúde e a real possibilidade de se criar um monopólio no mercado de saúde, além do próprio poder público.

Segundo dados publicados, em junho de 2013, pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP)¹³, os hospitais privados precisarão de mais de 13 mil novos leitos até 2016, o que equivale a um investimento da ordem de mais de R\$ 4,3 bilhões. Este quantitativo leva em conta o crescimento dos usuários de planos de saúde que vem aumentando a uma taxa de 2,1% ao ano, conforme apuração realizada em 2012, podendo essa necessidade ser ainda maior, em virtude de outros fatores, tais como: propagação dos usuários de planos de saúde, aumento de renda e ascensão social.

Segundo o Presidente da ANAHP, Francisco Balestrin, o que agravou o déficit de leitos no país foi o fechamento de 286 hospitais particulares nos últimos cinco anos. Entre 2007 e 2012, o número de leitos dos hospitais privados caiu 11,2%. Segundo Balestrin, uma das maiores dificuldades do setor hospitalar é a falta de acesso a recursos financeiros. A ANAHP tem se mostrado a favor da liberação da entrada de capitais estrangeiros para investimentos em hospitais privados. O presidente da entidade reclama ainda da falta de financiamentos de longo prazo para a construção de novos hospitais e a falta de gestores profissionais nas operações hospitalares.

No gráfico 3, pode-se avaliar os gastos *per capita* com saúde em cada um dos países do BRICS. O Brasil desponta com o maior valor gasto em 2011 com US\$ 1.120,5 *per capita*, valor que se situa bem acima de países como Índia e China, que possuem população de bilhões de habitantes. Já a Rússia e África do Sul apresentam gastos de US\$ 806,7 e de US\$ 689,2, respectivamente.

¹³ < <http://www.anahp.org.br> > Acesso: 20 jun. 2013.

Gráfico 3 – Gastos *per capita* com saúde no BRICS

Fonte: Banco Mundial (2013)¹⁴

É importante avaliar o gráfico acima e acompanhar a evolução dos gastos com saúde ao longo dos últimos dez anos para aquilatar a magnitude das variações ocorridas. O Brasil saiu de US\$ 213,6 per capita para US\$ 1.120,5, um crescimento de mais de 420%. Este crescimento também pode ser visto em todos os demais países, em especial a China com uma população de 1.353 milhões de habitantes que teve um crescimento de US\$ 61,1 per capita para US\$ 278,0 per capita. Certamente, resultado do seu crescimento econômico e abertura paulatina de acesso ao capital externo, mesmo com todas as restrições do modelo estatal chinês.

4.3 O marco regulatório restritivo à entrada de IED nos hospitais brasileiros

O termo marco regulatório pode ser conceituado como um conjunto de regras, orientações, medidas de controle e valoração que possibilitam o exercício do controle público em atividades de serviços públicos ou em

¹⁴ < <http://www.who.int/nha/en> Acesso: 11 jun. 2013.

atividades com provimento de recursos públicos, tendo como um dos objetivos, dentre outros, o estabelecimento de normas de conduta visando o atendimento dos interesses da coletividade. No que concerne ao mercado privado de serviços de saúde, a perspectiva da ação regulatória se reveste de importância capital, em virtude da defesa da concorrência no mercado e do interesse público na execução da política pública de assistência à saúde do cidadão.

A igualdade substancial para Bastos (2001) consiste no “tratamento uniforme de todos os homens. Não se cuida, como se vê, de um tratamento igual perante o direito, mas de uma igualdade real e efetiva perante os bens da vida.” Já a igualdade formal, segundo o mesmo autor, consiste “no direito de todo cidadão não ser desigualado pela lei senão em consonância com os critérios albergados, ou ao menos não vedados, pelo ordenamento constitucional.”

A previsão e regulação da prestação de serviço hospitalar privado no Brasil tem origem na Constituição Federal (BRASIL, 1988), no seu art. 199, quando define que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Entretanto, o mesmo artigo constitucional no seu parágrafo terceiro, veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país. Eis a redação do artigo na íntegra:

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.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. (grifo nosso)

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Da mesma forma restritiva, o artigo vinte e três da Lei nº 8.080¹⁵, de 19/09/1990, descrito abaixo, reproduz os ditames de vedação previstos na Constituição, sem nenhuma ressalva ou exceção para permissão de investimentos de capitais estrangeiros em estruturas hospitalares. Esta mesma

¹⁵ < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso: 10 jan. 2013.

legislação cria, regula e define um conjunto de ações para o agora denominado Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

A vedação alcança qualquer iniciativa de entrada de capital estrangeiro para investimento em hospitais privados no Brasil, diretamente ou através de fundos de investimento em participações ou qualquer outra estruturação de capitais que visem investimentos na atividade de prestação de serviços hospitalares.

A partir da restrição legal, pode-se estabelecer um comparativo com outros países em relação à previsão legal de investimento estrangeiro nas operações hospitalares privadas. Por exemplo, os Estados Unidos tem um modelo de provisão privado, ficando o poder público responsável pela assistência às pessoas de “baixa renda” e aos “idosos e deficientes”, através dos programas de seguro-saúde administrado pelo Estado, denominados “*medicaid*”¹⁶ e “*medicare*”¹⁷ (*America’s Health Insurance Plans*), respectivamente, mas, tudo isso, sem o provimento direto de serviços hospitalares pelo Estado.

Os EUA foram definidos como referencial desse estudo tendo em vista a amplitude e importância do seu mercado de capitais e sua estrutura regulatória para a prestação dos serviços hospitalares. Por tudo isso, acredita-se que o referencial americano possa favorecer as mudanças regulatórias para um novo marco legal e para o ambiente de prestação de serviços hospitalares privados no Brasil e também dentro do BRICS, evitando julgar se o modelo ou a política de saúde pública americana é boa ou ruim, mas simplesmente tendo como

¹⁶ Medicaid introduzido pelo *Social Security Act*, 1965; atende cidadão de baixa renda.

¹⁷ Medicare introduzido pelo *Social Security Act*, 1965; atende idosos e deficientes.

referência que o acesso ao capital externo em nada prejudica o controle, a qualidade, o acesso amplo à saúde ou mesmo os interesses da coletividade.

Basicamente, o mercado global de capitais busca investir em ativos, títulos de dívida ou participações acionárias em ambientes econômicos seguros, rentáveis e em desenvolvimento crescente. Estes ativos são avaliados e colocados em oferta pública pelos bancos e fundos de investimento internacionais. Os bancos e fundos de investimento utilizam capitais de residentes e não residentes (estrangeiros) para aplicação em dívida ou investimento direto em empresas. Para Grugman e Obstfeld (2010), "os bancos de investimentos têm se tornado importantes no mercado internacional de capitais na medida em que buscam ativos estrangeiros para diversificar suas carteiras".

Os investimentos estrangeiros, nos últimos anos, têm seguido uma tendência de liberalização e globalização de recursos com vistas ao crescimento de operações em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os mercados nacionais cada vez mais são influenciados por investidores externos (CAVES; FRANKEL; JONES, 2001). Os investimentos estrangeiros transferem não apenas o capital, mas modelos de gestão, de governança e de resultados que impactam de forma positiva na alavancagem de qualquer setor econômico e principalmente na ampliação do mercado interno.

No Brasil, segundo aponta Thorstensen (2012), a recepção de investimento estrangeiro direto reflete o quadro de estabilidade macroeconômica que o país vem apresentando desde o final da década de 1990. Um dos principais focos de atração do IED no Brasil é o crescimento do consumo interno, incentivado por novas políticas de distribuição de renda, controle da inflação e acesso a bens e serviços antes restritos a uma pequena parcela da população.

É oportuno citar que em virtude do Brasil possuir uma taxa de poupança interna baixa a entrada de capitais estrangeiros é de suma importância para o desenvolvimento do mercado interno e incentivo ao aumento de oferta e, por consequência, redução dos preços finais. Este movimento também é importante para o mercado de serviços hospitalares e para o acesso da população a serviços antes restritos à rede pública de assistência à saúde. De

acordo com os dados do Banco Mundial¹⁸, em 2012 o Brasil possuía uma taxa de poupança interna que representava cerca de 16% do seu PIB, igualando-se à África do Sul. Nos demais países do BRICS, no mesmo ano, a China apresenta um índice de 52% do PIB, a Índia de 28% do PIB e a Rússia de 33% do PIB.

Importante citar Maia (2003), quando ele afirma que a entrada de investimento estrangeiro para aplicação em operações de longo prazo e em ativos fixos propicia uma evolução natural do mercado local e o aumento das fontes de financiamento.

A restrição imposta pela legislação brasileira ao investimento estrangeiro em operações hospitalares privadas não guarda relação alguma com a proteção ao bem-estar e interesse social, muito menos pretende proteger o mercado interno. Na verdade, analisando o cenário atual, nada justifica a continuidade da restrição constitucional de acesso ao IED pelos hospitais brasileiros. Talvez, num passado recente, a proteção ao investidor hospitalar local e sua interferência nas instituições e organizações públicas, segundo North, tenha e continue se refletindo na barreira à entrada de capitais externos para o setor de serviços hospitalares. Este modelo não permite o crescimento dos hospitais privados, nem escalabilidade dos serviços ofertados e ainda cria carga adicional de tributos pagos pela população para um sistema público com baixa eficiência e elevadas perdas. Pode-se por outro lado, avaliar que o custo da remuneração do investidor, interno ou externo, é menor que o custo da estrutura própria da saúde pública que é financiada pelos contribuintes.

Sendo assim, a princípio, nada explica a vedação constitucional, exceto a proteção de um sistema de oferta de serviços que se estende por décadas e é provido basicamente por investidores médicos, proprietários dos hospitais.

Vale lembrar que a Emenda Constitucional n.º 6 de 1995 extinguiu a diferenciação que existia entre “capital nacional” e “capital estrangeiro”, da mesma forma que as definições de empresa nacional e empresa estrangeira, reduzindo a zero as diferenças e tratamentos dados em ambos os casos, não sendo mais necessário, inclusive, que a sede da empresa e sua administração

¹⁸ Banco Mundial: <http://data.worldbank.org/indicador/NY.GDS.TOTL.ZS?page=2> . Acesso em: 17 jun. 2013.

estejam no Brasil, nem que a titularidade do controle da empresa seja direta ou indiretamente de pessoas domiciliadas e residentes no país.

Apesar das mudanças trazidas pela emenda, subsiste a restrição de investimento em hospitais e ainda são impostos limites ao investimento estrangeiro direto no Brasil nos casos de:

a) revistas, jornais e outras publicações, assim como rede de televisão e rádio que não deve ultrapassar 30% do capital social da empresa, além de que o controle somente pode ser exercido por brasileiros natos ou naturalizados há pelo menos dez anos;

b) serviços de transporte aéreo, que, por sua vez, só podem ser providos por companhias estabelecidas no país e com participação máxima de capital estrangeiro de 20% do capital com direito a voto.

Ao contrário da Índia, que tem perseguido a elevação de investimentos mediante incentivos à entrada de capital estrangeiro, no Brasil, a elevação dos investimentos tem contado com forte presença do financiamento estatal, através do BNDES, lembra Thorstensen (2012).

O BCB¹⁹ esclarece que para formalizar o IED em empresa brasileira basta remeter do exterior o dinheiro para os investimentos através de estabelecimento bancário autorizado a operar com câmbio. Essa remessa não está sujeita a autorização premilinar do Banco Central. O registro do capital estrangeiro ingressado no país é efetuado com base em declaração dos responsáveis, por meio eletrônico, diretamente no sistema de Registro Declaratório Eletrônico (RDE), dentro de 30 dias contados da data do evento que lhe deu origem. A Circular 3.491, de 24/03/2010, determina que seja registrado no RDE através do módulo IED.

A circular prevê a obrigatoriedade do registro de todos os eventos societários ou contratuais que alterem os termos da participação societária do investidor estrangeiro.

¹⁹ No <www.bcb.gov.br>. Acesso: 10 jun. 2013.

5 A REGULAÇÃO E INVESTIMENTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRICS E EUA

Os países do BRICS são bem distintos com relação ao tamanho da população, extensão territorial, PIB²⁰, gastos públicos com saúde e expectativa de vida da população. O Brasil, com população de 198,4 milhões de habitantes, um PIB de US\$ 2,5 trilhões²¹, tem gasto público com saúde na ordem de 3,5%²² do PIB e uma expectativa de vida de 73,5²³ anos, segundo Relatório de Desenvolvimento Humano²⁴ - 2011 das Nações Unidas.

Ao descreverem os indicadores dos demais países analisados, os relatórios supracitados apontam: 1) EUA, com população de 315,8 milhões de habitantes, um PIB de US\$ 15 trilhões, gasto público com saúde na ordem de 7,1% do PIB e uma expectativa de vida de 78,5 anos; 2) Rússia, com população de 142,7 milhões de habitantes, um PIB de US\$ 1,9 trilhões, gasto público com saúde na ordem de 3,5% do PIB e uma expectativa de vida de 68,8 anos; 3) Índia, com população de 1.258,3 milhões de habitantes, um PIB de US\$ 1,9 trilhões, gasto público com saúde na ordem de 1,1% do PIB e uma expectativa de vida de 65,4 anos; 4) China, com população de 1.353,6 milhões de habitantes, um PIB de US\$ 7,2 trilhões, gasto público com saúde na ordem de 1,9% do PIB e uma expectativa de vida de 73,5 anos; 5) África do Sul, com população de 50,7 milhões de habitantes, um PIB de US\$ 408,2 bilhões, gasto público com saúde na ordem de 3,6% do PIB e uma expectativa de vida de 52,8 anos.

Em 2010, com a redução dos efeitos da crise financeira mundial de 2008 sobre as movimentações de capitais em todo o mundo, os investimentos estrangeiros representaram 2,31% do PIB, em comparação a 1,84% em 2003. A crise teve impacto distinto para os integrantes do BRICS. Enquanto, em

²⁰ PIB: Produto Interno Bruto.

²¹ United Nations, United Nations Statistics Division, National Accounts Main Aggregates Database, Basic Data Selection, New York, 2012. Acesso: 13 fev. 2013. (URL: <http://unstats.un.org/unsd/snaama/selectionbasicfast.asp>).

²² International Human Development Indicators. United Nations Development Programme, 2011. Acesso: 13 fev. 2013 (URL: <http://hdstats.undp.org/en/tables/default.html>).

²³ International Human Development Indicators. United Nations Development Programme, 2011. Acesso: 10 fev. 2013 (URL: <http://hdstats.undp.org/en/tables/default.html>).

²⁴ Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A Better Future for All. New York: United Nations Development Programme, 2011

2009, o Brasil sofreu uma redução de 42% no valor investido com relação ao ano anterior, na China, registrou-se uma redução de 47% e, na Índia, de 16%. A África do Sul foi o país do BRICS mais afetado pela crise em relação ao recebimento de IED, que diminuiu mais de 80% entre 2008 e 2010. Diferentemente da Índia, em 2010, o Brasil superou o nível de investimento pré-crise, relata Thorstensen (2012).

O indicador de expectativa de vida, acima explicitado, demonstra uma necessidade constante de novos investimentos na prestação da assistência à saúde, no desenvolvimento de novas tecnologias, na pesquisa de medicamentos e equipamentos médicos. A longevidade da população requer ações para estruturação de novas operações hospitalares, modernização das existentes e melhoria de toda cadeia produtiva da assistência à saúde, em qualquer país do mundo. Entendendo que a saúde deve ser uma ação pública de desenvolvimento humano e social de um povo, mas que não necessariamente com provimento direto dos serviços pelo poder público, deve-se fortalecer e incentivar investimentos em projetos privados de atendimento à saúde da população, com engajamento entre os sistemas de atendimento público e privado. E assim, evoluir para um modelo equilibrado entre o provimento direto pelo Estado e uso de redes privadas de assistência hospitalar.

Os gastos com saúde no Brasil, incluídos serviços médico-hospitalares, seguros-saúde privado e outros, equivalem a cerca de R\$ 370 bilhões ou 9% do PIB, sendo R\$ 160 bilhões em gastos públicos e R\$ 210 bilhões em gastos privados. Os gastos públicos atendem cerca de 75% da população e os gastos privados cerca de 25%.

A Índia, que também adota o modelo universal e gratuito, com variações entre os Estados, ainda precisa resolver problemas estruturais como água potável e saneamento básico, pois ainda convive com doenças originadas destas deficiências como a dengue, hepatite e malária, além do alto índice de mortalidade infantil e do quadro de desnutrição que atinge cerca de 50% das crianças abaixo de três anos.

O modelo chinês permite que hospitais públicos cobrem pelos serviços prestados em alas diferenciadas e quando do atendimento a estrangeiro. Os moradores de regiões urbanas não têm a gratuidade, mas sim a coparticipação

dos gastos com saúde que varia de 30% a 80% de reembolso do atendimento ou tratamento recebido.

Já na África do Sul, a gratuidade depende da renda do cidadão, mas a saúde básica é gratuita. Assim como a Índia, o país precisa investir em ações de saúde pública e reduzir doenças de origem sanitária.

O Brasil, embora tenha criado um sistema de atenção pública, de caráter universal, convive com outras modalidades de atenção, formando um *mix* público-privado bastante peculiar, conforme enfatiza Nunes (2005). Com atuação em todos os níveis de atenção à saúde, o SUS inicia seu serviço de saúde na atenção básica, com programas de saúde da família; passa pela rede pública de hospitais gerais e termina com atendimento em hospitais altamente qualificados e especializados. Um modelo integral que só é visto em países com alta carga tributária e com provimento misto entre o setor público e o setor privado.

Nesta parte da pesquisa será descrito e avaliado o ambiente regulatório de acesso ao IED e o seu impacto nos investimentos em serviços hospitalares em cada um dos países do BRICS e EUA.

5.1 Brasil

O Brasil tem um modelo de saúde definido na Constituição Federal (BRASIL, 1988) como universal e gratuito. A Constituição Federal no seu Art. 196 estabelece que:

“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.”

Para melhor entendimento da formação do sistema de saúde brasileiro e do desenvolvimento do setor de saúde suplementar, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011) descreve três tipos básicos de sistemas de saúde:

a) Sistemas inteiramente ou majoritariamente públicos: sistemas de saúde de acesso universal, financiados pela totalidade da população através do pagamento de tributos e cuja provisão de serviços é pública;

b) Sistemas de seguro social obrigatório: sistemas de saúde organizados pelo Estado e financiados pela contribuição de empregadores e empregados, com provisão de serviços privada; e

c) Sistemas de caráter privado: sistemas de saúde financiados por parte da população e pelos empregadores, sem obrigatoriedade de contribuição e cuja provisão de serviços é geralmente privada.

No Brasil, assim como em outros países, adotam-se praticamente os três modelos descritos, a depender do grupo, da fonte pagadora, da cobertura ou do vínculo empregatício. O sistema brasileiro não integra os gastos públicos e privados, não possui cadastro único do cidadão para rede pública e privada, não regula o atendimento de forma conjunta e distribuída entre o setor público e privado e ainda não institucionaliza de forma eficiente o reembolso de despesas públicas no atendimento de beneficiário de seguro e plano de saúde.

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, criou o Sistema Único da Saúde – SUS e deu início a uma reforma setorial/sanitária que tem como princípios básicos:

- a) universalidade – a saúde como direito de todos;
- b) integralidade da assistência – ações de caráter preventivo e curativo, individual e coletivo;
- c) equidade – igualdade conforme a necessidade;
- d) descentralização político-administrativa – três esferas (nacional, estadual e municipal);
- e) municipalização, regionalização e hierarquização; e
- f) participação da comunidade – controle social.

Apesar da previsão legal da universalidade do atendimento pelo SUS, pode-se verificar que cerca de 75% da população depende exclusivamente dos serviços públicos de saúde, segundo OMS (2010)²⁵. Ao passo que os outros 25% da população financiam o sistema suplementar de saúde como forma de melhorar o atendimento às suas necessidades de acesso aos serviços de saúde, contratando para essa finalidade as seguradoras e os planos de saúde, os quais, por sua vez, contratam os serviços de saúde e hospitais privados.

²⁵ OMS (em inglês World Health Organization) . <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-020910/en/>. Acesso: 21 de abr. 2013.

A assistência prestada pelo SUS é composta por diversos tipos de serviços que formam duas redes, a saber: a) a rede própria, que é integrada por serviços pertencentes aos governos federal, estadual e municipal; b) a rede contratada, que é composta de serviços privados que atendem aos usuários do SUS.

A rede assistencial própria do SUS é pequena para o volume demandado pela população e para o amplo atendimento desejado em todas as especialidades médicas. E, ainda assim, tenta ofertar todos os serviços assistenciais à população, indo da saúde básica aos tratamentos e atendimentos de alta complexidade. Esse é o modelo que se vê nos hospitais gerais do SUS, que atendem desde a demanda de uma simples emergência à realização de procedimentos neurológicos, tidos como de alta complexidade.

O modelo de atendimento nas redes estaduais integradas ao SUS é muito variado. Cada unidade da Federação monta seu sistema de atendimento à saúde, por vezes, sem uma pesquisa consistente do perfil epidemiológico²⁶ da sua população e da região, criando, o que é pior, estruturas de atendimento hospitalar desconectadas dos problemas da população. Por vezes, criam os hospitais terciários (hospitais especializados) que servem de referência a determinadas regiões do Estado; às vezes constroem hospitais secundários (hospitais gerais, de atendimento amplo) e por fim montam ambulatórios que atendam todas as demandas da população em suas mais diversas especialidades médicas.

As redes municipais, também variáveis em cada município, principalmente em função do tamanho dos municípios, apresentam uma maior regularidade de tipo de estrutura de atendimento à população. Basicamente, focado nas Unidades Básicas de Saúde e/ou nos Centros de Saúde; e, em municípios de maior porte populacional, complementada por hospitais secundários (hospitais gerais), segundo cadernos do SUS.

A rede contratada, complementar à rede pública, é composta, em sua maioria, por serviços dos níveis secundários (geralmente hospitais gerais) e alguns do nível terciário, com atendimento especializado, como é o caso dos serviços de radiologia e imagem e de diálise renal.

²⁶ A epidemiologia estuda os fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças em grupos de pessoas.

É importante destacar que, de maneira geral, a capacidade de atendimento da rede de serviços do SUS revela-se insuficiente diante da demanda da população, o que provoca longas filas para o acesso e utilização de vários dos serviços oferecidos. Essa situação não se distribui por igual em todo o sistema, sendo diferente em cada região do País, sendo interessante ressaltar as diferenças que também ocorrem com relação à quantidade e qualidade dos serviços disponíveis. As áreas economicamente mais desenvolvidas, sul e sudeste, geralmente têm maior quantidade e melhor qualidade nos serviços oferecidos pelo SUS.

Para cumprir todas as atribuições previstas na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde, além da rede de serviços assistenciais, o SUS conta com diversos organismos nas três esferas de governo. São, por exemplo, os órgãos de vigilância epidemiológica (voltados para controle das doenças de interesse para a saúde pública como as que provocam epidemias), da vigilância sanitária (controlam procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, o funcionamento de hospitais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, consultórios particulares, medicamentos, produtos de beleza, entre outros) da federação, dos estados e dos municípios. Há também os órgãos de planejamento, controle e avaliação de serviços nos vários níveis de governo, que integram o SUS.

Os órgãos citados anteriormente são constituídos no modelo de agências reguladoras, sendo, portanto, autarquias federais, com a competência de regular, sob o ponto de vista técnico, atividades ou setores da economia. Há dois tipos de agências: aquelas que se ocupam da prestação de serviços públicos de que o Estado é titular e que são delegados mediante autorização permissão e concessão; e as que se incumbem da regulação de atividades econômicas, especialmente das atividades desenvolvidas por agentes do setor privado (MODESTO, 2010).

Partindo da necessidade de regular o mercado de saúde suplementar e seus agentes (operadoras de planos e seguros saúde e prestadores de serviços médico-hospitalares), tem-se como um dos elementos do marco regulatório a Lei n° 9.656, de 03/06/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e estabelece um novo ambiente para atuação das empresas de planos e seguros saúde, principalmente com relação

à assistência ao segurado/beneficiário e às obrigações de cobertura de procedimentos básicos, carências e relacionamento com o segurado/beneficiário.

Em 26/01/1999, o governo sanciona a Lei n° 9.782, criando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia federal vinculada ao Ministério da saúde, que tem como objetivos básicos: a política nacional de vigilância sanitária; a definição de normas, controles e a fiscalização dos serviços de saúde, bem como da fabricação de produtos e substâncias para uso humano, em todo território nacional. Vale lembrar que a ANVISA regula, autoriza o funcionamento e fiscaliza a atividade de prestação de serviços hospitalares, normatizando também toda a parte de infraestrutura, da qualidade assistencial dos serviços e das necessidades de profissionais da saúde dentro de um serviço de saúde, agindo assim em consonância com os interesses do bem-estar e da saúde da população.

No ano seguinte, a Lei n° 9.961, de 28/01/2000, cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como objetivo básico regular e fiscalizar as atividades privadas na área da saúde, conhecidas como saúde suplementar. Seu principal foco de trabalho são as operadoras de planos de saúde.

Desde que a ANS entrou em atividade, diversas conquistas foram alcançadas, tais como: a implementação do Programa de Qualidade da Saúde Suplementar; o estímulo à adoção de um modelo assistencial com foco na integralidade da atenção à saúde e ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; a exigência de garantias financeiras como condição para o registro e continuidade do registro da operadora de plano de saúde, dentre outros avanços para o setor, como divulgado pelo Ministério da Saúde (2012).

Por fim, a busca pela informação e a melhoria da comunicação entre os prestadores de serviços médico-hospitalares e os consumidores, denominados de pacientes, devem seguir para um modelo de transparência de preços, como forma de equilibrar o mercado de saúde privado.

Avaliando em detalhe o número de leitos no Brasil por mil habitantes percebe-se a redução no número de leitos privados e o crescimento dos leitos públicos nos últimos vinte anos, além da diminuição substancial do número de

hospitais privados. No gráfico 4, de acordo com o último censo do IBGE, o número de leitos por mil habitantes vem diminuindo ano a ano, verificando-se uma redução de 39% nesta relação entre o ano de 1990 e 2009. No ano de 1990, a relação era de 3,71 por cada mil habitantes, em 1999, era de 2,96 por cada mil habitantes e no ano de 2009 foi de 2,26, sendo este o último ano avaliado pelo instituto.

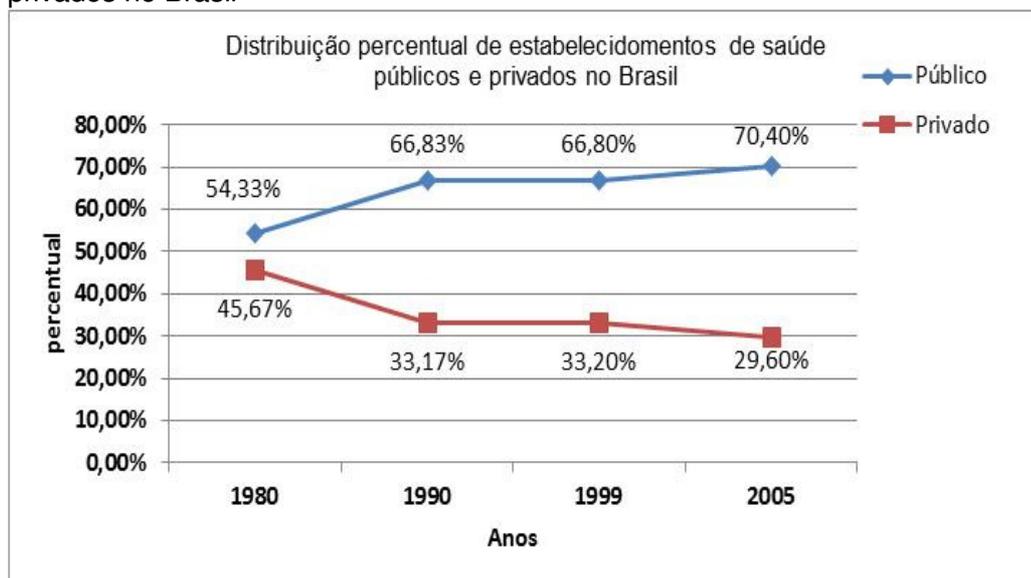
Gráfico 4 – Número de leitos por mil habitantes no Brasil



Fonte: IBGE (2011)

Reforçando as estatísticas sobre a redução no número de leitos, o CNES disponibiliza a distribuição percentual entre os estabelecimentos de saúde públicos e privados do Brasil. Percebe-se, no gráfico 5, uma redução elevada da participação dos hospitais privados no provimento de saúde dos brasileiros entre os anos de 1990 e 2005 - último ano divulgado pelo CNES -, com uma redução percentual de 35,18% na participação dos hospitais privados, fato que vem ocorrendo mesmo antes da criação do SUS. Para esta análise foi usada uma base alongada de comparação, como forma de esclarecer que as políticas públicas e a base legal regulatória estão na contra mão do desenvolvimento do setor de saúde e das necessidades de atendimento da população. Para piorar esse quadro, registre-se que a manutenção da proteção dada ao investidor interno passou a não mais se refletir no crescimento dos serviços hospitalares privados.

Gráfico 5 – Distribuição percentual de estabelecimentos de saúde públicos e privados no Brasil



Fonte: IBGE (2011)

Desde 2009, o Congresso Nacional debate em passos lentos e de forma restrita um projeto de lei para alterar a legislação brasileira com relação às restrições sobre IED em operações hospitalares existentes e novas. Vale aqui lembrar que não se trata de um investimento puramente em obra civil ou na construção de um edifício para abrigar um hospital, mas sim de investir no “negócio” hospitalar de forma ampla.

A proposta foi iniciada em 16/06/2009, com o Projeto de Lei do Senado (PLS) n° 259, de autoria do Senador Flexa Ribeiro, do PSDB/PA, em anexo. O PLS propõe emendar a Lei Federal n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, - Lei Orgânica da Saúde – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A proposta busca permitir a participação de empresa de capital estrangeiro na assistência à saúde.

Em 17/03/2011, o Presidente da Comissão de Assuntos Econômicos, Senador Delcídio Amaral, designou o Senador Valdir Raupp como relator da matéria. Após análise, o Senador Valdir Raupp apresentou relatório favorável ao projeto em 08/07/2011.

Durante o ano de 2012, a PLS seguiu tramitando no Senado e em 12/12/2012 o Senador Vital do Rêgo Filho encaminhou os requerimentos n° 1064 e n° 1065, que, após apreciação pela Comissão de Constituição, Justiça

e Cidadania e pela Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional (anexo 1), foram aprovados.

No início de 2013, especificamente em 27/02/2013, o Presidente da Comissão de Assuntos Econômicos, designa o Senador Vital do Rêgo Filho como relator da matéria. O último ato público foi realizado, em 03/06/2013, através da audiência pública com a presença da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS; Conselho Federal de Medicina - CFM; Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE; Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP; Secretaria de Assistência à Saúde - SAS / Ministério da Saúde; e Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Mesmo após os citados encontros e audiências no Congresso Nacional, pouco houve de evolução no sentido de uma conclusão satisfatória e em tempo para continuidade efetiva do projeto. A propósito, sabe-se apenas que existe a vontade de parte do governo, através das suas agências reguladoras; como também de entidades representativas de hospitais de grande porte na aprovação desse projeto. Ao mesmo tempo, existem entidades representativas de hospitais de menor porte e filantrópicos que permanecem favoráveis à proteção do setor para investidor interno, como forma de preservar percentuais relevantes e de controle para os atuais proprietários dos hospitais. Sem dúvida, isso tudo pode atrapalhar o processo evolutivo das operações e a atração de investidores externos, que, além de recursos financeiros, investem e contribuem com mudanças do modelo de gestão e da governança corporativa, baseando a gestão em controles assistenciais efetivos, processo decisório célere e profissionalizado, com separação de papéis entre o dono e o gestor, dentre outros fatores internos de melhoria da administração e rentabilidade do negócio hospitalar.

O setor privado de saúde, em especial os serviços hospitalares, está crescendo rapidamente no Brasil e nos demais países emergentes, principalmente pelo aumento da renda da população e pelas demandas constantes de serviços de saúde em virtude da longevidade e de novos tratamentos para as doenças. Como resultado, segundo os fatos avaliados e operações de investimento divulgadas pela BM&F BOVESPA, o setor privado de saúde vem atraindo investimentos estrangeiros e dando origem a grandes conglomerados empresariais na área da saúde.

Destaque-se que um dos atrativos para os investimentos e consolidação de prestadores de serviços hospitalares é o grande número de pequenas estruturas hospitalares, normalmente com estruturas de internação entre 50 e 100 leitos, que atuam sem escala operacional e com uma composição de custos que não favorece a redução do preço final.

Considerando as restrições de acesso ao IED, os hospitais brasileiros estão acessando recursos do mercado financeiro através de linhas de investimento disponíveis no mercado ou por meio de operações estruturadas de investimentos. Destarte, as instituições de saúde estão captando recursos através da emissão de títulos de dívidas privadas (debêntures²⁷, certificado de recebíveis imobiliário, etc), quando poderiam maximizar retornos sobre investimentos e reduzir riscos com a entrada de recursos diretamente na estrutura de capitais próprios.

Estão descritas na tabela seguinte, como exemplo, algumas operações de capitalização de empresas na área de saúde, especificamente em planos de saúde, seguradoras, laboratórios - não prestadores de serviços hospitalares -, realizadas pelo mercado de capitais, através da BM&FBOVESPA entre os anos de 2004 e 2011, no montante de R\$ 5,87 bilhões.

Tabela 2 – Lista de empresas ligadas à saúde com IPO na BM&FBOVESPA

EMPRESA	ATIVIDADE	R\$ MILHÕES	ANO
QUALICORP	serviço de venda de planos de saúde	R\$ 1.085	2011
FLEURY	laboratório e diagnóstico	R\$ 630	2009
TEMPO	operadora de plano de saúde	R\$ 420	2007
AMIL	operadora de plano de saúde	R\$ 1.401	2007
SULAMÉRICA	operadora de seguros	R\$ 775	2007
MEDIAL	operadora de plano de saúde	R\$ 742	2006
PORTO SEGURO	operadora de seguros	R\$ 377	2004
DASA	laboratório e diagnóstico	R\$ 437	2004
	Total	R\$ 5.867	

Fonte: BM&FBOVESPA (2013)²⁸

²⁷ Debêntures são títulos de crédito emitidos por sociedades anônimas, de capital aberto ou fechado, em favor de seu credor, previsto no art. 52 da Lei 6.404/76 que representa um dívida da companhia com terceiros. <<http://www.anbima.com.br>> Acesso: 23 abr. 2013

²⁸ BM&FBOVESPA < <http://www.bmfbovespa.com.br/cias-listadas/consultas/ipos-recentes/ipos-recentes.aspx?idioma=pt-br> > Acesso: 15 jun. 2013.

Apesar da restrição ao investimento estrangeiro direto em hospitais privados, a Rede D'Or, grupo com sede no Rio de Janeiro, obteve apoio de um grande banco de investimentos, o BTGPactual, cujas ações também são listadas na BM&FBovespa. Através de uma operação estruturada mediante a emissão de debêntures não conversíveis em ações, o banco investiu no grupo, nos últimos três anos, um valor acima de R\$ 2,5 bilhões. Este tipo de operação, sempre que possível, deve merecer uma análise detalhada das reais interferências do banco investidor na operação hospitalar, pois, no caso específico, é sabido que o BTGPactual tem direito de veto e que algumas decisões precisam passar pela governança do banco. A operação assistencial dos hospitais continua sob o domínio do seu fundador. Contudo, a administração financeira e o modelo de gestão são impressas pelo banco de investimento. A operação da Rede D'Or está presente em três Estados da Federação mais o Distrito Federal, sendo o seu faturamento total em 2012 de cerca de R\$ 3,5 bilhões²⁹. Além de hospital próprio no Distrito Federal, a Rede D'Or está com uma operação de aquisição em processo de avaliação pelo CADE para fusão com a maior rede privada de hospitais do Distrito Federal, conhecida como Grupo Santa Lúcia.

Como não existe restrição de captação de recursos através de dívidas e estas dívidas não estão sujeitas a transformação em ações representativas do capital social da companhia, surge daí um vácuo na restrição legal que permite o acesso indireto do investimento estrangeiro no financiamento às operações hospitalares.

Como qualquer outra indústria produtiva, o mercado de saúde brasileiro necessita de escala e consequentes ganhos de produtividade para ampliar a oferta de serviços e reduzir os preços para o atendimento e a prestação dos serviços hospitalares. Os hospitais de pequeno porte geram custos fixos que elevam a necessidade de maiores margens de lucros para rentabilizar o capital do proprietário e, assim, obrigatoriamente são elevados também os preços finais. Além disso, é sempre bom lembrar, o modelo brasileiro preserva uma reserva de mercado cujo preço é pago por toda sociedade brasileira.

²⁹ <http://www.rededor.com.br/clipping/rede-dor-vai-investir-r-500-milhoes> . Acesso: 08 jul. 2013

Destaque-se que a grande maioria das instituições filantrópicas, sem fins lucrativos, que fornecem serviços para o SUS estão falidas ou em dificuldades financeiras que as levarão à falência. Estas instituições, porém, continuam incluídas nos indicadores de leitos disponíveis e de gastos com o sistema de saúde público, gerando, inclusive, autorizações de internação hospitalar que não representam a realidade do atendimento, pois, permanecem atuando de forma precária e suprimindo a rede pública com atendimento básico, sem os devidos cuidados com as normas de qualificação do serviço e da infraestrutura exigidas pela ANVISA.

Como não se consegue melhorar as tabelas de preços do SUS, o sistema passa por um descontrole na execução de procedimentos e internações desaguando tudo isso num permissivo sistema de fraudes e desvios de recursos públicos.

O modelo que busca consolidar pequenos hospitais em grandes estruturas em rede deve contribuir com uma melhoria na eficiência das operações hospitalares e na padronização de rotinas em ambientes distintos. A consolidação direciona para um custo justo e eleva a qualidade assistencial. Investir em qualidade passou a ser básico, mas ainda requer equipe diferenciada e investimento constante na formação e treinamento dos agentes da saúde.

O mercado de saúde é promissor e necessário para o desenvolvimento da sociedade. O cenário econômico com renda per capita em alta e elevação da demanda por diversos serviços, inclusive os de saúde, abre perspectivas de crescimento do mercado, que deve ser suportado por investimentos privados, sejam através de recursos internos ou externos.

5.2 Rússia

O investimento estrangeiro direto foi proibido na Rússia logo após a revolução comunista ocorrida no final da década de 1920 e até o final da década de 1980, tendo, nesse período, o Estado russo a prerrogativa sobre os investimentos, a produção e o consumo. Em 1987, o Estado soviético resolveu admitir os investimentos estrangeiros, em formato de *joint venture*, com até 49% do capital da empresa russa. Em seguida, na esteira do processo de

abertura, em 1991, o governo russo permitiu que estrangeiros fossem proprietários de 100% de empresa subsidiária integral na Rússia.

Após o colapso da União Soviética no início da década de 90, a Rússia reformou e restabeleceu os serviços de saúde baseados no seguro saúde obrigatório com prestadores de serviços privados, como escreveu Mariner (2001), iniciando, assim, o processo de repasse das atividades e cuidados da assistência à saúde do setor público para a iniciativa privada. Apesar da centralização e deliberação sobre acesso privado aos investimentos, fruto do modelo anterior de governo, várias ações estão sendo encaminhadas para evolução do sistema de assistência à saúde na Rússia. Segundo a OMS, a Rússia tem mais médicos, hospitais e profissionais de saúde do que a maioria dos países do mundo, em base *per capita*, sendo interessante lembrar que, no período do socialismo, o sistema de saúde era totalmente centralizado e todos os profissionais da saúde eram funcionários públicos.

Na Rússia, a principal legislação sobre investimento estrangeiro é a *Federal Law No. 160-FZ*, de 09/07/1999, "*On Foreign Investmens in the Russian Federation*" ou "*Law on Foreign Investments*". A legislação, nos níveis federal e regional, garante ao investidor estrangeiro acesso a diversas indústrias, inclusive investimentos na área hospitalar, apesar de haver algumas restrições e limitações.

Baseados na legislação acima citada, os investimentos estrangeiros podem ser feitos através de: a) Investimento estrangeiro direto na compra de capital das empresas russas ou em subsidiária de empresa estrangeira; b) investimentos em imobilizações de capital, tais como: construção, ampliação, reconstrução e modernização das empresas operacionais, compra de máquinas e equipamentos, marcas e patentes industriais; e; c) investimentos em títulos emitidos por empresas russas, com garantias reais de penhor e hipoteca.

De forma geral, não há discriminação entre investidor estrangeiro e investidor russo. Alguns setores têm limitações da entrada de capital estrangeiro, como exemplo, a indústria espacial, que é limitada a 25% do capital social e no setor de petróleo, em 20% do capital social. Em outros casos, faz-se necessária a aprovação do Banco Central Russo, como o investimento estrangeiro para aquisição de mais de 50% do capital de qualquer

empresa; e qualquer investimento de mais de 50 milhões de rublos (cerca de US\$ 16 milhões).

Em uma avaliação específica com relação a investimentos estrangeiros em companhias de seguros, existe uma restrição legal (Lei de Seguros, de 27/11/1992) de participação sobre o capital dessas companhias até 49% do capital social, além da exigência de que as funções de alta gestão da companhia devem ser ocupadas por residentes russos.

A Constituição Russa³⁰ define no seu artigo 41:

“1. Todas as pessoas têm o direito à proteção da saúde e assistência médica. Assistência médica nos estabelecimentos de saúde estaduais e municipais devem ser prestados aos indivíduos gratuitamente, à custa do orçamento correspondente, pagamentos de seguros e outros recursos.

2. Nos programas federais da Federação Russa de proteger e fortalecer a saúde da população deve ser financiada pelo estado, serão adotadas medidas para o desenvolvimento estadual, municipal e dos serviços privados de saúde, atividades serão promovidas para facilitar o fortalecimento da saúde, o desenvolvimento de cultura e esporte físico, ecológico, sanitário e bem-estar.”

Apesar da previsão constitucional do atendimento amplo e universal ao cidadão russo com relação à saúde, a Rússia registrou entre 1990 e 1994 uma redução na expectativa de vida de 63,8 anos para 57,5 anos para os homens, e de 74,4 anos para 71,2 para as mulheres, mesmo não estando o país envolvido em alguma guerra, segundo Mariner (2001). Nesse período, a infraestrutura de assistência à saúde e a insuficiência de recursos públicos levaram a Rússia a um colapso do seu sistema de saúde e ao não atendimento das necessidades da população.

Depois de 1995, o governo russo estabeleceu quatro categorias de medidas necessárias para a reforma do seu sistema de saúde, focando em quatro objetivos, de acordo com Mariner (2001): 1) nova estrutura para o sistema de saúde, 2) financiamento do sistema, 3) prestadores/fornecedores de serviços, e 4) controle de doenças infecciosas. A nova estruturação legal cobriria a qualidade na assistência, a formação dos profissionais da saúde, os direitos à saúde, o financiamento e o seguro, o modelo de saúde pública e os programas de prevenção. A análise das possíveis reformas levou o governo a

³⁰ Constituição da República Russa - <<http://www.constitution.ru/en/10003000-03.htm>>. Acesso: 10 mai. 2013.

entender as necessidades e buscar soluções para os problemas da assistência à saúde na Rússia. Como tornar recursos públicos mais eficientes e entender que o governo precisa regular e controlar atividades que podem ser providas pela iniciativa privada.

A primeira grande reforma governamental foi na conversão do sistema de pagamento estatal direto para o sistema baseado no seguro saúde obrigatório. A legislação russa, como lembra Mariner (2001), criou o seguro saúde obrigatório baseado no desconto na folha de pagamento do funcionário legalmente registrado. Desta forma, estabeleceu uma nova relação na aplicação dos recursos públicos para assistência à saúde do povo russo. Além disso, o sistema de seguros privados estabeleceu novas metodologias com os fornecedores de serviços de saúde, inclusive hospitais, para o reembolso de gastos com a assistência à saúde.

Esse novo marco regulatório estabeleceu mudanças profundas nas estruturas hospitalares existentes, herdadas do sistema anterior e em decadência, que estava baseado em hospitais sem fins lucrativos. A discussão de como tornar os hospitais sem fins lucrativos em hospitais com finalidade lucrativa dentro de um conceito autossustentável e participante da estratégia de atendimento universal da população, passa pelo redesenho da remuneração dos hospitais através do reembolso de despesas médico-hospitalares diretamente pelo seguro saúde ou pelo cidadão.

A reforma imaginada para Rússia engloba uma mudança nas relações entre o governo e as empresas de seguro saúde, os hospitais e outros prestadores de serviços de saúde, bem como, entre os pacientes e as seguradoras; entre as seguradoras e os hospitais e prestadores de serviços; entre os médicos e os hospitais; e, por fim, entre os pacientes e os médicos, hospitais e prestadores de assistência à saúde.

A pesquisa documental demonstra, de forma evidente, como a Rússia e demais países do BRICS, excluído o Brasil, vêm atuando na abertura do investimento de capital estrangeiro em operações hospitalares.

A curva de investimento estrangeiro recebido pela Rússia demonstrada pelo gráfico 1, na página 22, apresenta variações significativas ao longo dos anos, tendo seu ápice em 2008 com quase US\$ 75 bilhões de IED. Apesar das adversidades econômicas e políticas enfrentadas durante a década de 1990,

atualmente o país apresenta crescente integração com a economia mundial, refletida pelo crescimento contínuo de projetos de IED, principalmente a partir de 2006, ratifica Thorstensen (2012).

Embora a Rússia tenha um número elevado de hospitais públicos e equipes médicas muito bem qualificadas, a qualidade dos serviços públicos é muito baixa, devido a um modelo de financiamento inadequado e ao uso de equipamentos e tecnologias em saúde obsoletas. Os hospitais privados respondem por apenas 4% dos 6.200 hospitais na Rússia. Apesar disso, houve um aumento significativo no número de hospitais privados na Rússia, saindo do número de 192 hospitais em 2008 para 248 em 2010³¹, incremento que revela o significativo potencial para o desenvolvimento do setor privado de serviços hospitalares.

Em 2008, o Governo russo implementou um programa de reembolso de medicamentos para incentivar os cuidados preventivos, utilizando subsídios para a compra de produtos farmacêuticos (distribuído via fundos de seguros do Estado). Contudo, mais de 80% dos consumidores pagam pelos serviços de saúde com recursos próprios, incluindo os medicamentos, apesar de provisão de recursos públicos e gratuidade de medicamentos estabelecida em uma lista denominada "medicamentos essenciais". A população despende cerca de 30% de todos os gastos com saúde na compra de medicamentos, segundo a Finpro (2009)³².

Apesar das dificuldades de financiamento, a dinâmica de crescimento da economia russa desde 2000 levou a mudanças positivas no setor de saúde público e privado, especialmente com a entrada em vigor da nova Lei Federal regulando os serviços de saúde e a evolução do sistema de seguro saúde obrigatório. O governo russo planeja aumentar os gastos do orçamento no setor de saúde saindo de 3,8% em 2011 para 5,5% do PIB até 2020, mediante alocação de mais de US\$ 10 bilhões para modernizar o sistema de saúde.

Com um mecanismo próprio de atração de investimentos estrangeiros e criação de um ambiente para investidores institucionais, o governo russo criou e mandou o Fundo de Investimento Direto Russo (RDIF), *Russian Direct*

³¹ < <http://www.austrade.gov.au/Health-and-medical-to-Russia/default.aspx> > Acesso: 02 mar. 2013.

³² < http://signaalit.finnode.fi/presentations/attachment_original/584/5804/DUO_Russia-PrivateHealth > Acesso: 12 mar. 2013.

*Investment Fund*³³. Este é um fundo de US\$ 10 bilhões para co-investir em parceria com alguns dos mais sofisticados fundos de *private equity* do mundo, comentou o Kirill Dmitriev – Diretor Geral do RDIF.

Apesar da atratividade do mercado russo para os investimentos em serviços privados de saúde, o número de novos prestadores que ingressaram no mercado russo nos últimos anos ainda é limitado. A falta de novos participantes no mercado pode ser parcialmente explicada pelas barreiras à entrada, que incluem:

a) Alta intensidade de capital. Investimentos significativos de capital para a construção de estruturas hospitalares e de saúde modernas; além da maturação necessária para o planejamento e construção; além do tempo necessário para colocar a operação em funcionamento integral.

b) Falta de pessoal qualificado. De acordo com o Relatório da Frost & Sullivan³⁴, o mercado russo tem excesso de profissionais de saúde em algumas áreas, mas falta de outros com especialidades específicas. Além de profissionais necessários à assistência integral ao paciente.

c) licenciamento rigoroso e exigências para o funcionamento. Existem requisitos de licenciamento rigoroso e operacional, com custos elevados e com demora excessiva para os prestadores privados de serviços de saúde.

d) Marca e reputação. Reconhecimento da marca e reputação no mercado de serviços de saúde é cada vez mais importante no processo de escolha dos pacientes. Para o entrante, além do longo processo de licenciamento os investimentos em comunicação e marketing eleva ainda mais os níveis de investimentos.

Além disso, todos os prestadores de serviços de saúde precisam cumprir uma extensa lista de exigências para instalação e funcionamento dos serviços, sendo interessante destacar que, particularmente, o setor de saúde privada na Rússia sempre permanecerá sujeito a um nível elevado de regulação.

Dentre as várias regras e normas que precisam ser atendidas para atuação no mercado de saúde russo, destacam-se as seguintes:

- A Lei Federal n.º 323-FZ "*Fundamentals of People's Healthcare in the Russian Federation*", de 2011, estabelece a estrutura legal e econômico do

³³ < http://www.rdif.ru/Eng_About > Acesso: 22 mar. 2013

³⁴ < <http://www.frost.com/prod/servlet/research.pag> > Acesso: 22 mar 2013.

setor de saúde da Rússia. Incluindo os direitos e responsabilidades dos profissionais de saúde e pessoal médico, as regras sobre registros pessoais dos pacientes, diretrizes para vários procedimentos médicos etc.

- A Lei Federal n.º 184-FZ “*On Technical Regulation*”, de 2002, estabelece os requisitos gerais para a avaliação de conformidade de produtos, equipamentos, processos, obras e serviços, inclusive na prestação de serviços de saúde.

- A Lei Federal n.º 38-FZ “*On advertising*”, de 2006, que regula a publicidade e comercialização de medicamentos, equipamentos e produtos médicos, e serviços.

- A Lei Federal n.º 99-FZ “*On Licensing of Certain Types of Activities*”, de 2011, estabelecendo os procedimentos gerais de licenciamento, incluindo licenciamento de serviços médicos.

- A Resolução do Governo n.º 27 “*Rules of the Provision of Paid Medical Services to People by Medical Organisations*”, de 13 de Janeiro de 1996, regula os prestadores privados de saúde. Ainda, estabelece as regras aplicáveis aos contratos de serviços de saúde entre pacientes e prestadores de serviços de saúde, incluindo os requisitos de informação e consentimento.

Os fundos de investimento *Apax Partners* e o *Russian Direct Investment Found* (RDIF) anunciaram em março de 2012³⁵ um investimento de US\$ 400 milhões, distribuído em partes iguais, com o objetivo de criar uma cadeia de clínicas privadas em Moscou, que já tem um operador russo conhecido como *Medsis Group*, reconhecido como maior operador privado de clínicas de Moscou. Com a entrada do fundo de investimento, a companhia redistribuiu seu capital social e passou a ter o *Apax Partners* e RDIF com 12,5% cada; o governo da cidade de Moscou outros 25%; e o *Medsis Group* com 50%, sendo admitida a expansão das clínicas para outras regiões do país a partir de 2014.

Enquanto isso, a companhia *MD Medical Group Investments*, líder no mercado de assistência à saúde, fundada em 2003, especializada em reprodução humana e maternidade, realizou IPO e levantou mais de US\$ 150

³⁵ Sítio do *Ria Novosti*, <<http://en.rian.ru/business/20120305/171746805.html>>. Acesso: 22 mar. 2013.

milhões³⁶, em uma operação realizada na bolsa de valores de Londres. O objetivo é continuar com os investimentos e favorecer uma rápida expansão, pois, já possui 12 clínicas e hospitais na Rússia com 184 leitos, além de um na Ucrânia; e estima crescer entre 35% e 45% por ano.

O grupo vem em um avançado processo de crescimento no mercado de saúde russo. A operação iniciou em 2006 com a abertura da primeira maternidade privada, sendo de destacar o pioneirismo na prestação de serviços de saúde à mulher. Além de oferecer vários tratamentos médicos, que anteriormente eram indisponíveis na Rússia, tornou-se líder no fornecimento de cuidados à saúde privada no país, nas áreas de obstetrícia e ginecologia, reprodução humana assistida e pediatria. Em números, a maternidade registrou no ano de fundação um total de 1.635 partos, 261 internações na pediatria e mais de 632 processos de fertilização *in vitro*. O grupo tem crescido através da aquisição de estabelecimentos de saúde, da expansão das operações existentes e da construção de novas instalações de saúde.

Em 2011, o grupo adquiriu a rede de clínicas especializadas *Mother and Child*, que fornece uma ampla gama de serviços na área da obstetrícia e ginecologia. Ainda em 2011, o grupo adquiriu o *Lapino Hospital*, que, iniciado em 2010, ainda estava em fase de construção. O *Lapino Hospital* teve seu início operacional em 2013, com cerca de 180 leitos, dos quais 27 dedicados à terapia intensiva e 47 leitos para recém-nascidos, pós parto.

A *Medem Internacional Clinic & Hospital* é uma operação de saúde que permeia atendimentos ambulatoriais e hospitalares. A *Medem* foi fundada em 1999 e até 2004 era conhecida como *Internacional Clinic*. Hoje, a *Medem Internacional Clinic & Hospital* oferece consultas e tratamentos nas áreas de: cirurgia geral, medicina intensiva, pediatria, obstetrícia e ginecologia, urologia, cardiologia, ortopedia e outros.

Recentemente, a *Endeko Engineering & Contracting*, empresa italiana com foco no planejamento e desenvolvimento de projetos, financiamento, engenharia, construções e operações gerenciadas, aportou na Rússia com todo *know-how* e especialidade em gerir projetos integrados. De início, a instituição

³⁶ Sítio do Business New Europe.
<http://bne.eu/story3997/russian_private_healthcare_company_to_ipo_to_fund_expansion>
Acesso: 22 mar. 2013.

anunciou planos para construir um hospital privado em *Stavropol* com investimentos na ordem de US\$ 230 milhões. Esta nova estrutura hospitalar terá capacidade para até 680 leitos, devendo ser construído e financiado por meio de uma Parceria Público-Privada (PPP).

5.3 Índia

A Constituição Federal da Índia³⁷, no único artigo que fala sobre saúde pública prevê que: “art. 47 É dever do Estado elevar o nível da nutrição, da qualidade de vida e melhorar a saúde pública”.

Desde janeiro de 2000, o marco regulatório indiano permite entrada de capital externo em operação hospitalar em até 100% do capital. Como descreve Itumalla e Acharyulu (2012), não é necessária aprovação especial do governo indiano para investimentos estrangeiros no setor de serviços hospitalares, desde que a empresa apresente todos os registros necessários para entrada de capitais estrangeiros no país. É permitida, inclusive, a emissão de ADR's³⁸ e outros papéis representativos de dívida em moeda externa.

Na Índia, o IED tem respondido às reformas estruturais iniciadas nos anos 1990. A entrada de IED, a partir de 2007, foi especialmente importante para o setor terciário indiano devido ao crescimento dos serviços de tecnologia da informação e, também, na prestação de serviços de telecomunicações, onde o limite de participação estrangeira foi elevado de 49% para 74% em 2005.

A política de investimento estrangeiro indiano é regulamentada pelo Departamento de Política e Promoção Industrial do Ministério da Indústria e Comércio. O governo tem motivado as parcerias público-privadas como uma das formas de acesso ao IED. O objetivo do governo é com o desenvolvimento tecnológico e através do IED fomentar contrapartidas para que isso seja potencializado.

O governo indiano estabeleceu uma lista de atividades e setores que são proibidos para investidores estrangeiros, através do *Foreign Exchange*

³⁷ Constituição Federal da Índia <<http://www.constitution.org/cons/india/p04047.html>> . Acesso: 10 abr. 2013.

³⁸ ADR - American Depository Receipt (Recibo de Depósito de Ações), um certificado negociável emitido por um banco de investimento, representando uma quantidade especificada de ações.

Management Act, em 1999. Dentre as atividades proibidas, encontram-se os jogos de azar, as loterias *on-line*, a produção de energia atômica, a indústria de cigarros e charutos.

De acordo com *Press Note N° 5 (2012 Series) – FC –I Section*, do Ministério da Indústria e Comércio da Índia, que retificou e ratificou as áreas de proibição a investimentos estrangeiro direto, tem-se:

- a) *Lottery Business, including Government / private lottery, online lotteries, etc.*
- b) *Gambling and Betting, including casinos etc.*
- c) *Chit funds*
- d) *Nidhi Company*
- e) *Trading in Transferable Development Rights (TDRs)*
- f) *Real Estate Business or Construction of Farm Houses*
- g) *Manufacturing of Cigars, cheroles, cigarillos and cigarettes, of tobacco or f to caco substitutes*
- h) *Activities / sectors not open to private sector investment e.g. Atomic Energy and Railway Transport (other than Mass Rapid Transport Systems).*

A lista acima não restringe o IED em serviços ou estruturas hospitalares indianos, deixando aberto ao investimento estrangeiro, sob condições específicas, o acesso amplo a um mercado de saúde com mais de 1,2 bilhão de compradores.

O sistema de saúde indiano está baseado em dois compromissos básicos: i) acesso de todos aos cuidados de saúde, independente da condição social, e ii) a responsabilidade do Estado pela saúde da população. Para Srivinisán (2013), apesar da vontade do legislador em determinar o direito à saúde ao cidadão, a falta de investimento em infraestrutura básica; a necessidade do controle das despesas públicas, limitando a capacidade de financiamento focado apenas no recurso público, e a não integração entre sistema público e privado de saúde são pontos que precisam ser atacados pelos governantes. Sem isso, a sociedade indiana não conseguirá avançar no tratamento de infraestrutura básica de saúde nem evoluir com o acesso aos serviços de saúde mais complexos.

Na Índia, os hospitais privados têm a concessão de funcionamento outorgada pelo poder público, com a isenção de impostos e incentivos para importação de equipamentos e com o compromisso de atendimento e reserva de leitos para os pacientes mais necessitados, de forma gratuita. Contudo, assim como em outros países, o sistema ainda requer um nível de controle e

monitoramento da contrapartida prevista para que nos hospitais privados possam fazer jus aos incentivos recebidos. A falta de sistema de informação e transparência das informações continua sendo um desafio para a regulação do atendimento dos pacientes atendidos pelo serviço público de saúde e dos direcionados para a rede hospitalar privada.

Conforme citação de Srivinisan (2013), a partilha do risco através do seguro saúde privado ou sistema público de financiamento aos cuidados à saúde da população, permitirá o contínuo cuidado à saúde dos doentes e a equação entre saudáveis e doentes são distribuídos para o constante financiamento dos serviços de saúde com qualidade e alta resolubilidade.

Segundo dados da empresa de auditoria e consultoria *PriceWaterHouseCoopers* (2007), na Índia, estima-se que cerca de 70% das despesas de saúde eram privados. Assim como em outros países, o seguro saúde passou a ser utilizado como meio de garantia de acesso do cidadão a um bom serviço hospitalar, levando mais de 11% da população a adquirir algum tipo de proteção através de seguro saúde.

Ainda, segundo a *KPMG*, a penetração de seguros de saúde cresce a uma taxa de dois dígitos, mas ainda representa menos de 15% da população indiana de mais de 1,2 bilhões de habitantes. Espera-se que, saindo dos atuais US\$50 bilhões, o mercado de seguros saúde chegue a US\$ 120 bilhões em 2015.

Segundo Srivinisan (2013), a Índia registrou a mesma taxa de crescimento da China ao longo dos anos setenta. Entretanto, de forma comparativa, a China iniciou reformas uma década antes das reformas efetivadas na Índia. Essa antecipação deu a China uma vantagem comparativa e criou uma distância para a Índia que é vista através dos indicadores econômicos e sociais do gráfico 1, na página 22. Além disso, o tamanho da poupança interna na China chegou a 36% do PIB, enquanto na Índia apresentou percentual de apenas 23%. Ao reforçar a poupança interna, a China atraiu cerca de US\$ 40 bilhões em investimento estrangeiro direto no início da década 2000, contra menos de US\$ 1 bilhão alocados na Índia no mesmo período.

De acordo com Patel e Yadav (2012)³⁹, da *Spectra Management Consultancy*, a saúde é um dos setores mais carentes na Índia. Atualmente, apenas 0,9 leito por 1.000 habitantes está disponível contra a média global de cinco leitos por mil habitantes. Há necessidade de investimento na ordem de US\$ 50 bilhões por ano ao longo dos próximos dez anos. Devido ao crescente déficit fiscal, o governo não está em posição de destinar verbas para saúde e, portanto, a maioria dos investimentos está acontecendo no setor privado.

O aumento da renda da população indiana, que saiu de US\$ 565 em 2003 para US\$ 1,489 em 2012; significou um aumento de 154%, segundo dados do Banco Mundial (vide gráfico 2, página 24). Esse aumento é um fator chave para o crescimento substancial dos serviços de seguro saúde e conseqüentemente dos serviços médico-hospitalares. Esse mercado está apenas começando, mas abre grandes oportunidades de investimentos e de entrada de capital estrangeiro em estruturas hospitalares que antes estavam centradas no poder público ou através de entidades sem fins lucrativos.

Com o setor de saúde em expansão é possível atrair o interesse dos fundos de *private equity*, que despejam um grande volume de dinheiro no setor, permitindo assim que os investidores usem as necessidades financeiras dos serviços de saúde para diversificar as suas carteiras. Conforme pesquisa realizada pela *Venture Intelligence*⁴⁰, os principais gestores de fundos de *private equity* elegeram o setor de saúde como mais favorecido de investimentos em 2012. Os fundos de *private equity* proporcionam alternativas para os empresários buscarem novos modelos de *funding*, capazes de atender às necessidades de saúde das massas e apoiar a criação de grandes redes de serviços hospitalares.

Os investimentos em melhoria de infraestrutura e serviços hospitalares na Índia são alvo de grandes fundos de *private equity*. O reconhecimento dessas oportunidades tem sido, nos últimos 12 anos, o foco de ação do fundo de

³⁹ < <http://healthcare.financialexpress.com/sections/strategy/736-private-equity-a-new-engine-for-growth-in-healthcare>> Acesso: 02 mar. 2013

⁴⁰ <<http://www.ventureintelligence.in>>

investimento *Advent International*⁴¹, com avaliação de redes de serviços hospitalares e trabalhos de *due diligence*⁴².

Segundo o *Asian Venture Capital Journal - AVCJ*⁴³, não há dúvida de que os serviços privados de saúde na Índia têm amplo espaço para crescimento. Em nível global, a despesa média de saúde é igual a 9% do PIB, mas, na Índia, a proporção é de apenas 4%. Os investidores estão migrando para o país como forma de participar desse crescimento e contribuir na solução do grande desequilíbrio entre demanda e oferta por serviços de saúde, aproveitando, ainda, a fragmentação do setor hospitalar indiano, que opera em sua grande maioria com estruturas de até cinquenta leitos, muito semelhante às estruturas hospitalares brasileiras.

A AVCJ descreve que o problema para os investidores de *private equity* é identificar alvos viáveis, que possam ser usados como plataformas para a consolidação da indústria. Hoje, já existem grandes redes assistenciais que são lideradas pelos grupos *Apollo Group Hospital*, *Fortis Healthcare* e *Max Healthcare* - que dominam as cidades de primeiro nível de atendimento de serviço médico-hospitalar, sendo importante destacar que esses são prestadores de serviços hospitalares que receberam investimentos de fundos de *private equity* ou fizeram IPO.

Com o objetivo de facilitar ainda mais a participação do setor privado na área da saúde, o governo indiano permite e incentiva que o IED seja realizado através de operações *offshore*⁴⁴. Estas operações podem deter até 100% do capital social de quase todos os tipos de prestadores de serviços locais de saúde.

Segundo Chanda (2010), a *Columbia Asa Group*, uma empresa americana de serviços hospitalares radicada em *Seattle*, iniciou o primeiro centro americano com investimento estrangeiro direto em Hebbal, Bangalore. Apesar de não existirem restrições para acesso do capital estrangeiro aos investimentos em hospital na Índia, o autor comenta que o ponto forte da

⁴¹ <<http://www.adventinternacional.com>>

⁴² *Due Diligence*: conjunto de avaliações realizadas por empresas/fundos de investimentos com objetivo de mitigar riscos sobre um potencial investimento. São avaliados aspectos: societários, tributários, trabalhistas, financeiros, contábeis, governança, etc.

⁴³ <<http://www.avcj.com/avcj/analysis/2171848/india-hospitals-capital-cure>> Acesso: 02 mar. 2013.

⁴⁴ *Offshore* são entidades ou companhias cuja sede estão fora do país de domicílio de seus proprietários e, portanto, não sujeitas aos legislações locais do país de destino.

atração do investimento estrangeiro é buscar a consolidação em redes e investir na qualificação dos serviços hospitalares.

Em abril de 2012⁴⁵, a *Advent Internacional*, fechou operação e alocou US\$ 105 milhões para a rede Hospitalar *CARE*. O *CARE Hospital* consolidou fatores como oferta em escala, posição forte no mercado, experiência de gestão e foco no crescimento. A rede possui cerca de 1.600 leitos em onze hospitais, atuando na cardiologia, neurologia, nefrologia, dentre outras especialidades.

Além do negócio do *Advent Internacional*, o Governo, através do *Singapore Investment Corp* (GIC), pagou US\$ 100 milhões por uma participação minoritária na *Vasan Health*. O grupo *Vasan* detém uma rede de hospitais especializados em oftalmologia e já é um dos favoritos de fundos de *private equity*, tendo recebido US\$ 40 milhões do *Sequoia Capital* e *Westbridge Capital*, em 2008.

Em artigo publicado no sítio da *Bloomberg*⁴⁶, o diretor-gerente do *Sequoia Capital* – Abhay Pandey, afirmou para os leitores que aplicar capital financeiro em serviços de saúde é promissor. Ele comentou que o nível de exigência dos marcos regulatórios é relativamente menor em comparação com outros países, ratificando que é um mercado ainda não explorado e repleto de oportunidades, mas que é necessário trabalhar na formação de profissionais e na melhoria da gestão e governança das estruturas e redes hospitalares existentes.

Segundo a *East West Capital Partners Sehgal*, a grande diferença entre a década de 1990 e o momento atual é que os investimentos recentes foram destinados para hospitais especializados que priorizam atendimento à oftalmologia, oncologia e serviços de diagnóstico em geral. Cabe destacar que a *East West* foi quem apoiou o grupo *Apollo Hospital*, em meados dos anos 1990, quando ele estava com investimento do *Schroder Capital Partners* e precisava de novos investimentos para a continuidade do plano de crescimento e desenvolvimento do grupo.

⁴⁵ < <http://www.avcj.com/avcj/analysis/2171848/india-hospitals-capital-cure> > Acesso: 02 mar. 2013.

⁴⁶ < <http://www.bloomberg.com/news/2012-05-27/indian-hospitals-lure-private-equity-as-demand-surges.html> > Acesso: 21 fev. 2013.

Na tabela 3 a seguir, a *Spectra Management Consultancy* descreve as principais operações de investimento na área de saúde realizadas na Índia entre 2006 e 2009.

Tabela 3 – Investimento estrangeiro em hospitais na Índia

Rede Assistencial	Ano	Valor investimento (milhões US\$)	Fundos Investidores
Global Hospitals	2007	116	Samsara Capital
Apollo Hospitals	2007	104	Apax Partners
Narayana Hrudayalaya	2008	108	JP Morgan
Max Healthacre	2009	115	Goldman Sachs
Seven Hills Hospital	2009	72	JP Morgan
Vikram Hospitals	2008	24	I-Ven Medicare
Manipal Hospitals	2006	20	IDFC Private Equity
Sterling Hospitals	2006	16	Actis

Fonte: Spectra Management Consultancy (2012)

Os investimentos realizados em hospitais foram realizados por grandes bancos de investimento, demonstrando mais uma vez a importância do setor de saúde para qualquer país que necessita atender a demanda de uma população que passa a acessar serviços de saúde privado e, ao mesmo tempo, precisa melhorar os serviços que já eram prestados para uma pequena parcela da população.

Finalmente, como evidência do desenvolvimento do setor hospitalar na Índia, estavam listados na *National Stock Exchange of India Limited*⁴⁷, bolsa de valores indiana, em março de 2013, três grupos de serviços hospitalares que são: *Apollo Hospitals Enterprise Limited*, *Lotus Eye Care Hospital Limited*, e *Koval Medical Center & Hospital Limited*.

5.4 China

A partir do final da década de 1970, de acordo com Thorstensen (2012), a China deu início a um gradual processo de abertura de sua economia ao mercado exterior e, com isso, atraiu crescentes e significativos fluxos de

⁴⁷ <<http://ndeindia.com>>

investimentos externos. O governo chinês⁴⁸ criou um ambiente favorável ao investimento e incentivou a entrada de empresas estrangeiras, estabelecendo de forma gradual um sistema legal relativamente completo com políticas industriais, regionais, fiscais e financeiras.

A China estabelece em sua Constituição (2004)⁴⁹, no capítulo de princípios gerais e dos direitos e deveres fundamentais dos cidadãos, os seguintes ordenamentos com relação à saúde e assistência ao cidadão, em especial aqueles com necessidade de cuidado e atenção especial:

“Article 21 - The State develops medical and health services, promotes modern medicine and traditional Chinese medicine, encourages and supports the setting up of various medical and health facilities by the rural economic collectives, State enterprises and institutions and neighbourhood organizations, and promotes health and sanitation activities of a mass character, all for the protection of the people’s health.

The State develops physical culture and promotes mass sports activities to improve the people’s physical fitness.

Article 45 - Citizens of the People’s Republic of China have the right to material assistance from the State and society when they are old, ill or disabled. The State develops social insurance, social relief and medical and health services that are required for citizens to enjoy this right.

The State and society ensure the livelihood of disabled members of the armed forces, provide pensions to the families of martyrs and give preferential treatment to the families of military personnel.

The State and society help make arrangements for the work, livelihood and education of the blind, deaf-mutes and other handicapped citizens.”

Com relação ao investimento estrangeiro e entrada de capitais na China a Constituição (2004) estabelece de forma ampla o seguinte:

“Article 11 - The non-public sectors of the economy such as the individual and private sectors of the economy, operating within the limits prescribed by law, constitute an important component of the socialist market economy.

The State protects the lawful rights and interests of the non-public sectors of the economy such as the individual and private sectors of the economy. The State encourages, supports and guides the development of the non-public sectors of the economy and, in accordance with law, exercises supervision and control over the non-public sectors of the economy.

Article 18 - The People’s Republic of China permits foreign enterprises, other foreign economic organizations and individual foreigners to invest in China and to enter into various forms of

⁴⁸ <http://www.china.org.cn/living_in_china/abc/2009-07/15/content_18141137.htm> . Acesso: 02 fev. 2013.

⁴⁹ <http://www.npc.gov.cn/englishnpc/Constitution/node_2825.htm> . Acesso: 21.abr 2013.

economic cooperation with Chinese enterprises and other Chinese economic organizations in accordance with the provisions of the laws of the People's Republic of China.

All foreign enterprises, other foreign economic organizations as well as Chinese-foreign joint ventures within Chinese territory shall abide by the laws of the People's Republic of China. Their lawful rights and interests are protected by the laws of the People's Republic of China."

A China estabeleceu suas diretrizes e a base regulatória à entrada de IED por meio do *Foreign Investment Industrial Guidance Catalogue*. Esse catálogo divide os projetos de investimentos em quatro categorias:

- a) incentivado;
- b) restritos;
- c) proibidos; e
- d) permitidos.

Nessa última categoria são enquadrados os projetos que não se incluem nas três categorias anteriores. Em 2007, o governo revisou e reeditou o *Foreign Investment Industrial Guidance Catalogue*, redefinindo a relação de setores proibidos e elencando novas oportunidades para os investidores estrangeiros. O catálogo não restringe e nem proíbe o acesso a investimento estrangeiro em operações hospitalares privadas.

Desde os anos 1980, como comenta Thorstensen (2012), as políticas públicas chinesas concentraram-se na elaboração de leis para permitir o estabelecimento de empresas com capital externo, condicionadas à produção para exportação ou ao uso de tecnologias e equipamentos avançados. O governo incentiva a formação de *joint ventures* entre empresas estrangeiras e chinesas para favorecer o desenvolvimento conjunto da produção, da pesquisa, de novas tecnologias, além da absorção de técnicas de gestão e modelos gerenciais pelas empresas chinesas e seus trabalhadores. As *joint ventures* respondem pela maior parte dos investimentos estrangeiros diretos.

De acordo com o Ministério do Comércio da China⁵⁰, os investimentos estrangeiros são basicamente divididos em investimento direto e outros meios de investimento. O investimento direto, que é amplamente adotado, inclui *joint ventures* sino-estrangeiras, a exploração conjunta e exclusivamente de

⁵⁰ <

<http://english.mofcom.gov.cn/aarticle/topic/bizchina/fdiinchina/200406/20040600233643.html> > .
Acesso: 02 fev. 2013.

empresas estrangeiras, as empresas holding de capital estrangeiro e de desenvolvimento conjunto com empresas chinesas.

Em 2008, a China foi o terceiro maior receptor de investimento estrangeiro do mundo, perdendo apenas dos Estados Unidos e da França. Em 2010, a China tornou-se o segundo maior receptor de IED no mundo, segundo Thorstensen (2012). Em 2012, a China ultrapassa os EUA com cerca de US\$ 253 bilhões em investimentos estrangeiros, bem acima dos quase US\$ 206 bilhões destinados aos EUA.

Segundo Leu Deu et al. (2012), da consultoria *McKinsey*, a China continua sendo um dos mercados mais atraentes do mundo e é, com grande vantagem, o país que tem o mais rápido crescimento de todos os grandes mercados emergentes. Não surpreende o fato de que multinacionais estão migrando para aproveitar as oportunidades e projeção de gastos com saúde para 2020 na ordem de US\$ 1 trilhão, cifras iguais ao do mercado norte americano.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011), na década de 80, as principais causas de morte na China foram semelhantes aos dos demais países desenvolvidos: câncer, doença vascular e doença cardíaca. O governo investiu e expandiu as instalações médicas, passando de 2,2 leitos para cada mil habitantes em 2002 para 3,8 leitos para cada mil habitantes em 2011. Com uma população atual de cerca de 1,35 bilhões de habitantes, o grande desafio do governo é fornecer serviços médicos de qualidade para a população distribuída em um espaço territorial continental.

A China, segundo Eggleston (2004), tem reduzido o volume de subsídios para os serviços hospitalares. Também foram reduzidos os gastos fixos com as estruturas públicas, que representam cerca de 40% da totalidade de leitos do país, sendo interessante destacar que apenas 10% dos serviços são providos pelos hospitais e clínicas privadas. O modelo de pagamento dos serviços é regulado pelo Governo chinês e tem como base o modelo de preço por serviço (*fee-for-service*). Como todo sistema de regulação de preços, existem distorções entre custo médio real do serviço e o preço administrado pelo Governo. Os hospitais privados, com fins lucrativos, que pagam impostos, podem definir os preços e tabelas dos serviços prestados à população, embora ainda sejam a minoria dos provedores de serviços hospitalares.

Com relação ao preço, cabe acrescentar que o Governo também permite que os hospitais adicionem uma margem de 15% sobre os preços dos medicamentos vendidos no atacado, conforme destaca Eggleston (2004). Assim, como em outros sistemas de preços na saúde, a adoção normativa de margens sobre medicamentos e materiais médicos, incentiva o uso excessivo de medicamentos e prescrições que não teriam indicação clínica para o tratamento. Ratificando esse modelo acima, a revista *The Economist*⁵¹ (2013), no seu sítio, publicou um artigo denominado “sentindo sua dor” que o governo chinês autoriza os hospitais a cobrarem 15% de *mark-up* sobre o preço dos medicamentos, o que encoraja os médicos mal pagos a prescrever medicamentos mais caros e assim buscar ganhos de forma indireta. O sistema de reembolso pago pelo governo chinês aos hospitais não leva em conta a qualidade e resolubilidade do tratamento, mas, sim, incentiva os médicos a realizarem mais exames e prescreverem tratamentos desnecessários. Como forma de melhorar e evoluir o sistema de atendimento e o monopólio dos hospitais públicos, o governo está fomentando o estabelecimento de novos hospitais privados, apesar deles ainda serem usados pelos mais ricos, e redefinindo novas práticas de controle de preços de medicamentos.

De acordo com publicação da agência sueca de análise do mercado de saúde chinês, de 20/05/2013⁵², o crescimento regular e constante do PIB acima de dois dígitos e a melhoria da renda do chinês, vem alimentando a demanda da população por serviços de saúde mais sofisticados. O artigo publicado ainda cita que o governo chinês está incentivando o capital privado a investir na construção de novos hospitais e outras instituições de cuidados à saúde. E conclui com a afirmativa que o governo e as organizações de saúde criaram mecanismos e indicadores para avaliar uma série de questões, da qualidade e segurança até a eficiência e desempenho, lançando as bases para uma infraestrutura de saúde mais sólida num futuro próximo.

⁵¹ Sítio da revista *The Economist*. Sentindo sua dor.

<<http://www.economist.com/News/china/21576670-despite-extraordinary-progress-reforming-health-care-creating-almost-many-problems-it>>. Acesso: 30 abr. 2013.

⁵² <http://www.tillvaxtanalys.se/en/home/publications/direct-respond/direct-respond/5-20-2013-chinas-healthcare-system---overview-and-quality-improvements.html>. Acesso: 05 de jun. 2013.

O ministro da saúde, Chen Zhu, em entrevista em setembro de 2012⁵³, declarou que o governo chinês pretende incentivar o investimento privado em hospitais. Segundo ele, aos investidores privados qualificados será dada prioridade na instalação das novas operações hospitalares. Ressaltou que no final de 2011, havia cerca de 22 mil hospitais e 918 mil clínicas de atenção básica em todo o país, sendo que do total de hospitais apenas seis mil são privados, ou seja, pouco mais de um terço do total. Entretanto, em dissonância, o número de leitos ofertados pela rede hospitalar privada representa menos de 10% do total de leitos disponíveis.

De janeiro a dezembro de 2012, segundo dados do Ministério do Comércio Chinês⁵⁴, os maiores volumes de investimentos estrangeiros foram originados das seguintes economias: Hong Kong (US\$ 71.289 bilhões), Japão (US\$ 7.380 bilhões), Cingapura (US\$ 6.539 bilhões), Taiwan (US\$ 6,183 bilhões), EUA (US\$ 3.130 bilhões), República da Coreia (US\$ 3.066 bilhões), Alemanha (US\$ 1.471 bilhões), Holanda (US\$ 1.144 bilhões), Reino Unido (US\$ 1.031 bilhões) e Suíça (US\$ 878 milhões), totalizando cerca de 91% dos investimentos estrangeiros no país.

A China, embora seja um país em desenvolvimento e com uma economia em fase de transição, enfrenta enormes desafios para atender as necessidades de saúde de uma população de bilhões de habitantes, como afirma Geng (2009). Os desafios não são apenas pela falta de recursos, mas também a forma de utilização eficiente, eficaz e igualitária dos recursos disponíveis.

A China vem num processo gradual de transformação do seu modelo econômico e social, saindo de uma economia planejada e fechada para uma economia de mercado, embora ainda com muitas restrições. A propriedade privada passou a ter influência sobre os investimentos internos e externos; e as forças competitivas já estão dominando o setor econômico, conclui Geng (2009). No entanto, os chineses ainda acreditam que a saúde é uma parte do sistema de bem-estar social e que a prestação de cuidados é, portanto, de responsabilidade exclusiva do governo (CHOW, 2006, citado por GENG, 2009).

⁵³ <<http://www.hospitalbuildchina.com/em/media/News-list/china-encourages-private-investment-hospitals.html>> Acesso: 02 mar. 2013.

⁵⁴ <<http://english.mofcom.gov.cn/article/statistic/foreigninvestment/201301/20130100012618.shtml>>. Acesso: 10 fev. 2013.

Na área rural da China, antes das reformas econômicas iniciadas na década de 1980, as cooperativas médicas organizaram os chamados “médicos descalços”. Este grupo era formado por agricultores treinados em práticas médicas e paramédicas para auxiliar em atendimentos de primeiro nível de assistência à saúde da sua comunidade rural (GENG, 2009). A ação dessas cooperativas cobria menos de 10% da população chinesa.

Durante a era maoísta (1949-1978), a China desenvolveu a maior rede de instituições médicas públicas e a maior força de trabalho de saúde do mundo. Este sistema tornou-se um modelo para muitos países em desenvolvimento (HOU; COYNE, 2008).

Com a reforma econômica urbana na década de 1990, o governo chinês estabeleceu um sistema de seguro de saúde para substituir o sistema anterior (LIU, 2002). Sob o novo sistema de seguro introduzido em 1998, o empregador contribui com seis por cento do salário do empregado e o empregado contribui com dois por cento, além de uma contribuição do governo (LIU, 2002). Deste modo, a responsabilidade pelo financiamento dos serviços de saúde foi transferida quase que inteiramente para o governo local e gerou desigualdades substanciais entre as zonas urbanas ricas e áreas rurais pobres.

No sistema de saúde chinês, assim como nos demais países do BRICS, a relação entre os setores público e privado é contraditória e não associa esforços comuns. Muitos países, como a Austrália, o Reino Unido e Suécia, demonstraram, com sucesso, que o setor público pode tratar o setor privado como um parceiro nos sistemas de saúde, ao estabelecer a relação de cooperação para garantir e otimizar o acesso, a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde (GENG, 2009). Na realidade, segundo Chow (2006), no cenário chinês não seria necessário privatizar todos os hospitais públicos, mas, sim, permitir a existência de proporção de hospitais privados de acordo com a população assistida.

Para estudiosos da área, os formuladores de políticas devem considerar o sistema de saúde como um todo e avultar seus esforços para trabalhar com o setor privado de saúde como um meio de caucionar a melhoria do acesso aos serviços de saúde e eficiência no tratamento da população.

Atualmente, o setor privado ainda é pequeno em termos de escala de serviços que presta e enfrenta múltiplos desafios para garantir desenvolvimento

de um mercado maduro, em que o crescimento do consumo é equivalente ao incremento vegetativo da população. No entanto, espera-se que o setor privado na área da saúde se expanda vertiginosamente com o aumento da renda e demanda dos consumidores por serviços de assistência. Para Jiong (2010), a entrada de mais empresas, incluindo, talvez, as empresas internacionais de saúde, pode fortalecer o setor de saúde e introduzir conceitos de gestão eficiente e eficaz de recursos.

A maior parte das despesas de saúde na China é financiada diretamente pelo cidadão. O Ministério da Saúde⁵⁵ chinês informou que, em 2007, o pagamento particular direto representou 45,2% do total das despesas médicas do país. Do outro lado, o pagamento por sistemas públicos de seguros, planos de seguros comerciais e os empregadores responsáveis representou 34,5% e o pagamento direto pelo governo girou em torno de 20,3%.

Na China, atualmente, uma grande parcela dos pacientes pagam as despesas com saúde diretamente ao prestador do serviço hospitalar e depois solicitam o reembolso ao seguro saúde. Devido a fatores culturais, altos percentuais de despesas com saúde são pagos diretamente pelo cidadão, principalmente aquelas de procedimentos de diagnóstico e terapia.

Buscando o caminho da alavancagem de novos investimentos para a área da saúde, a China, de acordo com o Ministro da Saúde chinês, Chen Zhu (2012), pretende incentivar o investimento em hospitais privados do país, dando prioridades aos investidores privados qualificados para construção de novas instalações hospitalares. Segundo Zhu, o governo também deve incentivar os fundos de investimentos privados para investir em novas estruturas hospitalares e assim melhorar a qualidade dos serviços e eficiência das operações.

O Ministério da Saúde⁵⁶ chinês divide os hospitais em unidades com fins lucrativos e sem fins lucrativos, com escolha direta pelos pacientes. Assim, os hospitais privados só devem tratar e cuidar de pacientes auto financiados (seguros saúde ou particular).

⁵⁵ <<http://www.stats.gov.cn/english/>> Acesso: 10 jun. 2013.

⁵⁶ Ministry of Health – <<http://www.moh.gov.cn>> . Acesso: 10 mar. 2013.

A Associação Chinesa de Hospitais⁵⁷ possui 1.700 hospitais membros e tem como um dos seus objetivos a criação de um ambiente de qualidade e de auto-regulação das atividades prestadas para igualmente garantir o desenvolvimento das instituições associadas.

Como exemplo de IED em hospital privado, foi realizada oferta inicial de ações (IPO) do *China Hospital Inc* em 2006⁵⁸, na *Nasdaq National Market*, tendo sido estabelecido um valor máximo de oferta de US\$ 170,6 milhões. A companhia tem dois hospitais com 850 leitos e cerca de 1.278 empregados. Devido às peculiaridades de investimento estrangeiro direto e exigências de associação com empresas locais, a operação do *China Hospital Inc.* foi feita através de empresa chinesa e utilizou recursos de uma companhia *off-shore*.

O Fundo de investimento americano *Carlyle*⁵⁹, o segundo maior do mundo, através do *Concord Medical Services Holdings Ltd.* (CCM), fechou acordo para participar com 52% do capital do *Chag'an Hospital*, um centro hospitalar com cerca de 1.000 leitos. Esta aquisição ocorreu após o anúncio do governo chinês que, até 2015, pretende ter 20% dos leitos hospitalares públicos transferidos para estruturas privadas. O *Concord* já administra centros clínicos de radioterapia e diagnóstico por imagem em toda a China.

Em operação semelhante, o *Carlyle* adquiriu 13,5 % do capital do *Meinian OneHealth Group co.*⁶⁰, maior empresa de check-up e serviços médicos da China. O *Meinian* oferece exames médicos, gestão de doentes crônicos e presta outros serviços em 83 clínicas, situadas em 41 cidades. O fundo, *Carlyle's Beijing fund*, estabelecido em 2010 com a participação do governo de Pequim investiu cerca de US\$ 503 milhões até o ano de 2011.

Uma das maiores operações hospitalares da China é o *IHH Healthcare* ficando atrás do *HCA Holding*. O *IHH Healthcare* levantou US\$ 2 bilhões em IPO no ano de 2012.

⁵⁷ *Chinese Hospital Association* – <<http://www.cha.org.cn/eng/>> . Acesso: 12 mar. 2013.

⁵⁸ *China Hospital INC IPO* é uma empresa *off-shore*, estabelecida nas Ilhas Cayman, com subsidiária integral na China chamada *RaiseChina Biotec Inc.*, proprietária do *Anqiu People's Hospital* e *Mengzhou People's Hospital*. Formulário disponível no sítio <<http://www.nasdaq.com/markets/ipos/company/china-hospitals-inc-623790-43374>> Acesso: 03 mar. 2013.

⁵⁹ <<http://www.bloomberg.com/news/2012-06-24/china-medical-services-market-seen-hitting-500-billion.html>> Acesso: 02 mar. 2013.

⁶⁰ <<http://www.businessweek.com/print/articles/307578?type=blooberg>> Acesso: 02 mar. 2013.

Abaixo, na Tabela 4, são apresentados alguns outros investimentos que foram realizados nos últimos anos em hospitais na China. Divulgadas em sítio especializado chamado *Reseach in china*⁶¹.

Tabela 4 – Alguns investimentos em hospitais na China em 2011

Nome do Hospital	Tipo	Investidor	Capital
Xinxiang Municipal Central Hospital	Hospital geral público	Beijing SL Pharmaceutical	RMB 160 milhões
VAV Dentistry Group	Hospital especializado privado	CEL Partners	RMB 80 milhões
Angel Group (China)	Hospital especializado privado	CDH Investments - Zero2ipo Capital	RMB 100 milhões
Arrail Dental	Hospital especializado privado	KPCB, Qiming Venture Partners	US\$ 20 milhões
Puning Kangmei Hospital	Hospital especializado privado	Kangmei Pharmaceutical	RMB 300 milhões

Fonte: Reseach in China (2012)

O mercado chinês é grande o bastante para absorver operações hospitalares de referência mundial. O crescimento dos seus indicadores macroeconômicos e sociais deve continuar atraindo grandes volumes de IED e fomentar o acesso amplo ao mercado de capitais pelas empresas locais e pelas companhias internacionais. Como previsto por O'Neill, a China deve ultrapassar os EUA nos anos de 2020 e para isso conta com o mercado interno imenso e uma população que dia a após dia requer e demanda por novos serviços e produtos, em especial os serviços de saúde.

5.5 África do Sul

A África do Sul eliminou ao longo dos anos as restrições ao investimento estrangeiro, aproveitando a mudança política e social nas últimas décadas impostas por sua população. O governo sul-africano acredita no potencial do investimento estrangeiro para alavancar setores e gerar renda interna, inclusive reduzindo subsídios às empresas locais como forma de equiparar as condições com empresas estrangeiras. Os investidores estrangeiros precisam seguir a

⁶¹ <<http://www.reseachinchina.com/htmls/report/2012/6327.html>> Acesso: 02 mar. 2013.

legislação que regula investimentos e operações de fusão e aquisição que é a *Competition Act*⁶², Lei n° 89 de 1998, e o *Companies Act*⁶³, Lei n° 71 de 2008.

A Lei das Sociedades, *Companies Act*, aplica normas iguais para os investidores locais e estrangeiros. Esta Lei contém vários requisitos para fusões e aquisições envolvendo empresas sul-africanas, incluindo regras de ofertas, constituição do capital social, provisões para boa governança corporativa e regras de proteção aos acionistas minoritários.

A Lei da Concorrência, *Competition Act*, define como o governo pode intervir para proteger a livre concorrência no mercado interno, inclusive avaliando o interesse público da operação de fusão ou aquisição proposta pelo investidor estrangeiro. Como exemplo, as empresas seguradoras, regidas pelos *short-term insurance act*⁶⁴ e *long-term insurance act*⁶⁵, devem cumprir regras pré-estabelecidas, dentre as quais, a empresa ter sede na África do Sul e ser uma operação de interesse público.

Em agosto de 2011, o Ministro da Saúde da África do Sul, Aaron Motsoaledi, disse que o desafio e a intenção do *National Health Insurance (NHI)*⁶⁶ foi desenhar e estabelecer os pontos fortes dos setores público e privado de assistência à saúde como forma de melhor servir à população sul-africana, conforme previsto em sua constituição federal. O NHI é financiado com recursos da população, isto é, 20% da população com maior renda contribui com mais de 70% do fundo necessário para financiar o sistema de saúde do país.

O regulamento de planos de saúde é feito pelo *Medical Schemes Act* (1998), ou lei do programa médico, que tem como foco a melhoria da assistência à saúde do Ministério da Saúde da África do Sul. Além de desenvolver o atendimento aos mais necessitados e estabelecer normas e regulamentos que suportem as demandas da população, ele estabeleceu os

⁶² < <http://www.nipmo.org.za/download/file/fid/685> > Acesso: 20 dez. 2012.

⁶³ < <http://www.justice.gov.za/legislation/acts/2008-071amended.pdf> > Acesso: 20 dez.2012

⁶⁴ <<http://www.polity.org.za/article/shortterm-insurance-act-no-53-of-1998-1998-01-01>> Acesso: 20 dez. 2012.

⁶⁵ <<http://www.polity.org.za/article/long-term-insurance-act-no-52-of-1998-1998-01-01>> Acesso: 20 dez. 2012.

⁶⁶ *National Health Insurance* é o sistema obrigatório de seguro nacional de saúde com objetivo de financiar os gastos com saúde dos cidadãos sul-africanos. Tem como fonte a obrigatoriedade de contribuição por parte da população assistida. <<http://doh.gov.za>> Acesso: 05 jun. 2013.

pontos estratégicos para o setor de saúde, dentre eles: i) a melhoria da qualidade dos serviços de saúde; ii) a revisão do sistema de saúde e melhorar a sua gestão; iii) o planejamento e desenvolvimento eficiente de recursos humanos; iv) a eficácia na gestão; e v) a revitalização da infraestrutura física das unidades hospitalares.

O número de leitos disponíveis vem em uma curva ascendente, saindo de 20.908 leitos em 1998, para 27.586 em 2006. O crescimento do número de leitos privados ocorreu em um momento em que o setor público apresentou uma diminuição em quase todos os estados. Parte desse crescimento será descrito através da análise de grandes redes que se instalaram na África do Sul.

As regiões ou províncias regulam, licenciam e inspecionam o funcionamento de hospitais privados, de acordo com requisitos e normas em nível regional. Essa forma de regulamentação segue as determinações do Departamento de Saúde do governo nacional e do *National Health Act* (Lei 61 de 2003), ou Lei Nacional de Saúde, com o objetivo de garantir a distribuição equitativa e justa do acesso aos serviços de saúde no país.

Os relatórios do *National Hospital Network*⁶⁷ mostram que 96% dos pacientes atendidos na rede hospitalar privada estavam satisfeitos com o atendimento e a qualidade assistencial.

De forma semelhante aos demais países em desenvolvimento, a África do Sul, apesar das questões sociais e dos grandes bolsões de pobreza, mesmo após a quebra do regime de divisão social entre negros e brancos denominado de *aparthaied*⁶⁸, sofre com o atendimento às novas necessidades de sua população com relação à saúde. O crescimento da classe média, a elevação da renda *per capita* e o envelhecimento da população são fatores que elevam a necessidade e o conseqüente investimento em áreas da saúde, desde o atendimento básico até a criação de hospitais terciários de referência. Isso, sem deixar de lado a necessidade de investimento público na

⁶⁷ Rede Nacional de Hospitais é uma entidade que congrega hospitais e clínicas privadas na África do Sul. <<http://www.nhn.co.za>> Acesso: 02 jun. 2013.

⁶⁸ *Apartheid* foi um regime de segregação racial, perdurou entre os anos de 1948 a 1994, pelos sucessivos governos do Partido Nacional na África do Sul. A minoria branca cerceou direitos da grande maioria dos habitantes, os negros.

infraestrutura básica de saneamento, esgoto e demais serviços públicos que interessem ao bem-estar da população.

De qualquer forma, a África do Sul, como lembra Thorstensen (2012), é o membro dos BRICS com menor dimensão econômica, o que é refletido pelo volume de IED registrado no país. No continente africano, a África do Sul divide os investimentos estrangeiros com o Egito e Nigéria.

Entendendo o ambiente regulatório de acesso ao capital externo e, em especial, os investimentos realizados no mercado de serviços hospitalares como exemplo de grande volume de investimento em uma rede hospitalar privada vale citar o *Life Healthcare*. A rede *Life* tem mais de 27 anos em atividade e desde 1999 tem ações listadas na Bolsa de Valores de Joanesburgo. A rede, como mapeado na figura 2, está presente em todas as regiões da África do Sul e realizou seu IPO⁶⁹, em junho de 2010, levantando cerca de US\$ 687 milhões de investidores privados e do fundo de investimento *Old Mutual Private Equity Fund*.

Os investidores estrangeiros representaram cerca de 40% do capital subscrito no IPO da rede *Life*. O *Life Healthcare* passou a ser prestador representativo de serviços de básicos de saúde da África do Sul com crescimento médio anual de 12,5%, nos últimos cinco anos, e margem EBITDA⁷⁰ média de 16%. O *Life Healthcare*⁷¹ tem 8.227 leitos, 63 hospitais, uma taxa de ocupação de 71,6% e mais de 14 mil empregados, com cerca de 27% do mercado privado de saúde da África do Sul. A operação do *Life Healthcare* apresenta vantagens que facilitam a obtenção de uma operação com alta qualidade assistencial, ganhos de escala, padronização de processos, gestão eficaz e profissional, relacionamento com os médicos e melhoria das relações com as operadoras de planos de saúde e seguradoras.

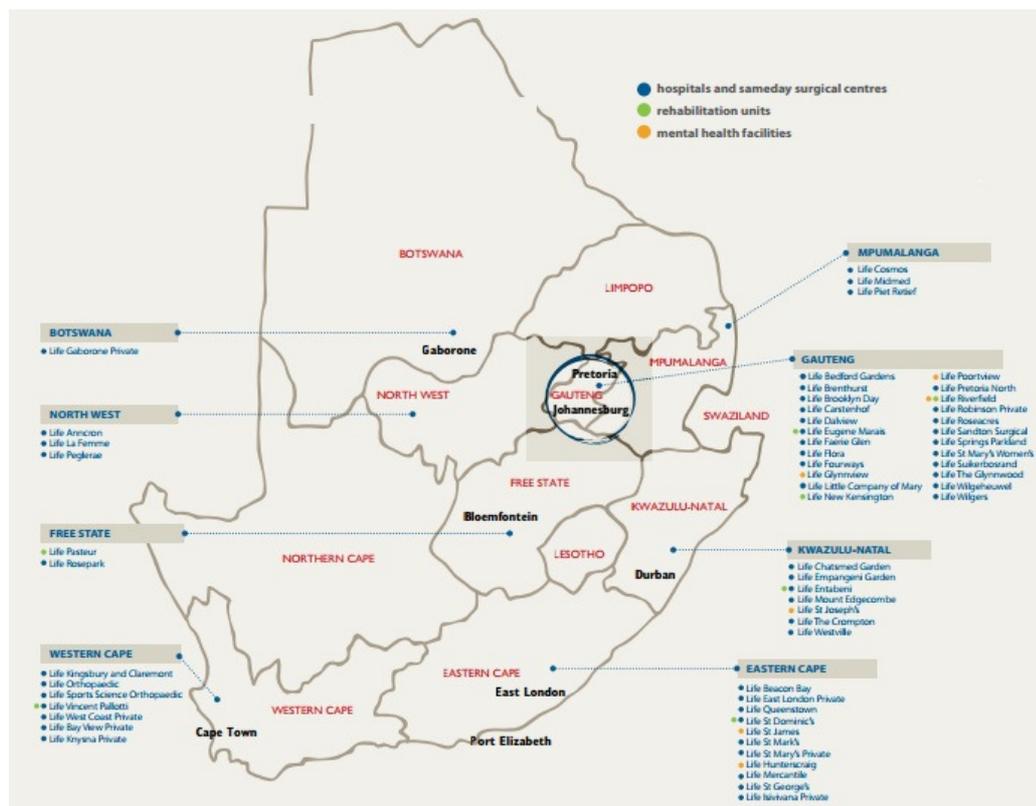
A operação do *Life* representa um investimento relevante no setor de saúde sul-africano e divide com o *Netcare Hospital Group* as primeiras posições em tamanho de estrutura e presença em vários estados do país.

⁶⁹ IPO: Initial Public Offering. Oferta Pública Inicial de abertura de capital em bolsa de valores.

⁷⁰ EBITDA – Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization (Lucros antes de juros, impostos sobre lucro, depreciação e amortização - LAJIDA).

⁷¹ *Life Healthcare Group – Integrated Annual report 2012*. <<http://www.lifehealthcare.co.za>> Acesso: 16 jun. 2013

Figura 2 – Rede de atendimento do *Life Healthcare* na África do Sul



Fonte: www.lifehealthcare.co.za⁷²

Enquanto isso, a operação do *Netcare Hospital Group*⁷³ está presente na África do Sul e no Reino Unido, representando sua operação na África do Sul cerca de 60% da receita de todo o grupo. A operação africana apresentou, no final de 2012, o número de 55 hospitais, sendo quatro em parceria público-privado; com 9.262 leitos instalados. Sua operação oferta serviços integrados que passam por atendimento ambulatorial, internação hospitalar, serviços de diálise e radiologia dentre outros. Sua ocupação semanal média é de 72% dos leitos disponíveis, com prazo médio de internação de 3,5 dias e contribuiu com a geração de receita, em 2012, na ordem de R's 14,6 bilhões ou cerca de US\$ 1,7 bilhão, sendo tudo isso desenvolvido por cerca de 20.500 empregados.

O grupo hospitalar *Mediclinic*⁷⁴, fundado em 1983, tem operações em três países. Na África do Sul, o grupo *Mediclinic* conta com 52 hospitais em sua rede e atende a demanda do mercado com uma estrutura de 7.378 leitos

⁷² < http://www.lifehealthcare.co.za/IR/Financial_Results/2012/Annual_Report/map-popup.php > Acesso: 20 ago. 2013

⁷³ *Netcare Hospital Group* - < <http://netcare.co.za> > Acesso: 22 jun. 2013.

⁷⁴ *Mediclinic* < <http://mediclinic.co.za> > Acesso: 22 jun. 2013.

instalados. O grupo *Mediclinic* é uma companhia listada na *Johannesburg Stock Exchange (JSE)*⁷⁵ desde 1986. Em 2012, sua operação na África do Sul teve uma receita de R\$ 9,4 bilhões, ou seja, US\$ 1,1 bilhões, e margem EBITDA de quase 21%.

Os exemplos trazidos de grupos hospitalares na África do Sul em nada podem ser comparados com qualquer operação hospitalar brasileira. Na verdade, o Brasil não possui grandes grupos hospitalares, muito menos distribuídos em todas as regiões do país.

Reforçando os investimentos e contribuindo com o avanço das políticas de saúde, a África do Sul vem desenvolvendo suas instalações hospitalares através de Parceria Público-Privado (PPP). De acordo com o trabalho do *National Treasury* apresentado por Gqoli (2005), o país já contava com 12 projetos de PPP com investidores privados. No trabalho, o autor cita duas operações com hospitais, uma com o *Inkosi Albert Luthuli Hospital*, assinado em 2001, com prazo de 15 anos e participação no capital de 40% e a outra com o *Universitas and Pelonomi Hospitals*, assinada em 2002, com prazo de 16,5 anos e participação no capital de 40%. Ainda segundo Gqoli (2005), dentre vários fatores de sucesso, é preciso citar: o compromisso político com o programa de PPP; a legislação clara e objetiva para os programas de PPP; o impacto econômico dos projetos; um mercado financeiro favorável; um mercado privado competitivo; e uma comunicação extensiva sobre o programa de PPP.

5.6 EUA

Os EUA, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000), tem o sistema de saúde público-privado mais caro do mundo, com gastos públicos com saúde em 2012 na ordem de 18% do PIB, ou cerca de US\$ 1,2 trilhões do PIB. Com relação à legislação e às normas, verifica-se que nos EUA, através do Ato sobre investimento estrangeiro - *The Foreign Investments⁷⁶ Act*-, na área

⁷⁵ *Johannesburg Stock Exchange (JSE)*, bolsa de valores sul-africana. <<http://www.jse.co.za> > Acesso: 22 jun. 2013

⁷⁶ *Foreign Investment*: Investimento Estrangeiro.

de proibições, não há qualquer restrição a investimentos estrangeiros em operações hospitalares.

No parágrafo terceiro das disposições gerais, o *Act* relaciona as proibições a investimento estrangeiro:

- “a) defesa da ordem pública e da segurança interna do Estado;
- b) atividades bancárias envolvendo banco central e função de emissor bancário;
- c) outras áreas que são consideradas por lei como absolutamente reservada para o Estado ou princípio da soberania.”

Entender o mercado americano de saúde, assim como de outros países desenvolvidos, é alicerçar decisões que sejam mais apropriadas para a realidade dos sistemas de saúde de cada um dos países do BRICS. Afinal, o mercado hospitalar americano possui um número elevado de instituições sem fins lucrativos que receberam aportes de investidores privados.

Estudos de associações de saúde americana e de empresas de consultoria apontam que fatores como cobertura geográfica e acesso dos pacientes conferem uma posição significativamente mais competitiva a uma instituição hospitalar, além da indicação como referência na assistência nacional. Outro fator importante é o escopo e a qualidade dos serviços hospitalares ofertados, seja em uma única instituição ou em rede de serviços. Um hospital ou rede de hospitais que oferece uma ampla gama de serviços tem a facilidade de contratar recursos, ser mais produtivo em custos e prestar serviços com melhor qualidade que atendam às grandes estruturas de seguros saúde privado.

De acordo com a Lei de Reforma de Saúde (*Affordable Care Act*.⁷⁷), os hospitais estão obrigados a publicarem anualmente uma lista de seus indicadores de qualidade na prestação dos serviços de saúde. Avaliando, ainda, os principais pontos da nova lei, destaca-se que o governo estabeleceu regras para o aumento dos prêmios cobrados pelas empresas de seguro saúde aos mais de 175 milhões de americanos que os contratam, com uma cobertura ampliada contra doenças pré-existentes ou adquiridas e melhoria da aplicação dos recursos usados para recuperação da saúde.

O poder executivo americano, especificamente a Casa Branca⁷⁸, garante, através da nova lei, uma política para redução constante dos gastos e

< <http://www.sice.oas.org/investment/natleg/us/usfiac.asp> > Acesso: 09 fev. 2013.

⁷⁷ <http://www.whitehouse.gov/healthreform> . Acesso: 20 ago. 2013.

⁷⁸ <http://www.whitehouse.gov/healthreform> . Acesso: 20 ago. 2013.

desperdícios, além de controle de fraudes e desvios no montante de US\$ 210 bilhões até final desta década e mais de US\$ 1 trilhão a partir da década de 2020. Finalmente, a nova legislação também beneficia as pequenas empresas com crédito fiscal para o pagamento de parte do seguro saúde de seus funcionários, garantindo redução de cerca de 4% sobre os gastos com seguro saúde.

Outra característica do sistema de saúde americano é o investimento na formação dos profissionais da saúde, na especialização médica e no uso de tecnologia para diagnóstico e terapia do paciente. Os profissionais médicos encaminham e referenciam os serviços hospitalares, principalmente, com base na amplitude e qualidade dos serviços prestados pela companhia, desempenho da sua equipe de enfermagem e dos demais profissionais da saúde vinculados à assistência ao paciente. Por fim, não menos relevante, é todo o investimento que é feito na disponibilização de equipamentos e instalações físicas modernas.

Nos EUA, no ano de 2010, foram realizados dez grandes investimentos em operações hospitalares privadas, incluindo privatizações de estruturas sem fins lucrativos. Dentre estas operações de investimentos destacam-se:

- a) *Detroit Medical Center* no valor de US\$ 630 milhões;
- b) *Tenet Healthcare Corp.* no valor de US\$ 6.574 milhões;
- c) *Caritas Christi Health Care* no valor de US\$ 495 milhões;
- d) *Acute Care Hospitals* no valor de US\$ 200 milhões; e
- e) o *Prospect Medical Holding Inc.* no valor de US\$ 363 milhões.

Convém registrar que várias destas operações possuem ações negociadas na bolsa de valores de Nova York.

Nos EUA, segundo publicação da revista *Forbes* (2010), a *American Hospital Directory* avaliou 24 hospitais com mais de 200 leitos e constatou que a margem operacional ficou acima de 25%, sendo que o *Flores Medical Center*, em *Dothan, Alabama*, registrou margem de 53%. Da lista dos 24 hospitais avaliados, apenas dez são sem fins lucrativos. A partir da tabela 5, descrita a seguir, é possível estimar os níveis de lucratividade operacional, entre hospitais com ou sem fins lucrativos nos EUA.

Tabela 5: Hospitais mais rentáveis dos EUA em 2010

Hospitais	Camas - (A)	ROL (US\$ milhões) - (B)	% MO	Tipo social	Grupo	B/A
Ohio State University Hospital	835	1.980	32%	sem fins lucrativos	UMC (1)	2,37
St. Mary's Hospital	821	701	24%	sem fins lucrativos	Mayo (2)	0,85
Sutter Memorial Hospital	627	688	28%	sem fins lucrativos	Sutter (3)	1,10
Medical City Hospital	677	567	26%	com fins lucrativos	HCA (4)	0,84
Northridge Hospital Medical Center	335	458	30%	sem fins lucrativos	Catholic (5)	1,37
Swedish Medical Center	296	447	33%	com fins lucrativos	HeathOne (6)	1,51
Rochester Methodist Hospital	336	446	37%	sem fins lucrativos	Mayo	1,33
Seton Medical Center Austin	405	432	34%	sem fins lucrativos	Ascension (7)	1,07
Lutheran Hospital of Indiana	380	431	30%	com fins lucrativos	CHS (8)	1,13
Erlanger Baroness	521	400	29%	sem fins lucrativos	Erlanger (9)	0,77
Flowers Hospital	235	389	53%	com fins lucrativos	CHS	1,66
St. Francis Medical Center	500	377	26%	sem fins lucrativos	Franciscan (10)	0,75
The Medical Center of Aurora	259	336	26%	com fins lucrativos	HeathOne	1,30
St. Luke's Hospital	204	309	27%	sem fins lucrativos	Ascension	1,51
Saint Mark's Hospital	250	283	31%	com fins lucrativos	HCA	1,13
Doctors Hospital of Augusta	215	272	33%	com fins lucrativos	HCA	1,27
Saint Luke's Hospital	296	263	36%	sem fins lucrativos	Iowa (11)	0,89
Conroe Regional Medical Center	258	261	28%	com fins lucrativos	HCA	1,01
Medical Center of Plano	403	254	28%	com fins lucrativos	HCA	0,63
Del Sol Medical Center	304	243	45%	com fins lucrativos	HCA	0,80
Eastern Idaho regional Medical Center	242	231	28%	com fins lucrativos	HCA	0,95
Northwest Medical Center-Springdale	249	230	25%	com fins lucrativos	CHS	0,92
Memorial Medical Center	286	220	26%	com fins lucrativos	LifePoint (12)	0,77
Las Palmas Medical Center	247	203	25%	com fins lucrativos	HCA	0,82
Regional Medical Center Bayonet Point	268	185	28%	com fins lucrativos	HCA	0,69

Fonte: Forbes (2010), Hospitais mais rentáveis da América (*America's Most Profitable Hospitals*)

ROL: Receita Operacional Líquida

MO: Margem Operacional

(1) UMC - University Medical Center, Columbus, Ohio

(2) Mayo Health System, Rochester, Minn.

(3) Sutter Health, Sacramento, Califórnia

(4) HCA - Hospital Corporation of America, Nashville, Tenn.

(5) Catholic Healthcare West, San Francisco, Califórnia

(6) HealthOne, Denver, Colorado (afiliada a HCA)

(7) Ascension Health, St. Louis, Mo.

(8) CHS - Community Health Systems, Brentwood, Tenn.

(9) Erlanger Health System, Chattanooga, Tenn.

(10) Franciscan Missionaries of Our Lady Health System, Baton Rouge, La.

(11) Iowa Health System, Des Moines, Iowa

(12) LifePoint Hospitals, Brentwood, Tenn.

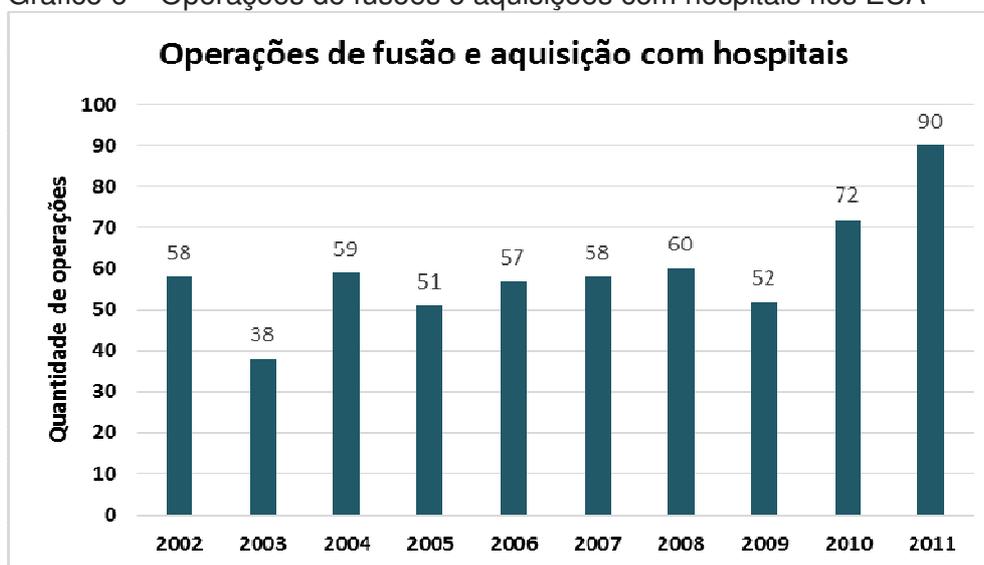
Os dados da tabela acima, apesar das críticas severas por parte dos especialistas da área no que tange às margens operacionais dos hospitais nos EUA, evidenciam que uma das maiores redes de serviços hospitalares, a companhia HCA (*Hospital Corporation of America*), tem uma margem operacional média de 30%. Este percentual não tem desvios significativos quando comparado com as margens operacionais de hospitais sem fins lucrativos.

Para McArthur e Owens (2011), os hospitais acreditam que as fusões e aquisições serão necessárias para a sobrevivência e crescimento das suas estruturas ou redes de serviços hospitalares. Através dessa estratégia,

pretendem: atingir escala para preservar as margens; controlar custos; melhorar o ciclo da assistência ao paciente; melhorar os processos de qualidade e acreditação; implementar novas tecnologias de informação e responder aos novos modelos de pagamento e remuneração dos serviços hospitalares.

Complementando a informação de rentabilidade de operações hospitalares, o mercado americano criou entre os anos de 2002 e 2011 mais de 590 operações de fusões e aquisições com hospitais e serviços assistenciais, detalhando-se no gráfico 6 as operações realizadas anualmente.

Gráfico 6 – Operações de fusões e aquisições com hospitais nos EUA



Fonte: *Inving Levin Associates* (2012)⁷⁹ e *Dixon Hughes Goodman* (2013)

Os fundos de investimentos e redes assistenciais consolidam o mercado e criam conjuntos e estruturas que vão além das sedes originais das grandes corporações hospitalares americanas.

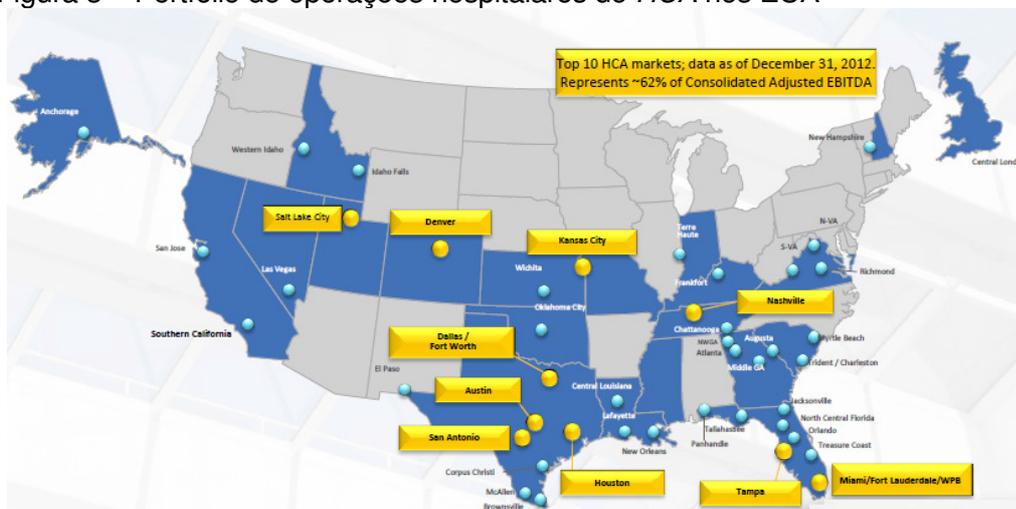
Em março de 2010 o *Cerberus Capital Management*, através de sua subsidiária, a *Steward Healthcare System LLC*, assinou acordo com o *Caritas Christi Health Care*. Na oportunidade, anunciou acordo de investimento de cerca de US\$ 830 milhões. Estes recursos foram destinados para cobrir obrigações com pensões de ex-funcionários, pagamento de dívidas, suporte financeiro da operação e o compromisso de integralizar outros US\$ 400 milhões em novos

⁷⁹ <<http://www.levinassociates.com/mammonthly.htm>>. Acesso: 08 mar. 2013.
<<http://www.dhgllp.com/healthcare>>. Acesso: 09 mar. 2013.

investimentos. O *Caritas Christi*⁸⁰ é o 10º empregador de *Massachusetts*, com seis hospitais, agregando cerca de 13 mil funcionários.

O HCA⁸¹, que controla 163 hospitais dos estados de *New Hampshire* a *Califórnia*, com centros de imagem e oncologia, com mais de duzentos mil funcionários, ultrapassando em muito a maioria dos seus concorrentes e representando cerca de 5% de toda a oferta de serviços hospitalares americanos. O HCA recebeu aporte de três grandes fundos de investimento de *private equity*, dentre eles a *Bain Capital*, co-fundada por Mitt Romney, o candidato republicano à presidência - que comprou o HCA no final de 2006⁸² e assim obteve robusto crescimento em função do aumento do lucro e do valor da participação das empresas de quase três vezes e meia o seu investimento inicial no negócio de US\$ 33 bilhões. Na figura 3, nos estados americanos pintados de azul, pode-se entender a dimensão da rede e a amplitude de atendimento do HCA.

Figura 3 – Portfólio de operações hospitalares do HCA nos EUA



Fonte: HCA – *Citi 2013 Global Healthcare Conference*, New York, 26/02/2013.

O desempenho financeiro foi tão impressionante que o HCA se tornou um modelo para a indústria hospitalar americana. Seu sucesso inspirou trinta e cinco aquisições de hospitais ou redes de serviços hospitalares, nos últimos dois

⁸⁰ <<http://www.caritaschisti.org>> Acesso: 02 mar. 2013.

⁸¹ <<http://www.hcahealthcare.com>> Acesso: 02 mar. 2013.

⁸² <<http://www.nytimes.com/2012/08/15/business/hca-giant-hospital-chain-creates-a-windfall-for-private-equity.html?pagewanted=all>> Acesso: 21 fev. 2013.

anos e meio, por meio de empresas de *private equity* ansiosas para repetir os resultados alcançados pela operação do HCA.

A gigante hospitalar também adotou um sistema de atendimento que se destina a resolver os problemas de superlotação nas emergências e redução constante de custos na prestação do serviço. Durante anos, a sala de emergência do hospital tem sido utilizada pelos segurados para atendimento ambulatorial e não de emergência ou urgência. Este serviço é usado pelos pacientes sem seguro saúde e que não pagam diretamente pelos serviços prestados.

A história do crescimento do HCA oferece um modelo de alocação de recursos e desenvolvimento de rede assistencial amplo em um país continental. Os hospitais de pequeno porte e sem fins lucrativos estão fechando ou sendo devorados por conglomerados hospitalares, muitos dos quais operaram com lucro e, portanto, precisam continuar aumentando as receitas e reduzindo os custos, sem perder o foco na qualidade assistencial.

Em 2010, a *Steward Healthcare System*, controlada pela *Cerberus Capital Management*, com sede em *Boston*, comprou o segundo maior grupo hospitalar em *Massachusetts*, convertendo-o em um sistema de fins lucrativos. Nesse mesmo ano, o *Vanguard Health System*, que é uma operação com fins lucrativos e ainda tem *Blackstone Group* como seu maior acionista, após a abertura de capital em 2011, comprou oito hospitais na região de *Detroit*.

O grupo hospitalar *Vanguard Health Systems Inc.*⁸³, com sede em *Nashville*, tem ações negociadas na bolsa de New York (NYSE)⁸⁴. Além disso, o *Vanguard* possui 28 hospitais e dispõe de 7.081 leitos instalados. É um grupo que tem um histórico de consolidar operações, com treze aquisições de novos hospitais nos últimos três anos. No seu relatório de 2012⁸⁵ o grupo faturou aproximadamente US\$ 6 bilhões, distribuído nas seguintes fontes de pagamento: 37% *medicare*, 26% *medicaid* e 37% em outras fontes de cuidados gerenciados (*managed care* – valor pago por vida gerenciada de uma

⁸³ *Vanguard Health Systems, Inc.* < <http://www.vanguardhealth.com> > Acesso: 26 jun. 2013.

⁸⁴ *New York Stock Exchange (NYSE)*. < <http://nyse.com> > Acesso: 26 jun. 2013.

⁸⁵ Relatório anual do *Vanguard Health System, Inc.* 2012.
<http://investor.vanguardhealth.com/phoenix.zhtml?c=178206&p=irol-newsArticle_print&ID=1848562&highlight=> Acesso: 26 jun. 2013.

determinada carteira) ou particulares, apresentando uma receita média por paciente admitido, internado, de US\$ 9,8 mil.

O *Vanguard*, assim como todos os demais grupos hospitalares americanos, passou por ajustes operacionais com vistas a atender às novas exigências da legislação de cuidados à saúde da população americana, o *Patient Protection and Affordable Care Act*, 2011; como também a legislação de controle de gastos com saúde - o *Budget Control Act*, 2011. Essa última legislação define níveis de redução de gastos, que em sua grande maioria ficaria por volta de no mínimo 2%, valendo inclusive para os programas de seguro *medicare* e *medicaid*. Reforçando o modelo de controle de gastos, foram ainda definidos aumentos dos impostos para os programas de assistência à saúde elevando de 5,5% para 6% no caso do *medicaid*.

O *Kindred Healthcare Inc.*⁸⁶, uma companhia privada com sede em *Louisville* com faturamento anual de aproximadamente US\$ 2.927 milhões⁸⁷ e cerca de 8.641 leitos ofertados ao mercado de saúde em 26 estados americanos, tem um atendimento assistencial realizado por uma equipe técnica de mais de 72 mil funcionários. Encerrou o ano de 2012 com 122 hospitais de diversos portes e com atendimento diversificado, que vai desde o atendimento de casos simples ou ambulatorial, passa pelos serviços de emergência e urgência e chega aos serviços de internação-dia e ainda aos serviços de internação de longa duração e terapia intensiva, afora os cuidados técnico-assistenciais na casa do paciente, chamados de *home care*. Além disso, o grupo possui seis hospitais especializados em reabilitação e também contratos de terceirização de serviços com centenas de outras instituições de saúde.

O grupo *Kindred* apresentou um tempo de internação médio de 27,3 dias em 2012, tendo obtido uma receita dia por paciente de US\$ 1,5 mil e uma receita total de US\$ 42,4 mil por paciente admitido e, isso, com uma ocupação média de 65%, taxa que se situa um pouco abaixo do percentual de ocupação referência de 75% do mercado hospitalar. A sua operação de pacientes de longa duração de internação define a receita por paciente admitido quando avaliado o valor da receita diária e o prazo de internação. O grupo tem como estratégia o

⁸⁶ *Kindred Healthcare, Inc.* < <http://www.kindredhealthcare.com> > Acesso: 24 jun. 2013.

⁸⁷ *Kindred Healthcare, Inc.* < <http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=129959&p=irol-presentations> > Acesso: 24 jun. 2013.

crescimento contínuo, a oferta de serviços de qualidade e com resultado para o paciente e, principalmente, a redução dos custos assistenciais no tratamento do paciente.

O *Tenet Healthcare Corporation*⁸⁸, outro grande grupo de serviços de assistência hospitalar e do setor de saúde, com 49 hospitais distribuídos em vários estados americanos, fechou 2012 com receita de US\$ 9,5 bilhões⁸⁹ e cerca de 13.100 leitos. O grupo apresentou uma receita líquida por paciente dia de US\$ 2,5 mil e uma receita total por paciente admitido de US\$ 11.870. Assim como os demais grupos hospitalares e de saúde, o *Tenet* apresentou a seguinte distribuição nas suas fontes de receita: o *medicare* com 23%, o *medicaid* 9%, planos gerenciados (*medicaid* e *medicare* e demais) 57,2% e outros, inclusive particulares, com 10,8%.

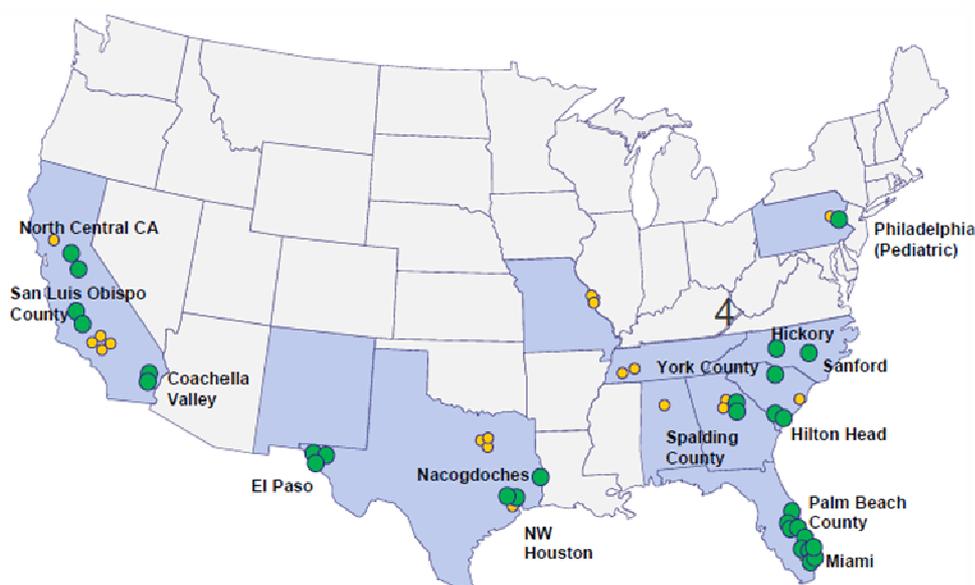
O *Tenet Healthcare* tem operações em onze estados dos EUA, da costa leste à costa oeste, como indica o mapa elaborado pela companhia e apresentado na figura 4 contendo os estados atendidos pelo grupo. O grupo apresenta operações de grande relevância nos mercados da Califórnia, Flórida, Filadélfia e Texas, dentre outros.

Legenda da figura:

-  *Tenet Hospital* em posição de destaque no mercado, sendo o primeiro ou segundo principal provedor de serviços hospitalares.
-  *Tenet Hospital*.

⁸⁸ *Tenet Healthcare Corporation* < <http://www.tenethealth.com> > Acesso: 02 set. 2013.

⁸⁹ *Tenet Healthcare Corporation* <<http://www.tenethealth.com/Investors/Documents/Press%20Releases/2013%20Press%20Releases/Tenet%20Release%20Fourth%20Quarter%20Earnings%202026%202013.pdf>> www.tenethealth.com > Acesso: 02 set. 2013.

Figura 4 – Rede de atendimento do *Tenet Healthcare* nos EUA

Fonte: *Tenet Healthcare Corporation* < <http://www.tenethealth.com> >

Em recente anúncio⁹⁰ de fato relevante ao mercado de capitais americano, o *Tenet Healthcare Corporation* informou que está em fase final de aquisição da operação do *Vanguard* com o objetivo de fortalecer sua posição em diversos mercados, construir sinergias entre as operações e preparar as duas redes para o novo cenário de restrições de gastos com saúde dos americanos. A aquisição está avaliada em US\$ 4,3 bilhões, incluindo a assunção de US\$ 2,5 bilhões em dívidas do *Vanguard*. Os Conselhos de Administração das duas companhias aprovaram a operação, por unanimidade, tendo o *Tenet* obtido garantia de financiamento total da operação que foi comprometida pelo *Bank of America Merrill Lynch*. A aquisição, que deve ser concluída antes do final de 2013, está sujeita ainda às condições habituais de fechamento e aprovações regulatórias do governo americano.

⁹⁰ Tenet Healthcare - <http://media.corporate-ir.net/media_files/IROL/17/178206/Tenet_to_Acquire_Vanguard_health_systems.pdf> Acesso: 02 jul. 2013

5.7 Comparativo entre os países

Na figura 5, percebe-se ao mesmo tempo as convergências e divergências entre os sistemas de saúde dos países do BRICS e dos EUA. Em alguns modelos, com estruturas próprias de cuidados e assistência à saúde e elevados investimentos diretos na prestação dos serviços; e, noutros, com a coparticipação do cidadão, que se obriga a contratar um seguro saúde. Observa-se, ainda, em algumas situações, um direcionamento de atendimento diferenciado, por vezes gratuito, para a população mais carente, para os idosos e para aqueles com necessidades especiais.

Figura 5 – Comparativo do modelo assistencial e fontes de financiamento dos BRICS

	Modelo básico assistencial	Provisão dos serviços de saúde	Fontes de Financiamento básico do sistema
 BRASIL	Universal e Gratuito	Provimento misto -rede pública e suplementar com rede privada-	<ul style="list-style-type: none"> Recursos Públicos (financeiro e infraestrutura)
 Rússia	Universal e Gratuito	Provimento misto -rede pública e privada de assistência-	<ul style="list-style-type: none"> Recursos públicos Seguro saúde público obrigatório
 Índia	Universal e Gratuito (serviços de internação e emergência)	Provimento misto -rede pública e privada de assistência-	<ul style="list-style-type: none"> Recursos públicos (financeiro e infraestrutura) Seguro saúde
 China	Universal e Gratuito (população rural e saúde básica)	Provimento misto -rede pública e privada de assistência-	<ul style="list-style-type: none"> Recursos públicos (financeiro e infraestrutura) Seguro saúde obrigatório
 África do Sul	Universal / Gratuito (saúde básica)	Provimento misto -rede pública e privada de assistência-	<ul style="list-style-type: none"> Recursos públicos (financeiro e infraestrutura) Seguro saúde obrigatório
 EUA	Universal e Gratuito (de acordo com regras de elegibilidade)	Provimento misto -rede pública e privada de assistência-	<ul style="list-style-type: none"> Recursos públicos (infraestrutura) Seguro saúde obrigatório

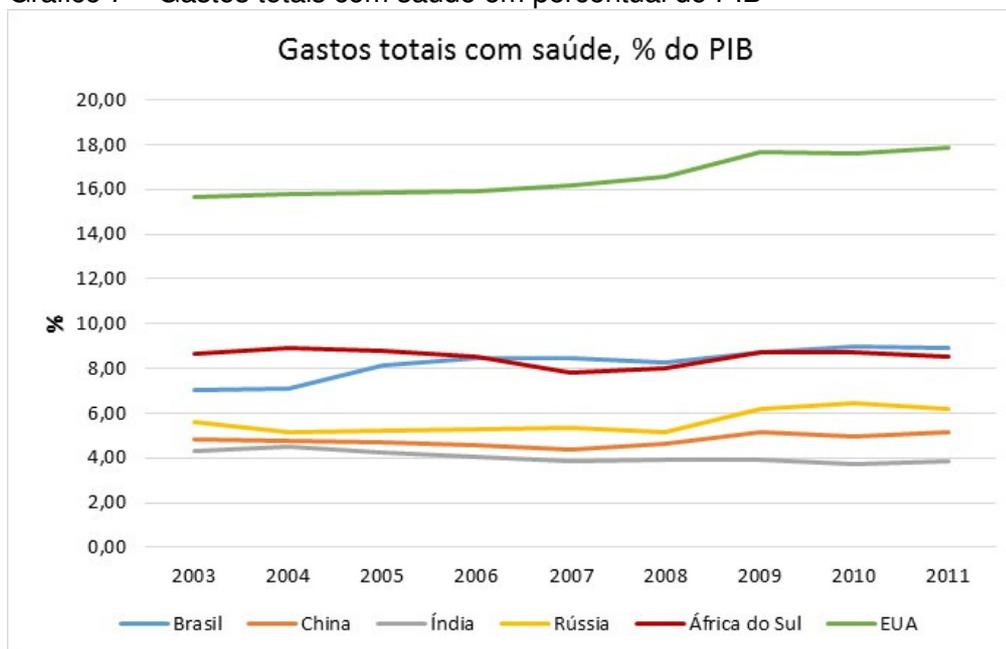
Fonte: desenvolvido pelo autor

Comparando agora os gastos com saúde em percentual do PIB de cada país, pode-se ver pelo gráfico 7 que os países do BRICS têm gastos com saúde que variam entre 3,8% e 8,5% do PIB, ficando os EUA com uma curva que representa em média 17% do seu PIB. O Brasil apresentou uma curva de crescimento entre os anos de 2003 e 2011, de 6,6% para 8,5%, o que revela um

desenvolvimento de cerca de dois pontos percentuais e representa incremento em torno de 28,7%, nos gastos com a saúde da população.

Os demais países do BRICS tiveram uma curva de gastos com pequeno crescimento ao longo do mesmo período, mas com uma abertura significativa ao setor privado de hospitais. Pode-se, inclusive, verificar a melhoria no atendimento e crescimento do número de leitos privados disponíveis em todos os países do BRICS. Todavia, os gastos dos EUA revelam uma curva crescente e sem provisão orçamentária suficiente por parte do Estado para cobrir todos os gastos do sistema de saúde americano. Esses gastos estão fortemente atrelados ao uso em excesso e indiscriminado de procedimentos de diagnóstico e terapia, além do uso de tecnologias e medicamentos em pacientes que já não tem sobrevida comprovada. Este quadro de elevação de gastos é, por vezes, justificado pelo aumento de processos e judicialização das relações entre prestadores de serviços de saúde (médicos, hospitais, clínicas e etc.) e pacientes, como forma de proteger e reduzir eventuais queixas por erros médicos e em procedimentos assistenciais.

Gráfico 7 – Gastos totais com saúde em percentual do PIB

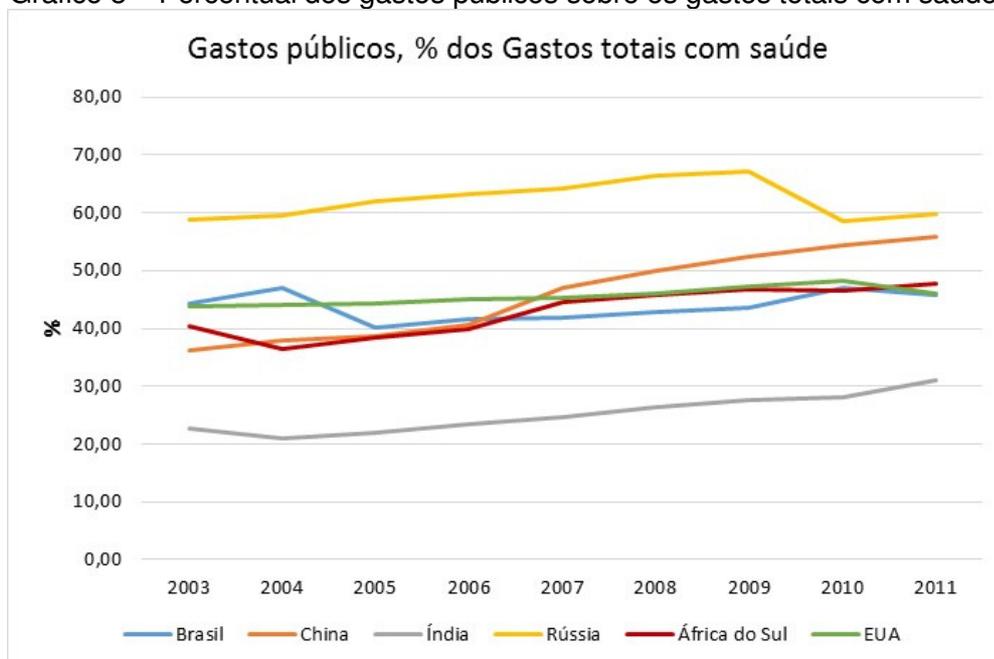


Fonte: Banco Mundial (2013)⁹¹

⁹¹ <http://search.worldbank.org/data?qterm=private+hospital+&_topic_exact%5B%5D=Health>
Acesso: 10 jun. 2013

Reforçando o indicador anterior e agora comparando o percentual de gastos públicos sobre o total do gasto com a saúde, verifica-se pelo gráfico 8 que o gasto público no Brasil permaneceu estável, em torno de 45% sobre os gastos totais com a saúde. Mesmo com o crescimento dos gastos com saúde de 6,6% para 8,5% do PIB, observa-se que a diferença do investimento, na realidade, foi apoiada pelo crescimento do sistema privado de saúde. A mesma estabilidade com o volume de gasto público aconteceu na Rússia com percentual próximo de 60% do gasto total. Já na China, Índia e África do Sul pode-se verificar aumento da participação do gasto público no total de gastos com saúde.

Gráfico 8 – Percentual dos gastos públicos sobre os gastos totais com saúde



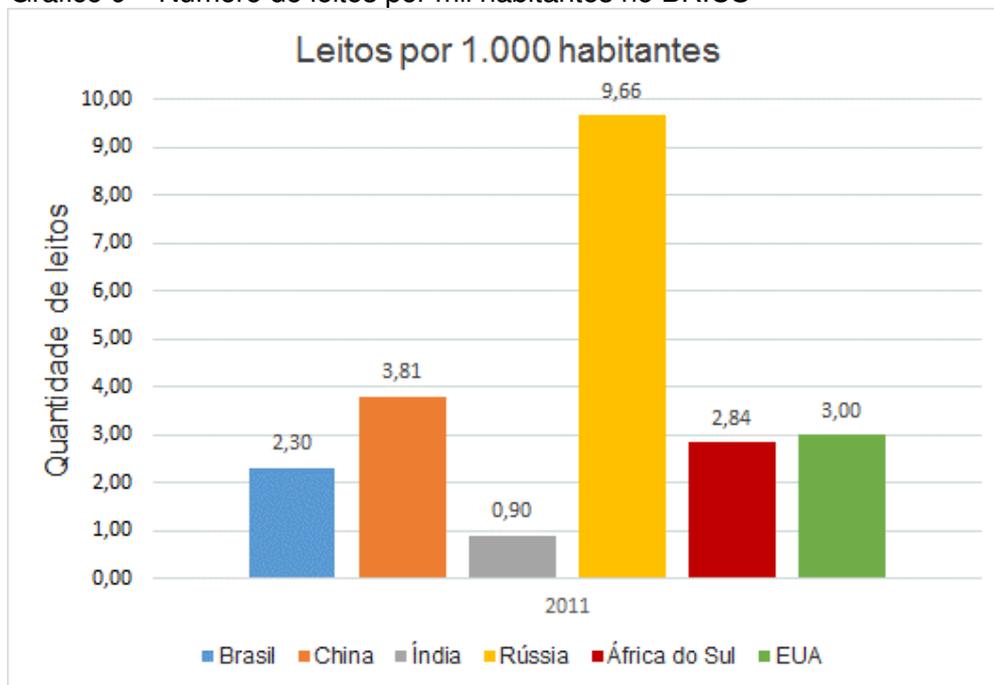
Fonte: Banco Mundial (2013)⁹²

Comparando o número de leitos para cada mil habitantes em cada um dos países do BRICS e EUA, trazidos no gráfico 9, percebe-se que o Brasil fica acima apenas da Índia. O número de leitos não representa qualidade na assistência, mas indica um crescimento nos investimentos na infraestrutura dos serviços hospitalares. Percebe-se que o número de leitos da Rússia é resultado do regime socialista, tendo sido referência pelo atendimento universal, completo

⁹² <http://search.worldbank.org/data?qterm=private+hospital+&_topic_exact%5B%5D=Health> Acesso: 10 jun. 2013.

e gratuito disponibilizado para toda população russa. A OMS recomenda um número acima de três leitos para cada mil habitantes como ideal para a boa assistência e atendimento digno da população de um país.

Gráfico 9 – Número de leitos por mil habitantes no BRICS



Fonte: Banco Mundial (2013)⁹³

Finalmente, segundo André Medici (2011)⁹⁴, consideradas as diferenças na magnitude populacional, o impacto do crescimento econômico da China e da Índia na geração bruta de riqueza tem sido e será muito maior do que o da Rússia e do Brasil. Os sistemas de saúde do BRICS têm modelos distintos e por vezes ineficientes e insuficientes ao atendimento do objetivo básico do atendimento universal a toda população.

⁹³ < <http://search.worldbank.org/data?qterm=hospital&language=EN> > Acesso: 02 mar. 2013.

⁹⁴ < <http://monitordesaudef.blogspot.com.br/2011/01/saude-nos-brics-progresso-e.html> > Acesso: 22 mai. 2013

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise comparativa da base regulatória para IED em operações hospitalares no BRICS e nos EUA demonstrou que os países estão em momentos distintos com relação à abertura para os investimentos externos. Apesar de todos os países buscarem modelos de atendimento universal à sua população, a forma e o sistema de compartilhamento entre o serviço de saúde público e privado são bem distintos entre os países avaliados.

Do mesmo modo, os países são e estão em momentos diferentes quando avaliados os indicadores sócio-econômicos, o tamanho da população, a maturidade das instituições e organizações públicas, a dimensão territorial, a política de proteção e reserva de mercados e finalmente a política de comércio exterior. Todavia, a restrição brasileira ao acesso do IED nos hospitais privados é resultado de uma proteção ao investidor interno, especificamente os donos de hospitais, que definiram junto com o legislador que este seria o melhor modelo para a sociedade brasileira. E ainda conseguiram que nossas instituições, no conceito do North, fossem todas baseadas na premissa de que a entrada de capitais estrangeiros no sistema de saúde brasileiro seria danosa para a sociedade, sob o argumento simplista de que o lucro ficaria como objetivo básico do investimento realizado e que não haveria contrapartida de ganhos para a sociedade.

A sociedade, mais uma vez, é chamada a pagar a conta de um modelo protetivo que reserva ao investidor local o direito de proteger seus investimentos e não sentir o peso de uma competição mais acirrada. Não é inteligente imaginar que o investidor estrangeiro poderia construir e explorar um hospital no Brasil e, simplesmente por isso, estabelecer um controle total sobre todos os serviços de saúde brasileiros. Quem controla, contrata e fiscaliza é a estrutura pública, com todos os seus ordenamentos jurídicos e forças reguladoras. A mudança do marco regulatório jamais criaria um desequilíbrio de competição ou mesmo um declínio dos serviços hospitalares prestados à população. Quem dita a norma e regula o mercado é o poder público e a ele cabe entender os cenários reclamados pela sociedade e suas reais necessidades ao longo dos anos. A restrição imposta pela nossa Carta Magna

em nada contribui para o respeito à livre iniciativa e o desenvolvimento de mercados.

O aumento da renda *per capita* da população trouxe novas necessidades de consumo, dentre elas, o poder de escolher e acessar serviços privados de saúde. Assim como também, o poder de exigir do governo eficiência na aplicação dos recursos orçamentários, captados pela elevada carga tributária, e melhoria dos serviços públicos ofertados à população. Todos os países do BRICS estão em um crescente desenvolvimento de suas economias e conseqüente melhora dos indicadores de inclusão social e distribuição de renda.

Na tentativa de proteger alguns empresários da saúde privada, a legislação brasileira impôs um preço à sociedade que é o crescente provimento direto do Estado no atendimento das demandas de saúde da população. O Estado não consegue prover de forma direta todos os serviços de saúde, nem tem capacidade de gerir e desenvolver serviços tão complexos como os serviços hospitalares. O serviço hospitalar guarda particularidades que são quase incomparáveis com a prestação de qualquer outro serviço ou qualquer outra indústria produtiva. Não é apenas com a base legal de compras e contratação que vamos conseguir melhorar o serviço público brasileiro. Quando a constituição brasileira proibiu o IED em hospitais privados, criou um cenário de restrição não apenas ao investidor externo, mas a toda sociedade.

Na Rússia, a abertura ao IED é ampla, com alguns controles para participação conjunta da empresa nacional com a empresa estrangeira. Em virtude do regime de governo russo o seu sistema de saúde é todo provido diretamente pelo Estado, sendo oportuno destacar, inclusive, que o número de leitos por mil habitantes é sem comparação no mundo. Com a mudança do regime russo, foi necessário mudar suas instituições e fortalecer as operações hospitalares privadas. Isso já está em curso e crescendo de forma gradativa.

No caso da Índia, com uma população de bilhões de pessoas, o sistema de saúde ainda é precário, refletindo-se essa escassez também nos serviços básicos de saúde pública, como saneamento e esgoto, cuja precaridade prejudica muito os cuidados com a saúde da população. Contudo, a partir dos anos 2000, a Índia passou a incentivar investimentos privados na área de saúde.

No que se refere à China, o marco regulatório, vem abrindo de forma gradual todo o seu mercado ao IED, apesar de ser um estado socialista. Essa gradação permite, inclusive, que empresas e investidores estrangeiros participem de atividades em conjunto com investidores locais. Apesar de controles e regras protetivas, o modelo de acesso não restringe a participação do investimento externo. Nesse caso, a proteção visa um crescimento conjunto entre o investidor local e o estrangeiro. Através das revisões que o governo chinês vem fazendo no seu *Foreign Investment Industrial Guidance Catalogue* novas oportunidades de investimento surgem para os estrangeiros, em especial para serviços hospitalares privados.

A partir dos movimentos impostos pela sociedade no final dos anos 1990, as organizações sul-africanas foram obrigadas a modificar suas bases regulatórias, trazendo mudanças no cenário da livre concorrência e de mercados competitivos; como também da abertura ao IED. Ainda, no mesmo período, foi introduzida a nova lei nacional de saúde. A mudança das instituições foi primordial para uma evolução acelerada dos serviços hospitalares privados no país.

O mercado norte americano é robusto quando se avalia o mercado de capitais e em especial o acesso livre ao IED. Os EUA tem o *Foreign Investiments Act* que regula o acesso do investimento estrangeiro nas suas mais diversas indústrias, somente proibindo atividades que sejam ligadas à segurança e à soberania do Estado democrático. Lá, todas as indústrias tem amplo acesso ao IED, inclusive as operações hospitalares privadas. É bom lembrar que as proteções e reservas de mercado também fazem parte da política social e industrial dos EUA, assim como em outros países do mundo. Entretanto, sabe-se que a proteção deve gerar um benefício social e deve ser transitória. O sistema de saúde americano é grandioso e possui problemas orçamentários como em qualquer outro país do BRICS. A provisão privada de serviços de saúde custeada com recursos públicos está em constante discussão pela sociedade americana. Apesar de possuir um mercado hospitalar imenso, a sociedade tem sentido o custo de manter um sistema de saúde que gera necessidades constantes de captação de novas fontes de financiamento. Esse conjunto de características é o que leva a utilizar os EUA

como uma base única de comparação das suas instituições com relação ao mercado de investimentos privados e ao mercado de saúde.

As instituições, no conceito de North, e organizações brasileiras, principalmente nosso Congresso Nacional, precisam acelerar o acesso ao IED e revisar todo o arcabouço legal de modo que permita modernizar os serviços públicos e reduzir a provisão de serviços hospitalares diretamente pelo Estado com o consequente desenvolvimento do setor privado.

Avaliando as informações e dados comparativos dos países elencados na pesquisa, estabeleceu-se uma relação causal entre a restrição legal de investimentos estrangeiros e a situação atual de operações hospitalares privadas no Brasil e nos outros países do grupo BRICS e EUA.

A partir dos documentos e informações publicadas foi possível evidenciar o impacto dos investimentos estrangeiros em operações hospitalares privadas nos países do BRICS e nos EUA, bem como entender a contribuição desses investimentos para a política pública de saúde dos países e suas conexões entre o sistema público e privado de assistência à saúde.

O mercado de saúde brasileiro é inegavelmente promissor e está sendo avaliado por investidores externos para possível alocação de recursos diretos em hospitais existentes ou em novas operações hospitalares. Diversos prestadores de serviços hospitalares discutem, na atualidade, a transformação de seus modelos societários, de governança corporativa e de controles econômico-financeiro com o objetivo de suportar a entrada de investimentos externos e consequente crescimento de suas operações.

Vale reforçar que a interferência do Estado nos serviços de saúde, como em qualquer outro serviço não essencial, deve ser limitada e ter na sua essência o atendimento básico da parte mais necessitada da sociedade.

O estudo demonstrou as limitações do Estado em prover de forma eficiente e eficaz os serviços de saúde e hospitalares, principalmente pela necessidade de reduzir os gastos com ativos fixos, inversões financeiras com edificações e equipamentos; como também diminuição das despesas com custeio de pessoal e manutenção da operação. Além disso, revela o inadequado sistema de compras públicas para o atendimento de uma atividade econômica com alto grau de variação dos serviços e complexa logística de atendimento.

Percebe-se que a atuação de capitais estrangeiros no setor de saúde do BRICS trouxe desenvolvimento para todo o sistema de saúde e consequente melhoria dos serviços hospitalares. Em todos os BRICS o caminho ainda está no início, mas os impactos do acesso ao IED nos hospitais vêm sendo evidenciados pelo aumento na oferta de novos leitos, pela qualificação e melhoria da produtividade dos serviços hospitalares e principalmente pela distribuição do atendimento entre a rede pública e privada de assistência à saúde.

Ao longo da pesquisa, observa-se que os maiores investimentos em operações hospitalares foram evidenciados na África do Sul, Índia e EUA. No caso da África do Sul, as redes *Life Healthcare*, *Mediclinic* e a *Netcare Hospital Group* são operações privadas presentes em grande parte das regiões do país e receberam investimentos de bilhões de dólares. Além disso, o país tem adotado políticas de incentivo ao uso de PPP's como forma de fortalecimento das políticas de saúde e melhor atendimento às demandas da sociedade.

Na Índia, com um sistema de saúde que não consegue responder aos anseios de uma população de bilhões de pessoas, houve muitos investimentos privados e a criação de grandes estruturas de serviços de saúde e hospitalares, tais como: *Care Hospital*, *Vasan Health*, *Apollo Hospitals*, *Global Hospitals* e *Koval Medical Center e Hospital*, que receberam aportes de centenas de milhões de dólares. Ressalte-se que todos os investimentos foram realizados por grandes fundos internacionais, a exemplo do Apax Partners, JP Morgan e Goldman Sachs.

Nos EUA, que representam o maior mercado de IPO do mundo na abertura de capital de hospitais privados, cabe registrar o excepcional volume dos investimentos realizados ultimamente. Com um mercado de capitais efervescente, os EUA fizeram centenas de operações de fusões e aquisições entre hospitais privados, tendo como objetivo a criação de grandes redes e a potencialização de ganhos para todo o sistema de prestação de serviço hospitalar. O *Hospital Corporation of America*, o *Tenet Healthcare Corporation* e o *Kindred Healthcare* são exemplos de operações hospitalares com presença em grande parte dos EUA e com faturamento na casa de bilhões de dólares. Percebe-se que o Estado regulou a criação das redes e estabeleceu um rigoroso sistema de proteção à livre concorrência, permitindo, assim, que a

população tenha o poder de escolher entre os diversos prestadores que estão instalados, além da opção de escolher um prestador que lhe preste atendimento em diversas regiões do país.

Na realidade, os investidores estrangeiros buscam mercados com regras estáveis; ambiente regulado, onde os indicadores sócio-econômicos estejam em curva ascendente e que estejam familiarizados com as políticas de IED. O cenário desenhado anteriormente é necessário para a atração dos recursos externos e fortalecimento das operações locais. As estruturas hospitalares são, por regra, operações de investimento e maturação de longo prazo, com elevado nível de capital e um grande volume de investimento fixo (estrutura predial, equipamentos e etc). Essa necessidade de investimento não pode, e nem deve, ser suportada apenas com recursos públicos, mas sim de modo distribuído entre recursos públicos e investimentos privados.

O investimento estrangeiro, além de alavancar recursos externos, poderá suscitar a ampliação da participação dos investidores internos. Para o mercado de capitais é salutar a entrada de capitais estrangeiros no cenário de criação de novas operações e de fundos dedicados ao mercado de prestadores de serviços hospitalares.

Quanto mais protegido for o mercado de serviços hospitalares, inclusive com restrições à entrada de capitais estrangeiros, menos produtivas serão as estruturas hospitalares e mais sujeito a acordos em bloco estará o mercado. Como a grande maioria, acima de 70%, dos hospitais privados são de pequeno porte, estes precisam se associar e negociar valores que cubram suas estruturas de forma individual, o que torna o sistema como um todo muito mais oneroso para a sociedade.

A mudança do marco regulatório brasileiro gera preocupação do legislador e do governo com a possibilidade da perda de controle das operações hospitalares com investimento estrangeiro ou mesmo o possível direcionamento ou concentração em alguma atividade para o tratamento da doença e melhoria da saúde. Essa preocupação em nada justifica a restrição ao acesso do capital externo ao mercado privado hospitalar, especialmente considerando que as normas atuais, o sistema de controle e as agências reguladoras já possuem ferramentas suficientes para tratar qualquer forma de

restrição ou concentração de mercados ou mesmo a amplitude do atendimento à sociedade.

Os hospitais privados e seus capitais nacionais já estão dentro de um modelo de controle e regulação da sua atividade pelo Estado. As agências reguladoras, ANVISA e ANS, além do SUS, ditam normas e regras desde o nascimento do projeto hospitalar até o acompanhamento periódico de suas operações. Além dessa estrutura de controle e acompanhamento, qualquer movimento que impacte na livre concorrência e no processo de escolha da sociedade será tratado pelo CADE.

O Estado já detém o poder de regular qualquer atividade na área de saúde e evitar qualquer concentração empresarial que prejudique o livre mercado e a concorrência. Basear as decisões restritivas ou manter o *status quo* do modelo institucional atual é não atender e limitar o acesso da população a serviços hospitalares de qualidade e resolutivos.

Ao Estado cabe assistir à população mais necessitada e prover o acesso à saúde básica. Sendo o Brasil um país continental é impossível o Estado prover de forma direta todas as necessidades da população de norte a sul, de leste a oeste. Manter o modelo de atendimento direto pelo sistema SUS, em todas as regiões do país, é continuar gerando menos valor para a sociedade quando comparado o gasto total em criar e manter estruturas hospitalares públicas ou simplesmente contratar serviços e atendimento de estruturas hospitalares privadas. É evidente que o Estado deve continuar investindo na prestação de serviço hospitalar, mas com foco e direcionando para regiões de difícil acesso e baixa rentabilidade para o investimento privado, o que é natural em qualquer sistema econômico ou social.

O Brasil, entre os membros do BRICS, certamente é o que está mais avançado com relação ao seu modelo político, ao fortalecimento dos poderes constituídos, aos indicadores econômicos estáveis, ao aumento da renda da população e às amplas condições de desenvolver qualquer indústria. Todavia, permanecer com as restrições ao IED em hospitais privados freia o desenvolvimento do mercado hospitalar e limita as escolhas da população.

Isso é patente e está evidenciado no sucateamento da rede pública de serviço hospitalar e pelas limitações de investimento do setor privado nesse tipo de serviço. Apenas para ilustrar, registre-se que o setor privado de saúde

chegou a ofertar cerca de 45% dos leitos disponíveis no país. Segundo o Ministério da Saúde, a quantidade de leitos privados vem se reduzindo ao longo dos últimos dez anos e fechou em 2005, ano-base da última pesquisa publicada, representando apenas 29% de todos os leitos colocados à disposição da população. Projetando-se essa participação para o final de 2013 deve-se obter um número entre 24% e 26% dos leitos disponíveis. Da mesma forma, o impacto é reforçado pela redução relativa entre quantidade de leitos para cada mil habitantes. Em 1990, era de 3,7 leitos para cada mil habitantes e em 2009 este número chegou a 2,2 para cada mil habitantes. Aqui reside o verdadeiro gargalo e o seu impacto, protege-se o investidor privado e se reduz o nível de atendimento da população.

O impacto maior com a proteção e reserva de mercado é cobrado da sociedade, que além de pagar altas cargas tributárias é refém de um modelo de saúde pública que não inclui de forma aberta e efetiva o sistema privado, nem atende as demandas da população. O preço de não abrir o setor hospitalar privado ao IED é muito maior do que manter o sistema preso a um modelo protetivo e centralizado, que foi bancado por toda sociedade ao longo dos anos e em especial após a Constituição de 1988.

As instituições devem descrever e focar as ações do poder público na melhoria do processo regulatório, na fiscalização e no controle do serviço ofertado pelo ente privado e nas necessidades das políticas de saúde pública.

A restrição imposta ao investimento estrangeiro na participação em hospitais privados no Brasil, mesmo que limitada a um percentual do capital social votante da empresa, não guarda qualquer nexos causal na quebra de qualquer interesse nacional ou necessidade de mudanças na estratégia das políticas de saúde do país. Proteger momentaneamente setores que precisam se desenvolver é salutar, mas proteger *ad infinitum* qualquer setor econômico cria, sem dúvida, uma conta de soma negativa para a sociedade.

Como bem comenta Aguilar Filho (2009), inúmeros exemplos históricos ilustram como o fortalecimento de valores nacionalistas e coletivistas pode degenerar em supressão da democracia, xenofobia, protecionismo, aversão à mudança institucional e organizacional e ao progresso dos serviços de saúde no Brasil.

Indubitavelmente, a conjugação de acesso amplo aos recursos financeiros, a melhoria dos processos assistenciais, a capacitação e treinamento dos gestores, os ganhos de escala em estruturas maiores prestação de serviços hospitalares, poderá criar um novo e promissor mercado de saúde brasileiro.

Não se defende aqui a tese do término da rede de atendimento hospitalar pública do país criada com o SUS. Até por que, muitas vezes, ela é a única forma de acesso à atenção básica da saúde de que dispõem milhões de brasileiros. Aqui também não se postula a entrega da atenção à saúde ao mercado privado, sem qualquer tipo de regulação, pois o mercado de saúde é caracterizado por inúmeras imperfeições que justificam sua regulamentação pelo Estado.

Finalmente, o desafio da reforma do setor saúde está na ampliação do acesso aos cuidados de saúde com qualidade e rapidez e na gestão dos recursos de forma eficiente, efetiva e eficaz, não sendo mais possível esperar que o investimento em todo o sistema de saúde tenha resolução apenas através de recursos governamentais captados pelo crescente modelo arrecadatório e até confiscatório do Estado.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR FILHO, H. A. **O institucionalismo de Douglass North e as interpretações weberianas do atraso brasileiro**. 206 f. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. B. A. Economia da saúde no Brasil In: LISBOA, M. ;MENEZES FILHO, N.(Orgs.). **Microeconomia e sociedade no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2001. p. 225-332.
- ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v. LIII, n. 5, dec. 1963.
- BASTOS, C. R. **Comentários à Constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.
- BRAITHWAITE, J.; HEALY, J.; DWAN, K. **The governance of health safety and quality – a discussion paper. commonwealth of Australia, 2005**. Disponível em: <http://regnet.anu.edu.au/sites/default/files/Braithwaite-et-al_governance-health-safety.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: saúde suplementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1999.
- CAMPOS, R. O. **A lanterna na popa: memórias**. Rio de Janeiro: Topbooks,1994. 1417p.
- CAVES, R. E.; FRANKEL, J. A.; JONES, R. W. **Economia internacional: comércio e transações globais**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.
- CDE. **Reforming healthcare in South Africa – what role for the private sector ?**. Center for Development and Enterprise. Research N° 18. Disponível em: <http://www.cde.org.za/images/pdf_REFORMING_20HEALTHCARE_20IN_20SA_20full_20report>. Acesso em: 18 jan. 2013.
- CHANDA, R. Constraints to foreign direct investment in indian hospitals. **Journal of International Commerce, Economics and Policy**, Bangalore, v.1, n.1, 2010.
- CHINA. **Foreign investment industrial guidance catalogue - The national development and reform commission and the state administration of commerce: 2011**. Disponível em: <<http://www.ndrc.gov.cn>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

CHINA. **Constituição da República Popular da China**. Congresso Nacional do Povo. China, 2004. Disponível em: <http://www.npc.gov.cn/englishnpc/Constitution/2007-11/15/content_1372963.htm> . Acesso em: 22 mai. 2013.

CHINA. Ministry of Health – **Private investment in hospitals** - Pronunciamento do Ministro Chen Zhu. Disponível em: <http://chinadaily.com.cn/bizchina/2012-09/17/content_15763463.htm>. Acesso em: 16 jun. 2013.

CHUDNOVSKY, D. et al. **Investimentos externos no Mercosul**. Campinas: Papirus, Instituto de Economia da Unicamp, 1999.

EGGLESTON, K.; YIP, W. **Hospital competition under regulated prices: application to urban health sector reforms in China**. Tufts University Departamento of Economics, Braker Hall, Medford, 2004. Disponível em: <<http://www.ase.tufts.edu/econ/research/documents/2004/papers01.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2013.

EUA. **The foreign investments act**. Foreign Trade Information System. Disponível em: <<http://sice.oas.org>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FAORO, R. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Globo, 1997.

FORBES. **America's most profitable hospitals**. Disponível em: <<http://www.forbes.com/2010/08/30/profitable-hospitals-hca-healthcare-business-mayo-clinic.html>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

GALA, P. S. O. S. **Teoria e retórica em Douglass North: subsídios para uma análise de sua contribuição**. Dissertação (Mestrado em Administração). Escola de Administração do Estado de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2001.

GENG, Q. et al. **The emerging role of private health care provision in China: a critical analysis of the current health system**. Stanford University - Asian Health Policy Program, 2009. Disponível em: <<http://asiahealthpolicy.stanford.edu>> Acesso em: 22 abr. 2013.

GQOLI, S. **Public private partnership in South Africa**. South Africa - National Treasury, 2005. Disponível em: <<http://www.oecd.org/daf/inv/investmentfordevelopment/35624345.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

GORDON, P.; GUPTA, P. Understanding India's service revolution. In: **CONFERÊNCIA DO FMI e NCAER. A Tale of two giants: India's and China's with reform**. New Delhi, nov. 2003.

GREMAUD, A. P. et al. **Manual de economia**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

GUDWANI, A. et al. **India Healthcare: inspiring possibilities, challenging journey.** McKinsey&Company, december, 2012. Disponível em: <http://www.mckinsey.com/locations/india/mckinseyonindia/pdf/Executive_Summary_India_Healthcare_Inspiring_pssibilities_and_challenging_journey.pdf> Acesso em: 13 jun. 2013.

HOU, X.; COYNE, J. **The emergence of proprietary medical facilities in China.** v. 88, n. 1, p. 141-151, 2008.

ÍNDIA. Governante of India. Ministry of Commerce e Industry. **The foreign** Acesso em: 10 jan. 2013.

ÍNDIA. Ministry of Commerce & Industry. **Press Note N° 5 (2012 Series) – FC-I Section.** India: Department of Industrial Policy & Promotion, 2012.

ITUMALLA, R.; ACHARYULU, G. V. R. K. Indian healthcare and foreign direct investment: challenges & opportunities. **Journal of Marketing & Management Review**, Asia Pacific, v.1, n. 2, oct. 2012.

JIONG, T. **Privatisation of health care in transitional China: a study of private clinics at the country level.** França: EHESS, 2010.

KRUGMAN, P.; OBSTFELD, M. **Economia internacional: teoria e política.** 8. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

LE DEU, F. et al. **Healthcare in China: entering uncharted waters.** [S.L.]: McKinsey&Company, 2012.

LE GRAND, J. **The strategy of equity, redistribution and social services.** London: G. Allen e Unwin, 1982.

LINS, B. F. E. **Teoria positiva da regulação.** IPEA, 2005. Mimeo.

LIU, Yuan. **Reforming China's urban health insurance system.** Cambridge: Harvard School of Public Health, 2002.

LUCAS, J. S. Taxas moderadoras e equidade na utilização de cuidados de saúde. **Revista Portuguesa de Saude Publica**, Portugal, v.8, n.1, p.17-28, 1990.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MAIA, J. de M. **Economia internacional e comércio exterior.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARINER, W. K.; FEELEY, F. G. **The role of Law in russian health reform.** Boston-MA: Boston University School of Public Health, 2001.

MCARTHUR, M.; OWENS, J. **Merger and acquisition activity for hospital and health systems: post-reform priorities and trends.** Health Lawyers, feb., 2011. Disponível em:

<http://www.healthlawyers.org/Events/Programs/Materials/Documents/PHYHHS11/mcarthur_owens_slides.pdf> Acesso em: 16 fev. 2013.

MODESTO, P. **Nova organização administrativa brasileira: estudo sobre a proposta da comissão constituída pelo Governo Federal para reforma da organização administrativa brasileira.** 2. ed. Belo Horizonte: Forum, 2010.

_____. **Reforma do Estado, formas de prestação de serviços ao público e parcerias público-privadas: demarcando as fronteiras dos conceitos de serviço público, serviços de relevância pública e serviços de exploração econômica para as parcerias público-privadas.** Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico, Salvador, n. 2, maio/jul. 2005. Disponível em: <<http://direitodoestado.com.br>> Acesso em: 11 maio 2013.

NORTH, D. C. **Institutions, institucional change and economic performance.** Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

_____. **Understanding the processo of economic change.** New Jersey: Princeton University Press, 2005.

NUNES, A. **Ensaio em economia da saúde.** Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

OLIVEIRA, I. T. M. Os brics no comércio internacional de serviços. **Boletim de Economia e Política Internacional**, v.9, p. 41-54, 2012.

OMS. **The world health report - health systems: improving performance.** Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2000/en/>>. Acesso em: 17 jun 2013.

O'NEILL, J. **O mapa do crescimento: oportunidades econômicas nos BRICs e além deles.** São Paulo: Globo, 2012.

O'NEILL, J. Building better global economic BRICs: goldman sachs. **Global Economics Paper**, New York, n. 66, 2001. Disponível em: <<http://www.gs.com>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

REVISTA GV SAÚDE DA FGV-EASP. **Acesso e regulação no setor público e no setor privado.** São Paulo: FGV, n.13, 2012. Debates GV Saúde, 32 p.

REVISTA GV SAÚDE DA FGV-EASP. **Competitividade e as organizações de saúde.** São Paulo: FGV, n. 6, 2009. Debates GV Saúde, 36 p.

RIBEIRO, J. A. ; PIOLA, F. S.; SERVO, L. M. **Financiamento da saúde.** IPEA, 2005. Mimeo.

RUSSIA. **Federal Law No. 160-FZ (1999)**, "On Foreign Investmens in the Russian Federation" ou "Law on Foreign Investments". Disponível em:<<http://www.nsplaw.com/doing-business-in-russia/legal-presence/>. Acesso em: 12 jan. 2013.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, v.1, n.1, p.1-15, jul. 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

SRINIVISAN, R. **Health in Índia: vision 2020 – issues and prospects**. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/anupsoans/health-care-in-india-vision-2020>> Acesso em: 10 abr. 2013.

STIGLITZ, J. E. **Economics of the public setor**. 2. ed. New York/London: Norton & Company, 1988.

THORSTENSEN, V.; OLIVEIRA, I. T. M. **OS BRICS na OMC: politicas comercias comparadas de Brasil, Russia, India, China e África do Sul**. Brasília: IPEA, 2012.

YANCI, J. et al. **What hospital executives should be considering in hospital mergers and acquisitions**. Dixon Hughes Goodman. Ohio, 2013. Disponível em: <http://www.dhgllp.com/res_pubs/Hospital-Mergers-and-Acquisitions.pdf> Acesso em: 11 abr. 2013.

ZURN, P. et al. BRICS and global health. **Bulletin of the World Health Organization: WHO**. 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/7/13-125344.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2013.

ANEXO A – Projeto de Lei do Senado nº 259, de 16/06/2009

SENADO FEDERAL
PROJETO DE LEI DO SENADO
Nº 259, DE 2009

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para permitir a participação de empresa e de capital estrangeiro na assistência à saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 23 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 23.** É permitida a participação direta ou indireta de empresa ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I – por intermédio de doação de organismo internacional vinculado à Organização das Nações Unidas, e de entidade de cooperação técnica e de financiamento e empréstimo;

II – em pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade anônima com no **mínimo cinquenta e um por cento do capital votante pertencente a brasileiros natos ou naturalizados** há mais de dez anos destinada a instalar, operacionalizar ou explorar (grifo nosso):

- a) hospital geral;
- b) laboratórios de análises clínicas, de anatomia patológica e de genética humana;
- c) serviço de fisioterapia;
- d) serviço de diagnóstico por imagem;
- e) ações e pesquisas de planejamento familiar;

f) seguro-saúde e plano privado de assistência à saúde;

III – em hospital geral filantrópico;

IV – em serviço de saúde sem finalidade lucrativa, mantido por empresa para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

§ 1º Em qualquer caso, é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º É vedada a participação a que se referem os incisos II e III do *caput* em:

I – hospital com número de equipamentos de hemodiálise superior a dez por cento do número de leitos;

II – hospital cuja taxa de ocupação de leitos por pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular, terapia ou propedêutica hemodinâmica ou transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano seja superior a trinta por cento da taxa de ocupação total de leitos;

III – hospital cuja soma das taxas de ocupação de leitos por pacientes de quimioterapia e de radioterapia seja superior a trinta por cento da taxa de ocupação total de leitos. (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O *caput* do art. 199 da Constituição Federal é bastante claro ao determinar que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Todavia, os parágrafos desse artigo estabelecem condições, entre elas a vedação da participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nessa atividade, salvo nos casos previstos em lei. Outro dispositivo constitucional – o art. 172 – estabelece que os investimentos de capital estrangeiro devem ser disciplinados por lei, com base no interesse nacional.

Atualmente, a participação de empresas e capitais estrangeiros na assistência à saúde é permitida apenas em alguns casos: ações e pesquisas de planejamento familiar; seguro-saúde e planos privados de assistência à saúde; doações por organismos internacionais vinculados à Organização das Nações

Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; e serviço de saúde sem finalidade lucrativa, mantido por empresa para atendimento dos seus empregados e dependentes.

São notórias as dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no desempenho de todas as ações destinadas a cumprir os ditames do art. 196 da Carta Magna, segundo os quais a saúde é direito de todos e dever do Estado. A assistência médico-hospitalar, a reabilitação física, os exames laboratoriais e de diagnóstico por imagens são exemplos de componentes da assistência à saúde para as quais o SUS não dispõe de serviços que atendam satisfatoriamente a população.

Diante da impossibilidade de o SUS satisfazer plenamente o direito à saúde, a iniciativa privada procura suprir as necessidades da população mediante a oferta das ações que não são de execução reservada ao setor público. Assim, proliferam no País os hospitais, os laboratórios de análise clínica e os serviços de fisioterapia, de hemodiálise e de diagnóstico por imagem.

Essa proliferação de serviços de saúde, no entanto, nem sempre acarreta benefícios para a população no que diz respeito à diminuição dos custos da assistência à saúde. O tratamento em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital particular pode ser tomado como exemplo de modalidade assistencial inacessível a paciente que não disponha de grande patrimônio ou que não seja amparado por um plano privado de assistência à saúde. Basta que o doente de classe média tenha que se internar em uma UTI particular durante alguns dias para que grande parte do seu patrimônio seja dissipada pela conta hospitalar.

Esse aspecto cruel da assistência prestada por estabelecimentos privados é resultante, muitas vezes, da cartelização dos preços cobrados pelos hospitais. As tabelas impostas pelas associações de hospitais tanto a planos de saúde quanto aos pacientes particulares eliminam a concorrência e provocam aumentos dos custos hospitalares.

A proposição que apresentamos tem a finalidade de permitir que empresas e capital estrangeiro participem da assistência à saúde da população brasileira, inclusive em hospitais filantrópicos, setor assistencial que passa por sérias dificuldades resultantes, principalmente, da insuficiente remuneração dos serviços prestados ao SUS.

A fim de evitar que algumas atividades assistenciais consideradas estratégicas e de interesse nacional sejam controladas pelo capital estrangeiro, a proposição impõe restrições. Cirurgia cardiovascular, terapia e propeidética hemodinâmica, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transplantes são atividades que utilizam medicamentos, equipamentos e insumos de altíssimo custo e são passíveis de controle por monopólios ou oligopólios. Por esse motivo, são consideradas estratégicas e de interesse nacional e a sua exploração por empresa que conte com capital estrangeiro deve ser reservada a hospitais gerais cujas taxas de ocupação de leitos por pacientes dessas atividades não ultrapassem um limite razoável.

Também por serem estratégicos e de interesse nacional, as ações e serviços relacionados com vigilância sanitária e epidemiológica; banco de sangue humano; produção de hemoderivados; e banco de órgãos, tecidos e partes do corpo humano devem ser operacionalizados apenas pelo SUS ou por empresa brasileira de capital genuinamente nacional.

Estamos convictos de que a medida proposta possibilitará a entrada de recursos que contribuirão para que os preços da assistência à saúde tornem-se menos onerosos à população, ao SUS e aos planos privados. Estamos convictos, também, de que a proposição receberá o apoio dos nobres Parlamentares de ambas as Casas Legislativas.

Sala das Sessões,

Senador **FLEXA RIBEIRO**

LEGISLAÇÃO CITADA

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

Art. 172. A lei disciplinará, com base no interesse nacional, os investimentos de capital estrangeiro, incentivará os reinvestimentos e regulará a remessa de lucros.

Seção II

DA SAÚDE

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.

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.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

(À Comissão de Assuntos Econômicos e, posteriormente, à Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa.)

Publicado no **DSF**, em 17/06/2009.

Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal –

Brasília-DF

OS: 13719/2009

ANEXO B – Parecer do Senador Valdir Raupp**PARECER Nº , DE 2012**

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS ECONÔMICOS sobre o Projeto de Lei do Senado nº 259, de 2009, do Senador Flexa Ribeiro, *que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para permitir a participação de empresa e de capital estrangeiro na assistência à saúde.*

RELATOR: Senador **VALDIR RAUPP**

I – RELATÓRIO

Trata-se do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 259, de 2009, de autoria do Senador Flexa Ribeiro, que modifica o art. 23 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, para ampliar as hipóteses de participação de empresas e de capitais estrangeiros na assistência à saúde no País.

Para tanto, além dos casos já previstos em lei, o projeto acrescenta os seguintes serviços de assistência à saúde no rol daqueles em que a participação de empresas ou capitais estrangeiros é permitida: hospital geral, inclusive os filantrópicos; laboratórios de análises clínicas, de anatomia patológica e de genética humana; serviço de fisioterapia; e serviço de diagnóstico por imagem.

No entanto, o PLS em comento também estabelece restrições à participação de empresas e de capitais estrangeiros na assistência à saúde, notadamente quanto aos serviços de cirurgia cardiovascular, terapia e propedêutica, hemodinâmica, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transplantes, bem como bancos de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, “por serem estratégicos e de interesse nacional”. Nesses casos, prevê que a participação de empresas ou capitais estrangeiros deverá ser reservada apenas aos hospitais gerais que não se encontram nas seguintes situações:

I – hospital com número de equipamentos de hemodiálise superior a dez por cento do número de leitos;

II – hospital cuja taxa de ocupação de leitos por pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular, terapia ou propeidêutica hemodinâmica ou transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano seja superior a trinta por cento da taxa de ocupação total de leitos;

III – hospital cuja soma das taxas de ocupação de leitos por pacientes de quimioterapia e de radioterapia seja superior a trinta por cento da taxa de ocupação total de leitos.

Além disso, o PLS estabelece outra restrição, qual seja, a de que a participação de empresas ou capitais estrangeiros dar-se-á apenas no caso de pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade anônima, com no mínimo cinquenta e um por cento do capital votante pertencente a brasileiros natos ou naturalizados há mais de dez anos.

Após análise por esta Comissão, o projeto será apreciado, em caráter terminativo, pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

O projeto retorna e este relator para apreciação da Emenda nº1 apresentada ao projeto pelo senador Francisco Dornelles.

II – ANÁLISE

Compete à Comissão de Assuntos Econômicos, nos termos do art. 99, inciso I, do Regimento Interno do Senado Federal, opinar sobre aspectos econômicos e financeiros de qualquer matéria que lhe seja submetida por despacho do Presidente ou deliberação do Plenário.

O Projeto de Lei do Senado nº 259, de 2009, atende aos preceitos constitucionais de competência e iniciativa do Congresso Nacional e às normas constitucionais específicas sobre a matéria. Conforme o art. 22, inciso XXIII, da Constituição Federal (CF), compete privativamente à União legislar sobre a seguridade social. O mesmo se dá quanto a política de câmbio, de acordo com o que dispõe o inciso VII do mesmo artigo sobre política de câmbio. A Lei Maior ainda dispõe em seu art. 48, inciso XIII, que incumbe ao Congresso Nacional, mediante sanção do Presidente da República, dispor sobre todas as matérias de competência da União, especialmente sobre matéria financeira, cambial e monetária, instituições financeiras e suas operações. A proposição não fere a reserva de iniciativa de que trata o § 1º do art. 61 da Carta Magna.

Embora a Constituição Federal de 1988 reflita, em seus dispositivos relativos ao ordenamento econômico e social, as ambigüidades e contradições do quadro político anterior à queda do Muro de Berlim, houve um processo de liberalização nas normas constitucionais que ainda não chegou ao setor de saúde.

Não por acaso, o capítulo constitucional relativo à ordem econômica possui sinais contraditórios, os quais devem ser harmonizados via interpretação conformadora dos princípios gerais de atividade econômica adotados. Daí a preservação, em diversos dispositivos da Carta Magna, de elementos de intervenção de Estado associados a elementos constitutivos de um sistema capitalista de sociedade aberta.

Logo depois da promulgação da Constituição, o Brasil iniciou reformas na ordem econômica que visavam abrir a economia ao capital estrangeiro. Esse foi o sentido da Emenda Constitucional (EC) nº 5, de 1995, que quebrou o monopólio estatal da distribuição local de gás canalizado; da EC nº 6, de 1995, que eliminou a diferenciação entre empresa nacional e estrangeira, revogou o art. 171 da Constituição, o qual permitia que a lei beneficiasse empresas controladas por sócios brasileiros, e abriu ao capital estrangeiro a pesquisa e lavra de recursos naturais, bem como o aproveitamento dos potenciais de energia elétrica; da EC nº 7, de 1995, que estendeu ao capital estrangeiro, dependendo de regulamentação posterior, a navegação de interior e de cabotagem, conforme o art. 178 da CF; da EC nº 8, de 1995, que quebrou o monopólio estatal das telecomunicações e deslocou as funções de regulação do setor para órgão específico, conforme o art. 21, XI, da CF; da EC nº 9, de 1995, que quebrou o monopólio da União na pesquisa, lavra de jazidas e transporte de petróleo e gás, bem como no refino do petróleo e na importação e exportação de petróleo e derivados, conforme o art. 177 da CF, que mantém o monopólio da União, mas permite que a União contrate com empresas estatais ou privadas para realizar os serviços; da EC nº 13, de 1996, que incluiu o resseguro no sistema financeiro, preparando as condições para a privatização do setor, conforme o art. 192, II, da CF; da EC nº 19, de 1998, que ampliou as obrigações das empresas públicas e sociedades de economia mista que explorem atividades econômicas de produção ou comercialização e de prestação de serviços, conforme o art. 173 da CF; da EC nº 40, de 2003, que modificou o art. 192 para permitir a regulamentação separadamente dos diversos aspectos relativos ao sistema financeiro, inclusive a participação do capital estrangeiro; e a EC nº 49, de 2006, que exclui os radioisótopos do monopólio da União sobre os minérios e minerais nucleares e possibilitou sua produção, comercialização e utilização sob regime de permissão.

Dessa forma, forçoso é reconhecer que a participação de capital estrangeiro nos diversos setores da economia é matéria de ordem constitucional. Mas, ao mesmo tempo, é imperioso constatar que houve liberalização sem revogação constitucional.

Nesse sentido, aplicam-se a determinados setores da economia, tais como ao sistema financeiro nacional (art. 192), ao setor de assistência à saúde (art. 199) e à área de comunicação social (art. 222) restrições

específicas ao ingresso do capital e de empresas estrangeiras, estabelecidas na Lei Maior.

No caso específico do sistema financeiro, por exemplo, a CF, por meio do art. 52 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), restringiu a participação do capital estrangeiro no Sistema Financeiro Nacional (SFN). Até a regulação do art. 192 da CF, foram vedados a abertura de novas agências de instituições financeiras domiciliadas no exterior e o aumento da participação no capital de instituições financeiras com sede no País de pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior. Todavia, a vedação prevista não é aplicada para autorizações resultantes de acordos internacionais, de reciprocidade, ou de interesse do governo brasileiro.

Dessa forma, de 1989 a 1994, o Poder Executivo praticamente não se utilizou da prerrogativa de autorizar a participação do capital estrangeiro no SFN nas condições previstas no parágrafo único do art. 52 do ADCT. Em 1995, em meio à crise vivida por bancos brasileiros e à redução da liquidez internacional devido à crise do México, o Ministério da Fazenda editou a Exposição de Motivos n° 311 que considerava de interesse do País o aumento da participação do capital estrangeiro no SFN. Desde então, o Poder Executivo autorizou, por meio de decreto, a entrada de várias instituições financeiras internacionais no País, de forma que a participação de bancos com controle estrangeiro no patrimônio líquido do segmento bancário cresceu.

No caso da área de comunicação, o § 1º do art. 222 da Carta Magna estabelece o limite máximo de 30% para a participação de capital estrangeiro, restringindo a gestão a brasileiros natos ou naturalizados há mais de dez anos.

Em relação ao setor de saúde, é necessário explicitar a constitucionalidade da iniciativa, pois o § 3º do art. 199 da Constituição Federal estabelece que é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

Dessa forma, a liberalização generalizada da entrada de empresas ou capitais estrangeiros na assistência requereria uma emenda ao texto constitucional brasileiro, como, ademais, foram realizadas diversas emendas constitucionais para promover a abertura ao investimento estrangeiro no País em diversos setores da economia.

Todavia, o texto constitucional prevê que a lei especifique explicitamente os casos nela previstos para permitir a entrada de capitais estrangeiros no setor de saúde, sem alterar o princípio geral de vedação e sem que caíamos na interpretação equivocada de vedação absoluta, que é o caso do PLS em comento. Dessa forma, não conseguimos enxergar nenhum vestígio de inconstitucionalidade.

A proposição também atende ao requisito de juridicidade e às normas para elaboração e alteração de leis, previstas na Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998.

Incumbe lembrar que, na dúvida quanto à constitucionalidade, juridicidade e regimentalidade acerca de qualquer matéria, cabe consulta de qualquer comissão à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, conforme dispõe o art. 101 do Regimento Interno do Senado Federal.

A Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080, de 1990, repete, em seu art. 23, a redação da primeira parte do § 3º do art. 199 da Constituição Federal, que veda, em termos gerais, a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País.

No entanto, na sequência, a própria Lei Orgânica da Saúde excetua duas hipóteses nas quais a participação de empresas e de capitais estrangeiros é admitida, haja vista a prescrição constitucional de que esses casos devem ser expressamente previstos em lei ordinária: 1) doações por organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; e 2) serviço de saúde sem finalidade lucrativa, mantido por empresa para atendimento dos seus empregados e dependentes.

Outras duas leis, a Lei nº 9.263, de 1996, e a Lei nº 9.656, de 1998, também estabelecem exceções ao mandamento constitucional, em relação às ações e pesquisas de planejamento familiar e aos seguros-saúde e planos privados de assistência à saúde, respectivamente.

O projeto de lei sob análise altera o art. 23 da Lei Orgânica da Saúde, para ampliar as hipóteses de participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País. Por outro lado, o PLS em comento estabelece, igualmente, restrições a essa participação, notadamente quanto aos serviços de cirurgia cardiovascular, terapia e propedêutica, hemodinâmica, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transplantes, bem como banco de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, “por serem estratégicos e de interesse nacional”. Nesses casos, a participação de empresas ou capitais estrangeiros deverá ser reservada apenas aos hospitais gerais cujas taxas de ocupação de leitos por pacientes dessas atividades não ultrapassem determinados limites previstos.

Além disso, o PLS estabelece outra restrição, qual seja, a de que a participação de empresas ou capitais estrangeiros dar-se-á apenas no caso de pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade anônima, com no mínimo cinquenta e um por cento do capital votante pertencente a brasileiros natos ou naturalizados há mais de dez anos.

Em 2008, a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) discutiu o assunto sob o prisma da intensificação do processo de verticalização na Saúde Suplementar no Brasil. De acordo com a ANAHP, a partir de 1990,

as operadoras de planos de saúde, associadas ao capital estrangeiro, começaram a ampliar o número de hospitais de rede própria. Para a ANAHP, “a legislação brasileira veda o acesso ao capital estrangeiro somente aos hospitais brasileiros independentes, impedindo sua modernização, expansão e fortalecimento, e os empurrando em direção à defasagem tecnológica, além de provocar o enfraquecimento econômico pela absoluta impossibilidade de competir com os hospitais das empresas verticalizadas, que podem contar com capital estrangeiro”, conforme consta no Boletim do Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares (SINHA) de nº 1, de 2008, sob o título: ANAHP. *Verticalização e Capital Estrangeiro: ANAHP cria Grupo de Trabalho para discutir e buscar soluções para o crescimento da verticalização.*

A perspectiva que o PLS nº 259, de 2009, adota é a de estender aos hospitais privados e aos filantrópicos a possibilidade de acesso ao capital estrangeiro. No entanto, o seu autor não justifica a proposição pela desigualdade instituída no mercado privado de assistência à saúde pela lei que beneficia os planos de saúde, mas sim pela possibilidade de que “os preços da assistência à saúde tornem-se menos onerosos à população, ao SUS e aos planos privados”.

Em verdade, o que cabe questionar, mais do que o assunto específico dos hospitais, é a pertinência de se opor restrições ao capital estrangeiro na área da saúde como um todo.

Não há como justificar que o setor saúde tenha especificidades nessa questão frente a outros segmentos da economia. Não é crível que o empresariado brasileiro do setor saúde seja mais ou menos ganancioso na sua ânsia por lucro do que o estrangeiro. Trata-se apenas de reserva de mercado que, se por um lado beneficia de forma imediata o empresário nacional pertencente ao setor de saúde, por outro, prejudica o usuário brasileiro, por diminuir a concorrência no setor e o aporte de novos recursos financeiros.

Também não se trata de questão “estratégica” ou de “segurança nacional”. Nessa lógica, as indústrias farmacêuticas ou de produtos para a saúde seriam muito mais importantes. Essas indústrias, contudo, não possuem restrições em relação ao capital estrangeiro. Em caso de guerra, por exemplo, o mais provável seria um país estrangeiro tentar bloquear o ingresso de insumos e produtos importados fabricados em seu país em vez de ordenar que profissionais de saúde brasileiros, empregados de uma empresa estrangeira de assistência à saúde, parassem de atender aos pacientes. Além disso, o SUS é dominante no setor de saúde brasileiro, o que *per si* garante a supremacia do interesse público sobre o privado, seja nacional ou estrangeiro.

Ademais, é fato que a saúde brasileira se ressentida da falta de recursos e de investimentos, tanto na área pública quanto na privada. Nesse cenário, não acreditamos que valha realmente a pena dispensar os investimentos estrangeiros em prol de um pretensão nacionalismo.

No caso específico do Projeto de Lei do Senado nº 259, de 2009, embora introduza avanços nessa questão, traz algumas restrições que, quanto

ao mérito, não se justificam, mas que consideramos por bem acatar, para atender o princípio constitucional geral de vedação ao capital estrangeiro. Trata-se das exigências que constam do inciso II do art. 23 da Lei Orgânica da Saúde, introduzido pelo art. 1º do Projeto, de que a participação direta ou indireta de empresa ou de capital estrangeiro na assistência à saúde ocorra por meio de “pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade anônima com no mínimo cinquenta e um por cento do capital votante pertencente a brasileiros natos ou naturalizados há mais de dez anos”. Trata-se de mera adaptação de algumas disposições da Constituição Federal acerca do capital estrangeiro na área de comunicação social, sem que haja qualquer paralelismo entre esses setores – saúde e comunicação social – que justifique, quanto ao mérito, tal medida, mas que é plenamente justificada quanto à constitucionalidade, pois, em verdade, depreende-se do texto da Carta Magna que essa participação somente pode acontecer em caráter minoritário, desde que previsto em lei, sendo vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde no País de maneira geral.

Além disso, cumpre ressaltar que a questão do capital estrangeiro na área da saúde é relevante e merece ser discutida pelo Parlamento. O presente Projeto de Lei em comento, contudo, não esgota a matéria. Em verdade, o problema do capital estrangeiro na assistência à saúde só poderia ser efetivamente equacionado por meio de uma Emenda Constitucional, com vistas a suprimir o § 3º do art. 199, a exemplo do que fez a supramencionada EC nº 6, de 1995.

O senador Francisco Dornelles apresentou emenda ao projeto suprimindo dispositivo que permite a participação direta ou indireta de empresa ou de capital estrangeiro, nas hipóteses em que especifica, a operacionalizar ou explorar seguro-saúde e plano privado de assistência à saúde. Alega o ilustre senador que já existe no ordenamento jurídico lei especial que permite esse tipo de participação. Assim, consideramos oportuna e emenda apresentada, eis que a norma especial deve prevalecer sobre a geral.

Finalmente, cabe assinalar que não vislumbramos qualquer problema quanto ao balanço de pagamentos no setor de saúde, com a aprovação do PLS em análise, que promova instabilidade macroeconômica.

III – VOTO

Diante do exposto, o voto é pela aprovação do Projeto de Lei do Senado nº 259, de 2009, e pela aprovação da Emenda nº1-CAE.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

ANEXO C– Ata da reunião da Comissão de Assuntos Econômicos

SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA

SF - 135

SECRETARIA DE TAQUIGRAFIA
SUBSECRETARIA DE REGISTRO E APOIO A REUNIÕES DE COMISSÕES

CAE (20ª Reunião Extraordinária)

03/06/2013

(Texto com revisão.)

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Declaro aberta a 28ª Reunião da Comissão de Assuntos Econômicos.

Pauta: audiência pública.

Assunto/Finalidade: instruir o Projeto de Lei do Senado nº 259, de 2009, que “altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para permitir a participação de empresa e de capital estrangeiro na assistência à saúde”.

Requerimentos de realização de audiência:

- Requerimento nº 29/2013, do Senador Vital do Rêgo e outros;
- Requerimento nº 32/2013, do Senador Humberto Costa.

Reunião destinada a instruir a(s) seguinte(s) matéria(s): PLS 259/2009, Senador Flexa Ribeiro.

Quero anunciar aos senhores que está aqui o Senador Vital do Rêgo, Presidente da Comissão da Constituição, Justiça e Cidadania e Relator deste projeto aqui na Comissão de Assuntos Econômicos.

Quero começar chamando o Sr. Carlos Vital, 1º Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina. Quero convidar também o Sr. Kenys Menezes Machado, Coordenador-Geral de Análise Antitruste 2 do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade); o Sr. Daniel Coudry, Diretor Executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP); o Sr. Fausto Pereira dos Santos, Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), representante do Ministério da Saúde; a Srª Maria do Socorro de Souza, Presidenta do Conselho Nacional de Saúde (CNS), representante do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com o art. 94, §§2º e 3º do Regimento Interno do Senado Federal, a Presidência adotará as seguintes normas: os convidados farão as suas exposições por dez minutos. Em seguida, abriremos a fase de interpelação pelos Senadores e pelas Senadoras inscritos.

Vou começar, convidando o 1º Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina, Sr. Carlos Vital, pelo prazo de dez minutos.

Sr. Carlos Vital, gostaria somente de chamar também, pois acabou de chegar, o Sr. Bruno Sobral de Carvalho, Diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Passo a palavra ao Sr. Carlos Vital.

O SR. CARLOS VITAL CORRÊA LIMA – Ex^{mo} Senador Lindbergh Farias, na pessoa de V. Ex^a cumprimento os demais preclaros

membros da Mesa e as demais autoridades, colegas, senhoras e senhores. É com satisfação que, mais uma vez, voltamos a esta Casa, em atenção, desta feita, ao convite para participar desta audiência sobre o PLS nº 259, de 2009.

Bem, a essência deste projeto diz respeito à abertura do capital estrangeiro na participação de empresas no âmbito da assistência à saúde no Brasil.

Temos convicção de que este setor carece de financiamento. Todos defendemos, dentro da classe médica, um maior financiamento para a saúde no Brasil. Por outro lado, nós temos a convicção de que há condições, dentro do nosso processo orçamentário, de uma maior fatia de financiamento com recursos próprios para este setor.

Os projetos à Emenda nº 29, uma série de lutas, inclusive com ampla participação da sociedade brasileira, já se fizeram em termos de história, mas, até o momento, não tivemos a participação adequada do Estado no gasto sanitário total. Sabemos que as experiências internacionais evidenciam que não há um sistema único de saúde sem que o Estado banque pelo menos 70% desse gasto sanitário total.

No Brasil, essa participação limita-se a algo em torno de 44%. Temos exemplos que são, inclusive, utilizados em diversas comparações, como, por exemplo, recentemente, nas polêmicas levantadas sobre o exercício da medicina no Brasil por médicos formados no exterior sem a devida avaliação das suas qualificações, quando a Inglaterra foi frequentemente citada. Só que a Inglaterra participa com algo em torno de 84% do gasto sanitário total. Tem condições de trabalho excelentes.

Em síntese, terceirizações, privatizações, fazem parte de um contexto, hoje, da gestão não só na área da saúde, mas de toda a gestão pública. Por outro lado, há que se ter muito clara a pauta de diferenças entre um país como o nosso, que tem algo em torno de 70% de analfabetos funcionais, com uma população de primeiro mundo, onde cada cidadão é um auditor social. Isso não ocorre, infelizmente, ainda em nosso País.

As terceirizações e privatizações frequentemente foram exemplos inexitosos. Contam-se nos dedos das mãos as fundações, as organizações sociais participantes das terceirizações, das privatizações, que deram resultado.

O Brasil ocupa a sexta posição entre as maiores economias do mundo. Um país que tem essa capacidade de gestão empresarial e, ao mesmo tempo, precisa ou procura consolidar a necessidade de empresas estrangeiras, de capital estrangeiro, de gestão que venha do exterior, para a área da saúde, parece que, em princípio, causa certa espécie e sensação de paradoxo.

Observamos que, apesar de estarmos nessa posição, ocupamos ainda o 85º lugar no campeonato da desigualdade social, disputado por 187 países. Sabemos que o investimento em saúde é excepcional, no sentido do combate à desigualdade social. Financiamento – sempre repito e reitero – é salutar, mesmo, e sobretudo em muitas circunstâncias, aquele vindo do exterior, no mundo globalizado, mas esta área de assistência à saúde encerra em si valores absolutos e é de uma delicadeza extrema.

Temos, inclusive, outro ponto de caráter filosófico de que a medicina, a assistência à saúde, não pode ser gerida, regulada, pela lei da oferta e procura. É óbvio que o mercado, nesta área, é perverso. Temos distorções muito claras. Fazemos comparações entre a área própria de

assistência à saúde pública e a dita suplementar, pela definição do próprio termo, que complementa, que assessora, que se soma a um núcleo prioritariamente mais forte, que seria o serviço público.

Só que, hoje, temos em torno de 50 milhões de pessoas utilizando a área dos serviços suplementares da saúde, que, de forma paradoxal, dispõe de algo em torno de duas vezes mais o capital que está no serviço público – 150 milhões de pessoas. Se analisarmos determinadas terceirizações e privatizações: 44%, investimento do Estado na área pública; na área suplementar, 56% desse gasto sanitário total, *grosso modo*, sem considerar o desembolso direto, ou seja, um investimento muito maior na área suplementar, que atende a 50 milhões, em detrimento dos investimentos feitos para assistência de 150 milhões de pessoas.

Entendemos que há necessidade, é óbvio, de estímulo. Hoje, temos dificuldades. Vemos, por exemplo, o sistema das Santas Casas com grandes dificuldades, mas elas não são provocadas por falta de gestão, mas pelas tabelas que o SUS paga, com que remunera os serviços desses hospitais.

Mais uma vez retornamos à questão do financiamento. Sabemos que temos dificuldade da própria gestão pública em utilizar também os recursos disponíveis no próprio Ministério da Saúde. Quanto do orçamento foi retido nos últimos cinco anos no Ministério da Saúde porque não foram levados projetos eficazes, elaborados projetos para a utilização dessas verbas? Algo em torno de 36 bilhões; em 2012, 9 bilhões foram retidos. Não vieram projetos para obtenção das verbas de um orçamento que já é pífio.

Esse orçamento retido, por que não foi utilizado para melhorar as tabelas do SUS? Há determinadas fontes de financiamento já presentes e que não são utilizadas, mas precisamos, naturalmente, de muito mais do que isso, precisamos realmente atingir outros patamares. Terceirizações, privatizações – encerrando, Senador – podem, no nosso entendimento, ter seu espaço. Não somos radicais, há, naturalmente, flexibilidade em determinados setores, em certas circunstâncias, mas elas não podem ser o grande norte da assistência à saúde deste Brasil e não podem ocorrer sobretudo com o capital estrangeiro, em detrimento do que é a solução eficaz e necessária, ou seja, mais investimento para o Sistema Único de Saúde no Brasil.

Essa, em princípio, é nossa posição – óbvio, subordinada a todas as reflexões que aqui serão desenvolvidas.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Obrigado, agradecemos ao representante do Conselho Federal de Medicina, Sr. Carlos Vital.

Passamos a palavra para o Sr. Daniel Coudry, Diretor Executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados.

O SR. DANIEL COUDRY – Muito obrigado. Boa noite a todos. Obrigado, Senador. É um prazer estar aqui participando desta Comissão e dando um pouco da nossa visão de como esse setor se organiza no Brasil. Queria pedir desculpas pela ausência do Presidente da ANAHP, que, por motivos familiares, não pôde estar presente aqui hoje. Antes de chegarmos ao final de nossa posição, queria passar para os senhores um pouco da radiografia do setor de hospitais no Brasil, porque acho que alguns números são interessantes para sedimentarmos o conhecimento.

O Brasil possui hoje 450 mil leitos em hospitais públicos e privados. Desses 450 mil, 64% são privados e 36% são públicos. Nos últimos cinco anos, o Brasil perdeu 18.322 leitos hospitalares, principalmente no setor privado, por motivos diversos: falta de financiamento, problema de escala e algumas das coisas que vamos discutir à frente.

Ao mesmo tempo em que perdemos leitos, a demanda cresce. O setor suplementar de saúde – e aqui o Bruno poderá ratificar esses números – cresceu a uma taxa média de 4,1% nos últimos cinco anos e agregou 8 milhões de novos usuários nos últimos cinco anos. Foram 6,3 milhões de internações no setor privado no ano passado e chegamos a quase 48 milhões de usuários, praticamente 25% da população brasileira, muito relacionado à taxa de desemprego muito baixa, que faz com que as empresas deem esse benefício a seus empregados.

Ao mesmo tempo, a população brasileira, como todas as outras, está envelhecendo. Isso também cria demandas novas que pressionam o setor de saúde suplementar e de saúde pública, e também a fenomenal migração de renda a que assistimos no Brasil nos últimos anos, que fez com que 47 milhões de pessoas saíssem das classes baixa e muito baixa para a classe média, aumentou a demanda por planos individuais de saúde. Então, diminuição no número de leitos, aumento da demanda.

A área hospitalar, ao contrário de outros setores da cadeia de saúde, ainda é uma área muito fragmentada. O Brasil tem mais de 6 mil hospitais, hoje, com uma média de 70 leitos por hospital. Economicamente, para qualquer hospital, público ou privado, é muito difícil você sustentar um hospital com 70 leitos.

Então, esse fenômeno de concentração é necessário, como foi necessário na indústria farmacêutica. Cinco indústrias, no Brasil, hoje, detêm 50% do mercado e, na área de operadoras, cinco operadoras detêm 35% do mercado.

Então, essa necessidade de escala também atingirá o segmento de hospitais e, para isso, a gente vai precisar de financiamento.

Hoje, e aí falo em nome dos hospitais que a gente representa aqui, os hospitais da ANAHP com fins lucrativos destinam 10% da receita bruta para fazer investimentos. Então, investimentos em expansão, investimentos em capacitação, investimentos em tecnologia, em equipamentos, e o retorno sobre investimento, apesar de todo esse investimento, ainda é abaixo de outros setores do segmento.

A área de saúde, no Brasil, é uma grande empregadora. Os dados do CNES, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mostram quase 3 milhões de pessoas trabalhando diretamente na área de saúde. Esse número varia um pouco conforme a fonte consultada e pode ir até 4 milhões de pessoas. Os hospitais privados geram, hoje, mais de 625 mil empregos diretos no Brasil.

Com todo esse panorama, nós construímos alguns pequenos cenários sobre as necessidades de investimentos somente no setor privado, para o Brasil, nos próximos três anos.

Se a gente pegar a taxa de crescimento do número de beneficiários do setor de saúde suplementar em 2012, que foi de 2,1%, aplicando algumas contas do tipo Taxa de Permanência Hospitalar, Taxa de Ocupação de Hospitais, Índice de Internação – esse estudo está à disposição

de vocês e vou deixar –, nós precisaríamos de quase 14 mil leitos no Brasil, só para atender à nova demanda do setor suplementar de saúde nos próximos três anos. Isso significa, aproximadamente, 60 hospitais.

Os investimentos, tomando que 80% desses hospitais seriam para baixa e média complexidade e 20% para alta complexidade, seriam da ordem de R\$4,3 bilhões, somente para atender à nova demanda do setor privado, cenário que foi conservador, abaixo do crescimento médio que o grupo verificou nos últimos cinco anos.

Se a gente considerasse a média do crescimento nos últimos cinco anos – 4,1% ao ano –, seriam 23 mil novos leitos e investimentos da ordem de R\$7,3 bilhões, isso sem falar da demanda que existe, hoje, que não é atendida, que não está medida, precisaríamos sentar para medi-la. Isso aqui é só para atender aos novos usuários que entrariam nos planos no próximo tempo.

O Brasil teve um crescimento de 89% do investimento estrangeiro nos últimos cinco anos. Passou de US\$34,6 bilhões em 2007 para US\$65,3 bilhões em 2012. Nenhum dólar desse dinheiro foi investido na área hospitalar, pela proibição constitucional.

Nós não defendemos que seja essa a única medida que vá nos ajudar na questão do investimento. Existe uma série de outras medidas possíveis para trazer dinheiro para esse setor: linhas de financiamento de bancos de desenvolvimento específicas para a área, a questão fiscal, mas nós entendemos, também, que não há nenhuma justificativa, hoje, para que não haja investimento estrangeiro na área do setor de hospitais.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado. Agradecemos ao Sr. Daniel Coudry.

Eu queria pedir à Secretaria que pegasse esse estudo, reproduzisse esse material e entregasse, agora – de quem tiver, na verdade, uma apresentação aqui –, para a gente já distribuir para os Srs. Senadores.

Eu passo a palavra, agora, para o Sr. Fausto Pereira dos Santos, Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde. É o representante do Ministério da Saúde.

Com a palavra, o Sr. Fausto.

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS – Boa noite a todos! Boa noite, Senador Lindbergh; boa noite, Senadores Eduardo Suplicy, Humberto Costa e Vital do Rêgo. Muito obrigado pela oportunidade. O título do departamento é maior do que o conjunto das atribuições...

Primeiro, para ser bem objetivo, no Ministério da Saúde, não temos o entendimento de que essa questão do capital estrangeiro no setor saúde seja uma solução ou a grande salvação do setor saúde brasileiro. Há o entendimento de que ela é uma questão importante para ser discutida, mas ela não é – acho que o Daniel, de alguma forma, já colocou isto também – unicamente, sozinha, uma tábua de salvação para nossa necessidade de investimentos na área da saúde, principalmente na área dos hospitais. Na verdade, estamos discutindo uma questão mais ampla: o recurso internacional para o setor saúde e não só para os hospitais. Isso envolve clínicas, laboratórios, diagnose e um conjunto de outras instituições que trabalham na área da saúde.

A segunda questão importante a se destacar é que temos, hoje, um déficit importante – e o Daniel, de alguma forma, já falou sobre isso no setor privado, mas no setor público também – de leitos qualificados, de leitos resolutivos no setor saúde brasileiro, tanto público quanto privado. Apesar desse número imenso de hospitais que o próprio Daniel apresentou, em sua grande maioria – até por terem 70 leitos, em média – são hospitais de baixa complexidade, com resolutividade relativamente baixa e com incorporação tecnológica também relativamente baixa. Então, essa é uma característica da grande maioria dos hospitais brasileiros distribuídos pelo País.

Hoje, quem acompanha pela mídia ou por qualquer outro meio observa que tanto o setor público quanto o setor privado têm enfrentado dificuldades no processo de internação, principalmente em leitos de UTI, em leitos de maior complexidade em todo o País e, inclusive, nas grandes cidades. Essa é a segunda constatação.

A terceira constatação é que o capital internacional, o capital estrangeiro já está presente no setor saúde no Brasil. Às vezes, a gente fica fazendo uma discussão como se o capital internacional não estivesse presente no setor saúde no Brasil. Temos, por várias formas, sendo a principal delas, acredito, pela questão da Lei nº 9.656, a lei que regulamentou os planos e permitiu a entrada do capital internacional nas operadoras. Através dessa entrada de capital internacional nas operadoras, há um conjunto de operadoras que verticalizou rede, que comprou hospitais. Então, o controlador do hospital é a operadora, e a operadora tem capital internacional. Digamos que essa é uma realidade presente no País.

Há também outras formas de entrada do capital internacional, como a associação de controladores de hospitais com outras empresas que têm capital internacional, principalmente empresas do sistema financeiro. Isso também permite a consolidação, a aquisição de hospitais. Então, temos também um conjunto de outros hospitais que têm capital internacional, vamos chamar, por via transversa.

Essa é uma realidade já presente no País e que acaba ocasionando uma certa iniquidade, uma certa desigualdade, inclusive no processo de competição dos hospitais ou na consolidação dos hospitais no País.

O nosso entendimento, então, é que essa questão precisa ser equacionada. Hoje, a posição do Ministério da Saúde é a de que esse entendimento não é a solução, mas é uma situação que permitirá a chegada de novos recursos para um setor que, hoje, precisa de investimentos de média e, principalmente, de longa duração. Um investimento em um hospital é um projeto de maturação relativamente longo. Hoje, no Brasil, o nível de investimento em novos leitos é muito baixo.

O que entendemos como questão importante que esta Casa deveria ter como preocupação é que essa entrada não ocorresse sem condicionalidades e que visasse principalmente à ampliação dos serviços. Com a entrada do capital internacional na consolidação dos serviços como estão, ou seja, somente na aquisição, parece-me que vamos trocar.... é claro que não é a troca de seis por meia dúzia, vamos melhorar algum nível de hospital, mas será uma medida de fôlego muito curto. O interesse do Brasil na entrada do capital internacional na área de saúde seria fundamentalmente na condicionalidade da ampliação de serviços de saúde, principalmente onde hoje há expansão do

desenvolvimento econômico, é a descentralização do próprio desenvolvimento econômico.

Eu estava conversando há pouco, temos hoje grandes projetos no Brasil de expansão de descentralização do desenvolvimento econômico no qual o setor saúde não acompanha. Temos projetos econômicos importantíssimos, com forte migração inclusive de pessoas, mas como no setor saúde o projeto é de investimento demorado, muitas vezes observamos que ocorre a chegada desses novos investimentos em grandes projetos sem o acompanhamento de um desenvolvimento do setor saúde.

Nosso entendimento, Senador Lindbergh, demais Senadores, é que a condicionalidade para entrada do capital internacional no setor de serviços de saúde deveria ser fortemente vinculada à expansão, e não haver uma liberação ampla e irrestrita, com entrada somente no processo de consolidação dos serviços que estão aí hoje, pois, ao final, teremos um jogo praticamente de soma zero. Acho que essa é nossa grande preocupação, é a preocupação que o Ministério da Saúde tem hoje. Não somos contra a entrada do capital internacional no setor saúde. Entendemos que essa é uma realidade já colocada no País, no próprio processo de internacionalização da economia do País isso já vem acontecendo, mas esta Casa deveria colocar algumas salvaguardas, algumas condicionalidades que apontassem à obrigatoriedade da expansão dos serviços no Brasil.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Queria anunciar as presenças do Presidente da Confederação Nacional de Saúde, José Carlos de Souza Abrahão, e do Sr. Pedro Moll, representando aqui a Rede D'Or.

Passo a palavra a Sr^a Maria do Socorro de Souza, Presidenta do Conselho Nacional de Saúde.

A SR^a MARIA DO SOCORRO DE SOUZA – Boa noite. Estou bastante afôna e vou fazer um esforço de fala.

Primeiro, quero agradecer o convite. Como é uma audiência pública conjunta com a Comissão de Assuntos Sociais, nos colocamos muito à vontade para apresentar um outro ponto de vista menos econômico e mais social. Hoje, apesar de ser segunda-feira, às 19 horas, é importante ter uma audiência pública, porque uma agenda como essa tem de ser bastante debatida, ser transparente, para garantir que a sociedade também saiba exatamente quais são os argumentos nesse sentido. Hoje, minha neta faz dois anos, hoje ainda é aniversário da minha segunda neta.

Temos a representação do Conselho Nacional de algumas entidades: a Central Única dos Trabalhadores, a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, a Federação Nacional de Assistentes Sociais, o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, o Conselho do Estado de São Paulo, eu pela Contag e também aqui o Olímpio representando os prestadores de serviço no Conselho Nacional de Saúde.

A primeira coisa que quero colocar aqui é que nosso papel, como Conselho Nacional de Saúde, é não discutir de forma indissociada financiamento, direito à saúde e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Não fizemos uma discussão específica do PL, mas o nosso papel como esfera de controle social é a indissolubilidade desse debate sobre financiamento,

direito à saúde e o SUS, até porque muitos argumentos vão na linha de que as classes C e D estão reivindicando mais assistência à saúde, inclusive entrando mais no mercado do serviço privado de saúde. Eu represento os rurais, e essa realidade não se traduz exatamente dessa forma. E aí eu queria colocar, nesse sentido, algumas questões que acho necessárias.

O Brasil, o sistema de saúde brasileiro tem dois subsistemas, e os dois estão em crise. Tanto o sistema público de saúde quanto o sistema privado estão em crise, e se a gente for olhar, hoje, pela opinião pública, a gente percebe que os problemas são muito semelhantes: a gente vê greves de médicos ou de profissionais da saúde no setor privado e no setor público, a gente vê medicamentos adulterados tanto no setor público como no setor privado, a gente vê falta de profissionais, a gente vê falta de investimento em carreira, a gente vê dificuldade de gestão.

Então, a primeira coisa que a gente tem que colocar aqui é qual é o sistema de saúde que a gente quer para o País. Esta Casa tem a responsabilidade de ajudar a gente no debate mais articulado. Digo isso, Senadores, porque cada vez é uma pauta específica e, muitas vezes, uma não dialoga com a outra. Portanto, a primeira questão que a gente tem que colocar é que a gente tem que fazer um debate mais integrado.

Segundo: a gente se acostumou com a estratificação social no País, a discutir direito social a partir de um padrão de renda. Então, hoje, o argumento de que existe classe C e D serviu como prerrogativa para justificar que tem que investir mais em plano privado de saúde. Muito pelo contrário: quando a gente tem um custo elevado de despesas com saúde, é exatamente aquilo que o Sistema Único de Saúde não tem assegurado.

E nesse sentido eu queria colocar ainda que há uma tendência muito grande de responsabilizar o cuidado à saúde e a família. Nós temos que distribuir essa responsabilidade para o Estado. Há uma população ainda de baixa renda, no Brasil nós temos um processo histórico de pouca proteção social – está aqui a fala do representante do Ministério da Saúde de que o desenvolvimento econômico no País nem sempre vem conjugado ao desenvolvimento social, está aí a situação de todos os projetos de aceleração do crescimento, todo o investimento. Não há um planejamento público que garanta e proteja boa parte da classe trabalhadora e boa parte da população. E aí, nesse sentido, em relação ao PL, acho que a gente precisa de mais debate.

Quero até pedir a compreensão do nosso conselheiro Olímpio, que é do setor privado, representando o Conselho Nacional de Saúde, mas meu papel, como Presidenta do Conselho, é reafirmar essa regulamentação e fortalecimento do SUS, e com toda a legitimidade que a gente tem aqui, inclusive, de discordar.

Primeiro, achamos que o PL não tem argumentos suficientes para justificar a entrada de capital estrangeiro nesse setor. Se nós temos necessidade de diminuir a concorrência, de fortalecer as empresas nacionais, essa ação tem que ser discutida com o Estado brasileiro. Então, as justificativas que pudemos perceber, tanto na justificativa do projeto, como do próprio relator, de colocar que isso diminuiria a concorrência, não vemos sustentabilidade nesse argumento. Os Estados Unidos fizeram a mesma coisa, e nem por isso reduziram os custos de atendimento à população. E aí precisamos também discutir por que os custos são altos. Se queremos apostar num modelo de atenção à saúde com foco na alta e média complexidade... O

Brasil, pelo menos, já sinalizou que a opção, a prioridade é para atenção básica. Se a atenção básica, hoje, é prerrogativa, sobretudo, do papel do Estado, então, temos que começar a questionar por que há altos custos hoje, que também estão justificando maiores investimentos. E aí, nesse sentido, acho que existe uma dependência tecnológica muito grande, e temos que discutir o papel do Brasil também como investidor em tecnologias nacionais, em pesquisas nacionais. Estamos cada vez mais também dependendo...

Aí não dá, 25 anos de Sistema Único de Saúde, considerado um dos maiores do mundo, e a gente ainda ter esses altos custos pela dependência que a gente tem hoje, sobretudo, desses investimentos e oligopólios que predominam no mercado?

Outra questão que a gente quer colocar é a respeito das restrições que o PL apresenta quanto a onde entraria mais o capital estrangeiro para aportar empresas nacionais, a gente acha que essas restrições também são insuficientes. Então, elas não deixam claro qual é a nossa capacidade de regulação, se a gente está desnacionalizando, na verdade, um mercado ou um setor – e aí a gente não considera a saúde como um mercado; a gente considera a saúde como um setor, um setor produtivo, um setor social importante.

Desnacionalizar, sem que o Ministério da Saúde consiga fazer a regulamentação? Inclusive, fico me perguntando se, para as nossas empresas nacionais, para as entidades médicas, entidades profissionais, vamos, de fato, conseguir outra condição de concorrência. Se o Ministério da Saúde, como órgão diretor, não consegue regular, de forma suficiente, o sistema privado nacional, imagine com o capital estrangeiro, com grande disputa de empresas. Qual é, de fato, a nossa capacidade de regulação?

Pelo menos, por uma parte, acreditamos que as próprias empresas nacionais, Olímpio, poderiam fazer uma investida maior para ter outra linha de financiamento que não fosse necessariamente a dependência do capital estrangeiro. Então, vamos botar isso na pauta. Vamos colocar isso na pauta!

Finalizando, não sei quanto tempo mais eu tenho... (*Pausa.*) Dois minutos. Finalizando, abordo o próprio poder de regulação. A ANS está aqui. Eu gostaria de ouvir, nessa linha, qual a compreensão que a ANS tem de como vai regular, nessa situação, as empresas que aportarem esses recursos. Então, a nossa compreensão é de que precisamos fazer uma discussão olhando a crise. Para os dois subsistemas, público e privado, do jeito que estão, o colapso, daqui a 25 anos, será a possibilidade maior. Então, ou a Casa – e aí a nossa expectativa – debate o sistema único como um todo, debate o sistema inclusive com a possibilidade de o setor suplementar se fortalecer, ou vamos estar aqui, daqui a 25 anos, fazendo o mesmo debate, ou seja, debatendo se o capital estrangeiro resolve ou não o problema do sistema brasileiro.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Passo agora a palavra ao Sr. Kenys Menezes Machado, Coordenador Geral de Análise Antitruste 2 do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

O SR. KENYS MENEZES MACHADO – Boa noite, Senador Lindbergh Farias, demais Senadores, membros da mesa e público presente.

Primeiramente, eu gostaria de agradecer o convite, em nome do Presidente do Cade, para participar da audiência pública que discute a participação de empresas estrangeiras, do capital estrangeiro, no setor de assistência à saúde. Primeiramente, quero dizer que esse tema envolve uma série de aspectos, entre eles, a questão concorrencial.

Como o Cade tem competência para analisar e versar sobre a questão concorrencial, vou me limitar a esse aspecto. Hoje, no Brasil, apesar de o setor de hospitais e prestação de serviços de saúde, em geral, ser pulverizado, já vinha ocorrendo uma série de concentrações. Por exemplo, no mercado de hospitais do Rio, São Paulo e Brasília, já se podem ver uma série de concentrações. Em pequenos Municípios também. Essas concentrações ocorrem de várias formas, seja hospital comprando hospital, plano de saúde comprando hospital ou planos de saúde verticalizados adquirindo outros planos de saúde verticalizados.

Esse movimento, quando traz mais eficiência, mais qualidade, não há problema algum, é até benéfico. Contudo, quando a maior concentração leva à redução de qualidade e aumento de preços, isso o Cade olha com cuidado para tomar as medidas necessárias. E, nesse caso, independe se o capital é nacional ou se o capital é estrangeiro. No momento em que haja maior concentração de mercado, o Cade tem analisado da mesma forma.

Em relação à participação de empresas com capital estrangeiro na assistência à saúde, se isso significar, em termos concorrenciais, maior número de leitos, maior número de hospitais, mais qualidade, a princípio, em termos concorrenciais, não teria problema algum. A questão é: além do prisma concorrencial, há outros prismas tão importantes quanto esse, que já foram mencionados aqui: a questão regulatória, a questão social. E isso não cabe ao Cade analisar. Os demais membros da mesa já falaram tão bem ou melhor do que qualquer membro do Cade poderia falar, o representante do Conselho Federal de Medicina, do Ministério da Saúde, em relação à questão regulatória e social. Sob esses pontos de vista, deve ser analisado, mas o Cade não tem um posicionamento em relação a isso.

A questão é: em relação ao ponto concorrencial, em que o Cade tem competência, não haveria problema algum o aumento do capital estrangeiro, porque, como já falei, isso traria maior oferta, maior número de hospitais e melhoria de qualidade. Se realmente, o aumento de investimentos trouxer isso, em termos concorrenciais, não teria problema algum. Só para finalizar, isso é sob o ponto de vista concorrencial. Como falado, tão importante quanto o aspecto concorrencial é o aspecto regulatório e o aspecto social.

É isso, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Vamos para o último orador inscrito para este primeiro bloco, antes de abrir a palavra para os Srs. Senadores, o Sr. Bruno Sobral de Carvalho, Diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – Obrigado, Senador, Presidente da mesa. É um prazer estar aqui. Muito obrigado, Senadores Humberto Costa, Suplicy, que me deram a honra de me sabatinar há dois anos; Senador Vital do Rêgo, que me deu, por gentileza, a honra suprema de estar

aqui ocupando seu lugar à mesa; a todos meus colegas de mesa, muito obrigado.

Eu queria, na verdade, fazer uma breve explanação sobre esse tema e queria me focar basicamente no projeto em si. O Fausto colocou aqui algumas condicionantes novas importantes, que poderiam ser colocadas nesse projeto, mas gostaria de falar especificamente de alguns condicionantes que já estão no projeto.

Mas antes disso, quero só reafirmar algo que já foi falado aqui sobre a entrada de investimento estrangeiro no País nesse setor. Primeiro, isso não é novidade, já entra via operadoras que, muitas vezes, possuem hospitais. Existe um entendimento da própria Advocacia-Geral da União de que essa é uma forma pela qual o investimento estrangeiro chega indiretamente a hospitais, isso é legal. A vedação que a Constituição tem foi retirada – e pode ser retirada por uma determinada lei –, a Lei nº 9.656, de plano de saúde, tirou essa vedação. Então, a primeira coisa é que isso não é novidade. A própria história dos hospitais no Brasil é que, se não vieram diretamente de investimentos estrangeiros, vieram de investimentos de grupos ligados a etnias estrangeiras. Falamos aqui do Hospital Israelita, do Hospital Albert Einstein, do Hospital Sírio-Libanês, hospitais portugueses, hospitais espanhóis. Já existe uma cultura do estrangeiro, seja via seu imigrante ou através dos planos de saúde, de investir no setor de saúde do País.

Se, por um lado, o investimento estrangeiro não é uma panaceia, não é o que vai resolver o problema de investimento unicamente no País, o investimento estrangeiro hoje, na minha opinião, é muito importante, fundamental, para melhoria das condições de infraestrutura hospitalar no Brasil. Por quê? O investimento estrangeiro nada mais é do que capital externo concorrendo com outros capitais por bons projetos. Quando há essa concorrência, quando há mais oportunidade de entrada de capital, quando se tem concorrência por bons projetos no Brasil, tem-se uma redução do custo desse capital. E é disso que estamos falando aqui, Senador. Quanto mais oferta de capital existe, independente da bandeira do bolso do capitalista, menor é o custo de captação desse recurso, mais os hospitais podem investir em bons projetos em benefício da saúde da população brasileira, gerando empregos no País, gerando impostos que vão subsidiar as ações sociais do País.

Rapidamente, falarei do PLS. Ele tem duas restrições importantes, uma restrição ligada ao controle, que limita em 51% o capital votante, e uma outra restrição de que sejam feitos investimentos em atividades essenciais, consideradas estratégicas, de interesse nacional.

Antes de falar dessas duas restrições especificamente, vou falar um pouco da necessidade de mais investimento. Como os senhores sabem, a ANS é um órgão que regula não hospitais, mas regula planos de saúde, e é óbvio que, para prestar um serviço de seguro-saúde de competência, tem que ter uma rede prestadora também competente, crescente e de maior qualidade. Infelizmente, temos visto e notado nos últimos tempos que é muito mais fácil vender plano de saúde do que construir hospital, é muito mais fácil vender seguro-saúde do que construir unidades de saúde. Este gráfico mostra o ritmo de crescimento de beneficiários de planos de saúde em cima, que ficou em torno de 4%, como mencionado pelo Daniel, e o crescimento de hospitais

privados e filantrópicos que, na verdade, é decrescente ao longo do tempo. Isso é uma fonte de preocupação.

Pensando nisso, uma das coisas que a ANS já fez e tem feito com bastante vigor, e contamos com o apoio do Ministro Padilha, é a estipulação de tempos de atendimento. Ou seja, independente... Sabemos que a prestação é feita nas unidades de saúde, mas independente de quantas unidades de saúde sejam contratadas, o que a Agência exige é que o beneficiário seja tratado de maneira adequada, no tempo correto. E tem suspenso planos de saúde que não atendem esse requisito.

Quer dizer, o plano de saúde tem que buscar negociar com prestadores, buscar mais médicos, buscar mais investimentos. E alguns têm caminhado nessa direção, inclusive utilizando os recursos externos, o que, de certa forma, causa uma distorção nesse setor, porque os planos de saúde podem verticalizar essas operações por meio de investimentos, pois têm acesso a capitais estrangeiros, e os hospitais que não estão ligados a planos de saúde não têm essa possibilidade ainda.

Esse é um diagnóstico feito pelo Banco Mundial que foi uma conciliação de 11 pesquisas sobre o setor realizadas entre 2003 e 2007, um estudo relativamente antigo, mas acho que certa forma ainda é atual. O que ele diz é o seguinte: os serviços hospitalares absorvem hoje 70% dos gastos com saúde. E diz também que o hospital brasileiro típico é de pequeno porte, de baixa complexidade e tem apenas 34% da eficiência se comparado aos melhores hospitais do País. Quem está falando é a pesquisa do Banco Mundial. E mesmo entre os grandes hospitais, são raros os hospitais com gestão profissionalizada.

Esse estudo diz ainda que os modelos de gestão e governança são inadequados, que existe ausência de responsabilização dos gestores pela qualidade e pelo resultado, o pagamento é baseado apenas na produção, a taxa média de ocupação é baixa, 30% dos pacientes internados poderiam ser atendidos em outro perfil de serviço, que é uma coisa que foi colocada também pela Maria do Socorro, a questão do perfil do atendimento, internações desnecessárias, gerando um custo de R\$10 bilhões por ano. Isso foi um estudo feito pelo Banco Mundial.

E mais uma amostra disso: enquanto o número ideal de leitos varia entre 150 e 250 leitos, vemos que a grande maioria dos hospitais tem menos do que 50 leitos, o que pode representar, em alguns casos, um alto nível de ineficiência.

E aí vou para a primeira restrição que o projeto trata para tentarmos refletir sobre ela. Quando um capital estrangeiro ou um capital nacional entram, eles entram, muitas vezes, na busca da melhoria de gestão. Geralmente é assim que o capitalista vê a oportunidade de ganhar dinheiro naquela operação, e o que ele faz é tentar ter controle sobre aquela gestão, pois se ele não tem controle sobre a gestão, ele não tem capacidade de mudá-la. E talvez isso seja fundamental num projeto como esse.

Então, o que eu levanto aqui é se o limite de 49%, eventualmente, poderia diminuir esse incentivo ao investimento pelo fato de que o investidor poderia não ter a certeza de que consegue, ao longo do processo, mudar a gestão, uma gestão que o próprio estudo mostrou que hoje é deficiente no País.

Esse, talvez, seja o primeiro grande ganho de uma entrada de novo capital, seja ele privado, seja ele estrangeiro ou nacional. São esses ganhos de eficiência de gestão que qualquer capital, quando entra, necessita e demanda dos gestores do hospital.

Como os ativos do hospital são fixos, a questão estratégica também fica questionável, ou seja, até que ponto não ter controle implica em risco estratégico para o País se os ativos são fixos? É muito difícil pegar um hospital e botar debaixo do braço e levar para a Alemanha, para o Japão ou levar para qualquer outro lugar. Assim, se qualquer problema for constatado contra o interesse nacional rapidamente poderia ser desfeita aquela operação e o Governo também poderia intervir.

Falei um pouco da questão do limite de 49% porque precisamos trazer para debate, ou seja, até que ponto isso é bom. Mas também queria trazer um exemplo na outra restrição que temos em relação a alguns tipos de procedimentos ou especializações que não poderiam ser investimentos estrangeiros por questões estratégicas.

(Soa a campainha.)

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – Vou falar rapidamente sobre isso...

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Fique à vontade.

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – O sistema americano, que foi citado hoje aqui, é desfuncional e caro. Todo mundo sabe disso. É uma das pessoas que mais tem pensado como mudar esse sistema americano desfuncional e caro para um sistema que seja um pouco mais focado no paciente. É o Michael Porter; e o que ele fala, basicamente, é que a gente precisa mudar um pouco a estratégia dos hospitais no mundo, para que eles, de fato, agreguem valor.

O hospital pode ser geral, pode ser especializado, mas o mais importante é que ele seja focado em ciclos de cuidado. O hospital deve focar em linhas de cuidado, que vão desde a prevenção até a recuperação de longo prazo, naquilo que ele mais consegue agregar valor ao paciente.

Hospitais não conseguem... Aliás, ninguém consegue fazer bem tudo.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – A Dr^a Maria do Socorro me pergunta o que é agregar valor ao paciente.

Basicamente, é como você consegue cuidar do paciente em todo o seu ciclo de cuidado, da maneira mais barata possível para o sistema como um todo e com mais qualidade possível. Isso é agregar valor ao paciente.

E o que o Porter fala é que ninguém consegue agregar valor fazendo tudo. É óbvio que você pode ter hospitais gerais que façam um conjunto grande de coisas – e têm o seu valor esses hospitais –, mas, de certa forma, o mercado, para agregar valor, tem de caminhar no sentido de ter certo nível de especialidade, e não na especialização como ela é pensada hoje. A especialização, tal como pensada hoje, ela é hospitalocêntrica e medicocêntrica. É importantíssima a participação do médico, mas o que é mais importante é que essa especialização seja na linha de cuidado que envolve, muitas vezes, muitas especialidades.

Assim, a gente nãoalaria mais de nefrologia, masalaria de doenças crônicas dos rins. Hospitais precisam ser competentes em tratar doenças crônicas dos rins, da prevenção até o final do processo, e não ter uma excelente área de nefrologia descoordenada do cuidado primário, descoordenada do cuidado secundário. Ou ainda, ter excelentes cirurgias, descoordenado do ponto de vista da cadeia. Isso implica deixar de fazer alguns serviços e referendá-los a outras unidades mais preparadas para agregar valor.

E isso faz com que o mercado relevante passe a ser cada vez mais regional ou mesmo nacional. Quanto mais especializado eu sou e quanto mais eficiente um hospital é na linha de cuidado, mais oportunidades esse hospital terá de captar clientes, captar demanda de lugares um pouco mais distantes da sua localidade, pois, afinal de contas, ele agrega tanto valor ao paciente que as pessoas não se importam de ir até esse hospital.

E, na verdade, o que se pretende criar é um círculo virtuoso, onde você tem uma maior penetração naquela linha de cuidado, ou seja, faz-se muito bem doença renal, por exemplo, em toda a sua cadeia; com isso, o hospital ganha rápida acumulação de experiência, aumentando a sua eficiência; o hospital mais focado naquela linha de cuidado passa a ter melhor informação, mais dados clínicos sobre aquela condição; passa a ter times dedicados com exclusividade, ou seja, passa a ter médicos, enfermeiros, anestesiológicos focados naquele tipo de cuidado; as unidades são feitas muito mais sob medida para aquilo; o prestador ganha muito mais poder de compra, porque é diferente um prestador que é apenas grande e compra de vários fornecedores diferentes valores, às vezes, menores. Talvez, fosse muito mais importante, para ganhos de eficiência econômica, que ele comprasse mais de menos fornecedores. Você tem maior capacidade de subspecialização; você tem maior capacidade no ciclo de cuidado. É aquilo que eu estava falando, ou seja, você começa a cuidar do ciclo de uma maneira mais completa. O hospital começa a ter maior volume de pacientes para diluir despesas de tecnologia de informação, custos de melhoria de processos, melhorias de qualidade; e – importantíssimo – o hospital começa a ter uma inovação mais acelerada nos processos e procedimentos, independentemente de ele ser um hospital-escola ou um hospital de pesquisa. Os procedimentos passam a ter mais inovação. Com isso, os resultados clínicos são melhores, ajustados pelo risco, obviamente. Há o aumento da reputação e, assim, mais penetração, fechando o círculo virtuoso.

Por que estou falando disso? Existem restrições à especialização no projeto. A gente precisa pensar nisso, ou seja, até que ponto essas restrições à entrada em termos de especialização – e a gente pode até pensar em outras restrições, mas estou me referindo a essa especificamente – não inibem investimentos em um novo modelo de gestão hospitalar, um modelo de gestão hospitalar que agregue mais valor ao paciente na forma pela qual é colocada lá na reforma que propõe o Porter? Até que ponto esse novo modelo de concorrência de hospitais, que é muito mais focado nas linhas de cuidado e menos “geralção”, não vai trazer para o próprio capital humano nacional mais conhecimento, novas tecnologias e até que ponto a gente consegue se apropriar melhor disso.

Então, é isso que eu queria dizer, basicamente citando esses dois exemplos. Queria dizer também que a ANS, através da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, tem feito um esforço muito grande, Sr. Presidente,

no sentido de colocar aqui para os hospitais também – apesar de a gente não regular hospitais – alguns critérios e alguns parâmetros de qualidade e qualificações. Estamos preocupados com isso. Nós temos o programa QUALISS, em que já estamos recebendo de hospitais voluntários indicadores de qualidade da sua atenção. E nós vamos divulgar isso à sociedade. Acho que é importante o consumidor poder, cada vez mais, conhecer o serviço que é prestado pelo plano de saúde, conhecendo o hospital onde ele é tratado.

E que ele veja, por ele mesmo, se aquele hospital e aquele serviço estão agregando valor para ele. Porque se não estiver agregando valor, ele pode sair daquela operadora, ele pode deixar de frequentar aquele hospital. E se estiver agregando, ele pode dar mais valor àquilo; aquele hospital pode, inclusive, ser mais bem remunerado na cadeia.

Era isso que eu queria dizer. E queria agradecer os Srs. Senadores e os colegas da mesa, e colocar-me à disposição em nome do Presidente André Longo e de toda a diretoria colegiada da ANS.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Vamos passar agora aos Srs. Senadores.

Concedo a palavra, primeiramente, ao Senador Vital do Rêgo, que foi autor de um requerimento e é Relator deste projeto aqui na Comissão de Assuntos Econômicos.

O SR. VITAL DO RÊGO (Bloco/PMDB – PB) – Sr. Presidente, primeiramente, gostaria de dizer que divido a autoria desse requerimento com o Senador Humberto Costa, até porque estamos irmanados em diversas ações que visam, a partir do financiamento da saúde – eu, na condição de Presidente e ele, na condição de Relator na comissão especial que trata de tentar entender uma nova ótica para o setor –, apresentar uma proposta do Senado sobre um novo modelo que possa oxigenar financeiramente o setor.

O Senador Humberto Costa apresentou, na CAE e na CAS, comigo, essa iniciativa de audiência pública, e, de forma penhorada, agradeço a V. Ex^a por, tão logo tenha chegado a esta Comissão, ter imprimido um ritmo próprio do seu espírito: rápido, preciso, buliçoso, numa linguagem paraibana, bem paraibana, nem nossa. V. Ex^a enfrenta os desafios e toca os grandes temas na Comissão que preside com muita eficiência.

E, Presidente Lindbergh, digo com muita franqueza, meu querido Senador Eduardo Suplicy, que esse tema certamente vai gerar muitos debates e discussões nos próximos dias, a partir do momento em que ele saiu do armário, quando V. Ex^a colocou para discussão – numa expressão que, ultimamente, está se usando para outros fins.

Eu estava estudando essa matéria, com uma consultoria, porque também na condição de médico devo enfrentar esse desafio sob vários ângulos. Em 2002, o Deputado Federal Osmânio Pereira, ex-Presidente da Frente Parlamentar de Saúde, reabriu a discussão no âmbito do Congresso Nacional e, naquela ocasião, ele propôs que o conteúdo do seu projeto fosse a legalização da participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde de alta complexidade. Então, naquela época, em 2002, já houve uma iniciativa – e quero fazer esse registro por consultas que fiz com membros que estão nos acompanhando.

Devo dizer que a minha tarefa, na condição de Relator, deverá ser sempre ouvir para apresentar um parecer que possa ser o mais amplo possível no sentido de encontrar um caminho, uma solução para um impedimento de ordem legal que, numa chicana jurídica – e aí falo como advogado –, com o apoio da ANS, numa resolução que foi observada e, inclusive, aprovada por unanimidade na ANS – o momento de discutir na ANS foi outro, eu não estava lá, mas vou suscitar essa discussão neste debate –, aprovou-se, dentro da legislação que criou o plano de saúde, a Lei 9.656, esse processo de verticalização, que, já disse Bruno, é profundamente injusto com os hospitais dito independentes. Fausto falou também. E eu já pergunto o que foi feito pela ANS e o que é que foi feito pelo Ministério da Saúde para, se é um processo em curso, estancar essa situação de profunda disparidade sob o ponto de vista concorrencial.

Aí, esta mesma pergunta vale para o nosso querido representante do Cade: quais as medidas tomadas para evitar que essas questões concorrenciais possam... Ou que medidas já foram tomadas pelo Cade nessas questões concorrenciais, à luz do que se estabeleceu de desvio, ou, numa ótica infraconstitucional, à luz do Lei 9.656, que estabeleceu a possibilidade de planos de saúde comprarem hospitais e, a partir desse momento, receberem recursos de capital estrangeiro.

Com isso, os hospitais que não têm esse mesmo direito... Nós estamos definindo esses direitos agora, sob lei específica, que é o que diz a Constituição Federal, que é o que diz o PL. Com esse dispositivo de que nós vamos tratar, e vamos tratar de forma muito aberta, houve uma possibilidade de alguns planos terem esse direito e outros não, e os hospitais independentes ou hospitais que não têm planos de saúde.

A grande preocupação, e eu concordo também que... O Humberto me pediu o projeto para dar uma olhada e eu disse: "Humberto, o projeto tem uma finalidade, uma ótica específica." Mas o assunto é tão abrangente, que nós deveremos fazer um substitutivo tratando de uma forma mais ampla, versando, inclusive, e vou fazê-lo em contato com o Ministério da Saúde, em contato com a presidência do Conselho Nacional de Saúde, em contato com a Agência Nacional de Saúde, para colher subsídios e notas técnicas específicas sobre o projeto.

Nós queremos fazer um substitutivo que trate e, inclusive, enfrente as restrições, porque a segunda restrição, Bruno, eu entendo que merece um cuidado muito especial na questão de ações de alta complexidade e especializações próprias, porque foi muita correta a sua ampliação.

Eu questiono a primeira restrição: ampliar o rol de opções de participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde pode vir a ser um benefício ao cidadão? Quais são as possíveis vantagens ou desvantagens, sob o ponto de vista de usuário da saúde?

Falou-se muito pouco, aqui, de usuário, senão o representante do Cade e a Presidenta Socorro. Falou-se muito pouco sob a ótica do usuário.

O que esse projeto pode fazer para dar ao usuário, no sentido mais amplo, concorrencialmente falando, o que esse capital estrangeiro poderia viabilizar para o usuário do sistema?

Já falei sobre a legislação atual, que permite a possibilidade de participação de empresas ou capitais estrangeiros de rede própria de operadores de plano de saúde e de assistência de saúde. É verdadeiramente

isonômica em relação aos hospitais independentes? Já foi dito que não é. Eu gostaria de saber das providências.

Além das limitações de caráter estratégico e de interesse nacional – isso é super-relativo, na época, a Constituição de 1988 tinha uma visão e hoje é outra –, o PLS estabelece uma outra restrição genérica, qual seja a da participação de empresas de capitais estrangeiros dar-se apenas no caso de pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade anônima, com um mínimo de 51% do capital votante.

Eu gostaria de conhecer a posição dos senhores sobre essa outra restrição. Só quem falou sobre ela foi o Dr. Bruno.

Bom, Sr. Presidente, por enquanto, eram essas as minhas manifestações.

Agradeço, penhoradamente, a forma como V. Ex^a acolheu a solicitação minha e do Senador Humberto para marcar esta reunião.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Senador Vital do Rêgo.

Vou passar a palavra para outro autor de requerimento, Senador Humberto Costa. Depois, está inscrito o Senador Eduardo Suplicy.

Voltarei para a mesa, mas deixando claro aos Srs. Senadores que os senhores podem, a qualquer momento, no meio das falas, intervir para fazer perguntas e reforçar afirmações.

Com a palavra, o Senador Humberto Costa.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco/PT – PE) – Bem, Sr. Presidente, Srs. Senadores, senhores debatedores, quero saudar, especialmente, meu conterrâneo, Dr. Carlos Vital, sem demérito para os demais. Alguém disse que “sou pernambucano, modéstia à parte”.

Bom, eu quero emitir algumas ideias e, depois, fazer algumas perguntas.

A primeira delas é a seguinte: eu acho que, nessa discussão aqui, na verdade, embora a gente tenha, como foi dito, hoje, uma situação de complementaridade entre o setor público e o setor de planos de saúde, embora a gente encontre duplicidade de serviços que são prestados a uma mesma população, que são temas que a gente vai precisar discutir e tentar construir uma ideia diferente, eu também sou ardoroso defensor do SUS. Discordo, frontalmente, de especulações que foram feitas de dar mais estímulo para planos de saúde, de tentar botar as novas classes médias, em peso, para plano de saúde, para desafogar o SUS. Eu acho que isso é um equívoco brutal. Eu sou contra que isso aconteça, até porque, hoje, esse é um setor que já tem desonerações muito grandes.

O setor de planos de saúde é subsidiado duplamente. Ele é subsidiado porque as empresas, os trabalhadores podem abater do seu imposto de renda o que gastam com planos de saúde, além de uma série de outros segmentos que são privados, ainda que possam prestar serviço ao SUS, e que têm desonerada a sua folha de pagamento, enfim, de contribuições sociais.

Então, eu quero dizer isso para firmar uma posição no sentido de que...

Sim, e a segunda forma de subsídio é o fato de que aquilo que o plano de saúde não faz o SUS termina fazendo por ele. Então, não há uma exigência da integralidade realmente.

Então, eu queria só demarcar isso, para poder entrar no assunto propriamente dito.

Eu já fui radicalmente contra a entrada do capital estrangeiro para atenção à saúde no segmento hospitalar. Agora, há um fato concreto, alguns fatos concretos. O primeiro é a demanda, hoje, inclusive no setor privado, com a implantação de novos hospitais para atender essa demanda, assim como há no setor público, e aí nós temos de resolver de outra forma, que é ampliando os recursos para a saúde.

Nós estamos discutindo, aí, a questão do financiamento público. O conteúdo da minha discordância, primeiro, era esse receio de nós perdermos, um pouco, o controle sobre um segmento estratégico do País, e eu acho que não cabe mais esse debate hoje.

O outro era do ponto de vista da incorporação tecnológica.

O que eu mais tenho medo nisso é o seguinte: entra o capital estrangeiro – nós estamos falando, aqui, do setor hospitalar –, entra recurso para você trazer para o País todo tipo de equipamento de última geração e, aí, a partir da capacidade instalada, se estabelece uma demanda.

Isso a gente está acostumado a ver. Hoje, no setor suplementar, um médico não pede um exame, ou pede, e o plano de saúde considera que aquilo não é adequado, aí, vai para a Justiça, e aí tem de fazer, e a gente sabe como essa coisa funciona. Por outro lado, estabelece para o Sistema Único de Saúde uma referência também.

Então, essa era a minha maior preocupação.

Eu achei muito interessante a exposição do Dr. Bruno, apesar de a gente estranhar esses conceitos de agregar valor ao paciente, mas entendo isso como uma questão de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, de ser eficiente, com certeza.

E, por exemplo, quanto às exigências que a ANS faz hoje, todas elas adequadas, muitas vezes não se encontra condição para atendê-las, seja por falta de profissionais – e aí temos nossa discussão para fazer hoje sobre a questão da formação de profissionais no Brasil –, seja por falta de estrutura de atendimento. Se diz assim: “Você tem que atender uma pessoa com sete dias.” Sim, mas há o serviço ali para atender com sete dias? Existe o profissional que vai atender com sete dias? Então, é uma realidade que exige que haja hoje novos investimentos.

Primeiro, eu queria ressaltar que concordo com o Faustinho, e uma coisa para nós considerarmos – nós, digo V. Ex^a na elaboração do seu relatório – é a questão de priorizar os novos investimentos. Se vêm aqui só para comprar hospital, não sei se vai cumprir esse papel efetivamente. Acho que trazer novos investimentos se aplica melhor.

Segundo, é essa questão da regulação. Hoje, nós temos, no Brasil, no Ministério da Saúde, e me parece que também na Avisa, alguns segmentos que trabalham com essa temática de incorporação tecnológica. E do mesmo jeito que se regula o setor dos planos de saúde, as operadoras, acho que é importante regular também os fornecedores de serviço nesse aspecto. São por demais conhecidas as estatísticas que mostram aparelhos sofisticados de exame, a comparação entre o Brasil e países desenvolvidos ou mais desenvolvidos que o Brasil, a concentração disso. Então, esse é um tema muito importante.

Há outro assunto que também temos que tratar, e aí, na verdade, é uma coisa do sistema, é uma coisa da relação das operadoras com os planos de saúde, que é resolver esse tema do pagamento por produção. Na medida em que isso prevalece, o interesse é total de oferecer os serviços mais caros. E como a gente sabe que hoje, no Brasil, o problema da judicialização é um problema grave – é grave para o setor público e é grave para o setor privado –, tenho certo receio de, em se fazendo essa abertura sem que haja... Apesar do fato de que, se houver muito capital nacional, pode-se fazer também, mas acredito que seja uma boa oportunidade para a gente tentar construir alguma coisa que fortaleça essa ação de regulamentação, de regulação da incorporação de tecnologia.

Eu queria, então, ouvir um pouco de todos os senhores e da senhora um comentário sobre essas questões que levantamos, eu e o Vital e, certamente, o Senador Suplicy haverá de levantar também.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Senador Humberto Costa.

Passo a palavra para o Senador Eduardo Suplicy.

O SR. EDUARDO SUP LIC Y (Bloco/PT – SP) – Prezado... (*Falha na gravação*)... Fausto Pereira dos Santos, Sr^a Maria do Socorro de Souza, Bruno Sobral de Carvalho, Carlos Vital, Kenys – quase Keynes – Menezes Machado e Daniel Coudry, agradeço pela contribuição que nos deram hoje.

Vou dar aqui o testemunho de como um Senador representante do povo acaba tendo problemas relacionados à saúde no sentido de apelos da população. Há cerca de um mês, a mãe de pessoa que trabalhava em São Paulo, mas residente no interior da Bahia, solicitou-me a possibilidade até de, se possível, conversar com o Senador Humberto Costa, com o Governador Jaques Wagner, porque a sua mãe idosa estava com uma espécie de broncopneumonia, e, ali no hospital onde se encontrava não tinha como obter o tratamento devido, que só poderia ser encontrado no Hospital Geral de Salvador. Acabei telefonando para o secretário, finalmente se conseguiu uma vaga, mas muito difícil.

Vou citar três casos.

Há pouco mais de um mês, uma menina de um mês e vinte e oito dias se encontrava com broncopneumonia – aliás, era a menina que estava com broncopneumonia; a senhora que citei acima não tinha identificação clara da doença, e somente lá, no Hospital Geral acabaram identificando – no corredor do Hospital Tide Setúbal, na Zona Leste de São Paulo. Já estava lá há três dias e não encontrava leito. Ela precisava tratar a broncopneumonia em um hospital. Liguei para três hospitais da rede pública de saúde da cidade de São Paulo, e todos estavam com leitos superlotados. Os casos eram, muitas vezes, mais graves do que o daquela menina, e não haveria como fazer. Acabei ligando para o Instituto da Criança, e, muito atento, o diretor, no terceiro dia, conseguiu. Posteriormente, o pai, alguns dias depois, me telefonou, agradecendo, porque a menina foi salva e está bem. Mas estou citando casos que nos chegam, como Senadores. Vou pedir aos senhores que, à luz desses casos, nos digam: será que o investimento do capital estrangeiro vai melhorar a situação, que é grave e que, como os senhores conhecem e reconhecem, é ainda muito difícil, em que pesem todos os esforços dos secretários municipais, dos secretários estaduais de saúde e do Ministro Alexandre Padilha?

Estou encaminhando um relato de um médico do hospital de queimados de Itu, que está por fechar. É o Hospital São Camilo, de Itu. Ele mandou, nesta semana:

Sou médico cirurgião plástico (plantonista) e fomos comunicados pelo diretor do hospital, Sr. Klebson Carvalho, na última sexta-feira (05/05/2013) sobre este fechamento.

Nossa Unidade é uma das mais antigas do Estado (18 anos) e atende pacientes de todo o Estado e de outras regiões do País.

O motivo alegado foi o corte de gastos, mas, em nenhum momento, nos foi comunicado ou orientado debatermos uma outra alternativa a este fechamento.

O hospital recebe verbas estaduais para a manutenção da mesma.

Estamos, juntamente com o Dr. Sérgio Ribeiro (...), coordenador da nossa Unidade, que recebe e-mail em cópia, à disposição para qualquer esclarecimento por parte dos médicos plantonistas.

Temos poucas unidades de terapia de queimados em nosso Estado, sendo somente 12 no interior do Estado.

(...)

Estamos comunicando a mídia, políticos, líderes comunitários locais para tentarmos reverter esta situação, que aparentemente é irrevogável (...)

Enfim, esse é outro problema grave no interior do Estado de São Paulo, que é uma das regiões, Itu, relativamente desenvolvidas. Seja na própria capital, São Paulo, seja em uma cidade com muito progresso, como Itu, temos situações tais como essa. Pergunto: um maior estímulo à participação de investimentos estrangeiros poderá melhorar esse quadro? Essa é a pergunta que deixo.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Senador Eduardo Suplicy.

Vamos abrir agora para a última fase, deixando claro aos Srs. Senadores que podem intervir a qualquer momento. Costumamos encerrar essas reuniões às 21h. Hoje, não vai ser possível, mas vou pedir o tempo de cinco minutos para cada um dos senhores, o tempo máximo, para conseguirmos fechar esta reunião por volta de 21h15 ou 21h20.

Vamos começar, então, com o Sr. Daniel Coudry, Diretor-Executivo da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP).

O SR. DANIEL COUDRY – Muito obrigado, mais uma vez agradecendo a presença.

A área da saúde é fascinante. Podemos passar a madrugada aqui discutindo inúmeros aspectos, mas, atendendo à solicitação, vou comentar algumas perguntas dos Srs. Senadores.

Primeiro, a questão dos 51% de restrição. A nossa visão é de que não faz muita diferença, como o Bruno bem fundamentou na apresentação

dele, de ser 51%. Não há condição de, em algum problema existente, você pegar um hospital e levar embora. Você pode nacionalizar os ativos, você não vai levar os empregos embora. Então, a questão dos 51% – atualmente são 49% – não é muito relevante.

Concordo plenamente com a questão da verticalização. É uma concorrência injusta hoje, em que os hospitais independentes, como o senhor chamou, sofrem dessa concorrência e, como o Bruno mencionou, não só na área de operadoras, mas o capital estrangeiro está em vários segmentos da cadeia da saúde – indústria farmacêutica, equipamentos, tecnologia da informação –, toda ela praticamente dominada pelo capital estrangeiro.

Senador Humberto Costa, o senhor comentou muitas coisas. A questão do pagamento por produção realmente precisa ser resolvida, e aqui louvo o esforço que a Agência Nacional de Saúde tem desenvolvido em relação a isso. Está em curso um projeto-piloto com alguns hospitais privados. Se não me engano, são pouco mais de 20 hospitais testando um novo modelo que não seja esse. Esse é um modelo perverso que tem de acabar. É um dos poucos lugares do mundo onde isso ainda resta.

Senador Suplicy, essa é uma pergunta de muito difícil resposta. Os problemas, as chagas da saúde são uma medusa; não são problemas simples, são problemas complexos; não são de causa única, são de causas diversas. A questão do capital estrangeiro é um dos pontos, um dos apoios que virá para ajudar o setor como um todo. Ele, sozinho, obviamente, não vai resolver a situação. É uma das nossas boas medidas para encaminharmos uma solução para o setor.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado. Agradeço o poder de síntese e a brevidade da fala do Sr. Daniel Coudry, que representa a ANAHP.

Passo a palavra agora para o Kenys Menezes Machado, que representa do Cade aqui nesta reunião.

O SR. KENYS MENEZES MACHADO – Como eu já mencionei, a competência do Cade se limita ao aspecto concorrencial. Vou limitar a pergunta feita pelo Senador em relação ao que já foi feito pelo Cade em relação à possibilidade de planos de saúde receberem recursos estrangeiros e hospitais independentes não.

O Cade não é uma agência reguladora setorial. Por isso, é limitado e não pode emitir normas infralegais, principalmente em relação ao setor de saúde. Contudo, em relação a fusões e aquisições, o que se tem feito é levar em consideração, no momento em que ocorre uma fusão ou aquisição, o porte dos agentes: se está envolvido um hospital independente, um plano de saúde verticalizado com o hospital ou um plano de saúde verticalizado com um hospital que tem recursos estrangeiros. Claro que, quando vamos medir a concorrência entre esses hospitais, vamos levar em consideração esses fatores para aprovar ou não aprovar uma operação. Seria a justificativa de maior eficiência, de melhoria na qualidade ou simplesmente que o hospital vai falir e precisa de recursos.

Então, o que o Cade tem feito, na análise caso a caso, de fusões e aquisições, é levar em consideração o porte dos agentes, seja de hospitais, hospitais verticalizados e hospitais que recebem recursos estrangeiros para seu financiamento.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Passo a palavra para o nosso 1º Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina, Sr. Carlos Vital, pelo prazo de cinco minutos.

O SR. CARLOS VITAL CORRÊA LIMA – Muito bem. Eu não posso deixar de continuar com a linha de raciocínio já exposta. Estamos tratando saúde como um bem de mercado, mas, constitucionalmente, além de um bem indisponível, como a vida, mas não de mercado, ela é, sobretudo, um direito. A Carta Magna trata a saúde como um direito do cidadão. E, quando eu falo em cidadão, eu fiz uma abrangência nesse termo a todas as cognominações que se dá ao cidadão quando é assistido. Hoje, não é mais paciente, ele é cognominado de usuário. A área do labor é mercado; os contratos que se estabelecem se chamam pacotes; e os médicos são prestadores de serviços. Essa é uma linguagem típica do trato mercantil.

Em síntese, aqui – sem qualquer desrespeito –, apenas uma outra cultura distante da anglo-saxônica, nós entendemos saúde, e foi determinado em contrato social, o maior contrato social da Nação, como um direito do cidadão. Aqui não há desconhecimento do valor da área suplementar, Senador, do grande serviço que presta como algo que se agrega a um núcleo fundamental, que é o setor público, mas as preocupações transcendem a esses aspectos meramente de caráter filosófico, doutrinário, determinado pela sociedade brasileira em 1988. Vão além disso. Existem dificuldades que nós conhecemos e que o Senador Humberto Costa colocou com muita propriedade.

Em Caruaru, por exemplo, Senador, há mais tomógrafos de ressonância do que em Liverpool. O Dr. Jailson, lá do Imip, fez doutorado. E ele pode atestar – o senhor conhece bem os imipianos lá em Recife – que Caruaru tem mais tomógrafos de ressonância do que Liverpool.

Não há controle. A especulação da indústria e do comércio é uma realidade. É óbvio que o capital estrangeiro entrando nessa área significa mais especulação da indústria e do comércio com assistência à saúde e, prioritariamente, com o ato médico. As nações predatórias nós conhecemos quais são. Mas não há aqui xenofobia, em absoluto. Apenas acho que precisamos, antes de tudo, antes de pensar em reserva do possível, como muitos alegam, fazer o que a Constituição manda: financiar de forma adequada a área pública de assistência à saúde.

Esse é um ponto que pode não ser técnico dentro do que se resolve aqui. Agora, eu lembro: nós temos dificuldades. A ANS, por exemplo, Bruno, não regula planos coletivos no sistema de remunerações. “Ganhe mais e pague menos!”, mas não se diz, na propaganda da operadora de plano, que com um ano vai negociar o contrato novamente. E, sendo coletivo, a operadora diz de quanto vai ser. Mais de 70% dos usuários de planos de saúde são coletivos; 30% é que são pessoas físicas individuais.

Em síntese, não regula a relação da intermediadora da operadora com o médico. A ANS não tem essa competência legal. Nós precisamos avançar nessas regulações, antes de pensar em quaisquer outras formas de simbiose, de incorporações de capitais ou de tecnologias.

Pesquisa. A pesquisa é o novo procedimento no País. Inclusive aqueles que já estão em rotina no exterior, passam, até por decisões reiteradas do STJ – a última é da Eliana Calmon, que é emblemática –, pelo crivo de

análise do Conselho Federal de Medicina. Não se incorporam novos procedimentos científicos sem a aprovação do Conselho Federal. E nós temos uma resolução absolutamente rigorosa e coerente com as responsabilidades que assumimos.

(Soa a campanha.)

O SR. CARLOS VITAL CORRÊA LIMA – Em síntese, agradecemos, finalmente, a participação, Senador. Espero que este PL ainda seja alvo de muitas outras audiências.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Dr. Carlos Vital.

Com a palavra o Sr. Fausto Pereira dos Santos, representando o Ministério da Saúde.

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS – Primeiro, Senador Vital do Rêgo, um pouco na linha do que o Dr. Carlos Vital abordou, na verdade, eu acho que, ao discutir um assunto, sempre buscamos articulá-lo com o conjunto dos outros debates que norteiam o processo de organização dos serviços de saúde no Brasil. A Subcomissão tem discutido isso. Há cerca de dez dias, estive aqui e participei um pouco dessa discussão, e acho que estamos tentando articular.

É claro que há questões específicas. Hoje, aqui estamos tratando de uma delas, mas sempre buscando articulá-la com o conjunto das medidas. E estamos discutindo como organizar serviços para atender a direitos previstos na Constituição; os direitos não se materializam sem um processo de organização, de gestão. E é isso que eu acho que a gente está procurando fazer no Ministério da Saúde, através das agências reguladoras; é esse esforço de organizar os serviços para atender esses preceitos que estão colocados na Constituição.

Por isso um pouco também, Senador, essa discussão das condicionalidades. Eu acho que aí entra um pouco da ótica do usuário. Quer dizer, a entrada desse capital estrangeiro teria que finalidade no Brasil? Eu acho que essa talvez seja a discussão que a gente precisa colocar para responder um pouco hoje as grandes necessidades que foram relatadas aqui, de alguma forma, pelo Senador Suplicy, quando falou da dificuldade de leitos no País, quando falou das dificuldades de financiamento, às vezes, de unidades especializadas.

Nós estamos tentando fazer uma discussão mais geral. Por isso eu acho que a entrada do capital internacional só pode ter sentido se for visando a uma ampliação dos serviços de saúde no Brasil e muito menos uma discussão do processo de consolidação, que, de uma forma ou de outra, vem acontecendo, ainda não tão acelerado quanto o processo das operadoras de plano, mas é um processo que vem acontecendo.

O fato de diagnosticar se há uma simetria, se há uma certa não isonomia nesse processo do capital internacional; o fato de ter esse diagnóstico não significa que nós tenhamos instrumentos de regulação para esse processo. Eu acho que talvez seja com esse vazio legal que se depara tanto a ANS quanto o Cade, quanto o próprio Ministério da Saúde.

A Constituição previu que leis específicas poderiam abrir. A lei específica dos planos de saúde previu. O processo de verticalização das empresas se dá de uma forma não somente... não é a maior forma de verticalização hoje a questão do capital internacional. Nós temos várias outras

formas de verticalização no País, e a principal delas não é o capital internacional; ele funciona também, mas não é somente essa a questão.

Na verdade, hoje, tanto o Ministério da Saúde quanto a ANS enfrentam um certo vazio legal para fazer essa discussão dessa iniquidade – vamos chamar assim – do processo.

A questão da limitação do capital, de 51% do capital votante ser nacional. Eu acho que nós já tivemos outras experiências no País que mostram que essa medida pode ser inócua. Permitir a entrada do capital internacional – de alguma forma, o Bruno falou um pouco sobre isso – mas restringir ao controle do capital nacional e somente abrindo para a questão das empresas com capital aberto, me parece que vamos criar uma certa celeuma, fazer um grande esforço para um resultado muito aquém ou, eu diria, talvez nenhum.

(Soa a campainha.)

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS – Então, a questão da limitação do capital votante, me parece uma medida restritiva que pode inibir o projeto, inclusive.

A outra questão foi levantada pelo Senador Humberto Costa, e eu acho que, apesar da lei que foi relatada aqui pelo Senador Flávio Arns, de 2011, que disciplina um pouco essa discussão da incorporação tecnológica no Brasil muito voltada para a área de medicamentos, mas que avança um pouco nessa disciplina, nós ainda precisaríamos avançar mais nessa discussão.

Os sistemas universais no mundo – não vamos comparar aqui com os Estados Unidos, mas com outros sistemas universais – trabalham com um processo de incorporação tecnológica mais consolidado, mais organicamente constituído. Hoje nós temos uma comissão nacional de incorporação tecnológica, o que é um avanço em relação ao que tínhamos até 2011, mas ainda me parece insuficiente para fazer um enfrentamento de uma discussão tão complexa quanto a questão da incorporação tecnológica. Então, eu acho que nós vamos ter que enfrentar também um pouco desse debate, quer dizer, discutir financiamento, discutir regras para a entrada do capital internacional, mas discutir também como nós podemos fazer um processo de incorporação tecnológica mais transparente, mais disciplinado e que tenha um efeito melhor sobre a saúde da população.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Fausto.

Agora, passo a palavra à Maria do Socorro de Souza, nossa Presidenta do Conselho Nacional de Saúde.

A SRª MARIA DO SOCORRO DE SOUZA – Eu até entendo que os argumentos trazidos aqui pelas representações do setor privado se justifiquem e que a própria Comissão de Assuntos Econômicos trate do objeto do projeto nessa dimensão de investimentos. Agora, a Comissão de Assuntos Sociais, para nós, tem outro papel nesse debate e acho que o Relator já começa a sinalizar com algumas questões pertinentes, o Senador Humberto, o Senador Suplicy... E é o que nos interessa, primeiro, porque é muito difícil só debater, sempre nesta Casa, o objeto específico de um projeto sem pensar a responsabilidade que a gente tem aqui com o papel do Estado de garantir um sistema de saúde pública que atenda de fato aos interesses da população.

Há uma pergunta que tem que ser respondida sim: qual é a vantagem para o usuário? Nenhuma. Para o usuário que vocês estão colocando aqui como elemento de justificativa para investir mais em planos

privados, no setor privado, para o usuário, nenhuma. Inclusive, eu acho que a gente tem que perguntar se interessa também para o empresariado nacional... Eu acho que tem que ouvir mais o empresariado nacional sobre quais são as dificuldades de investimento e de financiamento no setor nacional, porque para a gente também é questionável. Há outros setores nacionais que, com certeza, também poderiam ter posição contrária.

Eu também acho que a fala do Conselho Federal de Medicina sinaliza uma preocupação do ponto de vista dos profissionais, se toda essa dimensão não compromete a autonomia dos profissionais... No Brasil, a gente tem problemas históricos que não foram resolvidos. Nós estamos, com essas medidas, levando ao descrédito da sociedade em relação ao Sistema Único de Saúde, e esta Casa tem a responsabilidade de contribuir para que o SUS não vá a colapso.

Nesse sentido, eu queria colocar que, se os grandes investimentos, que estão sendo colocados aqui... A gente já percebe que isso não daria resposta a quem, sobretudo hoje, não é atendido pelo SUS. A maior parte está concentrada no interior do País, a maior parte está concentrada em cidades de menos porte, com menos infraestrutura. Significa que nós vamos, mais uma vez, concentrar toda uma rede privada nas capitais e nas grandes cidades. Se a gente não teve a capacidade, com 20 anos de SUS, de reverter esse modelo de atenção, de reverter essa concentração nas capitais e nas grandes cidades, nós vamos apostar no maior investimento no setor privado de novo concentrando demanda, tecnologia, profissionais e financiamento nas grandes cidades? Porque, se for para falar em nome dessa classe de trabalhadores e usuários, Senadores, que querem um atendimento e uma assistência maiores, com certeza, não é essa população que está concentrada nas grandes cidades, mas nas cidades do interior, onde a gente enfrenta o problema da questão médica, onde a gente enfrenta o problema da falta de carreira, onde a gente enfrenta o problema da falta de investimento... Então, é nessa dimensão que a gente chama à responsabilidade os senhores para fazer o debate.

Se temos problemas hoje, necessidade do setor complementar... Eu acho que a gente também inverte a lógica do papel do Estado. A gente está colocando, o tempo inteiro, como sistema público de saúde o investimento no sistema de saúde público; o setor privado é complementar. A gente vê que nesse debate inverte-se a lógica. Então, são mais 25 anos... Quer dizer, então, que a gente está apostando aqui que, daqui a 25 anos, a gente não vai debater nesta Casa o sistema público de saúde. Essa lógica vai levar a, no mínimo, daqui a 25 anos, a gente estar fazendo esse debate. A gente não pode simplesmente responder a uma questão conjuntural. E nós estamos observando o movimento da Casa. Nós estamos com mobilização para arrecadar 1,5 milhão de assinaturas para fortalecer o sistema público de saúde, que também beneficia o sistema complementar.

(Soa a campanha.)

A SR^a MARIA DO SOCORRO DE SOUZA – Também beneficia. Nós não desconsideramos o papel do setor complementar, mas não é por essa via do capital estrangeiro que a gente vai resolver o problema no Brasil.

Esta Casa também foi responsável, e é até hoje, pelo baixo financiamento do Sistema Único de Saúde. Então, acho que tem que reverter essa pauta.

Nós agradecemos por esse respeito, essa consideração e pelo ponto de vista de transparência para a sociedade e nos colocamos à disposição para continuar contribuindo para o debate.

Eu só queria colocar, muito rapidamente, Senador, que eu estive agora em São Luís, no congresso dos COSEMS do Norte e do Nordeste. Sabem qual era a discussão que estava para cima do Ministério da Saúde? A crítica de não reconhecer hospitais com cinco leitos no interior do País. A maior crítica que foi feita ao Ministério da Saúde pelos gestores públicos não foi quanto a estender a rede suplementar. A maior crítica, Senador Suplicy, foi exatamente porque os prefeitos não conseguem responder à expectativa da população nos Municípios de pequeno porte. E a discussão era exatamente por que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional aprovaram uma política que só reconhece os hospitais a partir de 31 leitos. Essa era a grande discussão, e o Ministério da Saúde vai responder e, certamente, vocês também. Eu acho que é preciso dizer isso, porque acho que tem que inverter a lógica do debate.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Agora, o Dr. Bruno Sobral, que é o nosso Diretor da ANS.

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – Muito obrigado, mais uma vez, Senador.

Rapidamente sobre a questão da verticalização, acho que uma das pessoas já falou. Acho que a questão da verticalização, Senador, não é um mal em si. Ela é a consequência de uma distorção. Essa distorção não pôde ser trabalhada nem pelo Cade, nem pela ANS pelos motivos já colocados pelo Fausto. Nós não temos mandato legal para fazer isso, e, do ponto de vista concorrencial, o Cade não viu nenhum problema em si. Mas acho que o principal problema da distorção é que ela não é feita pelos órgãos reguladores aqui mencionados. Acho que o problema da distorção é causado pelo marco regulatório, pelo marco legal em si. E acho que a melhor forma de se desfazer essa distorção – e a verticalização tem seus problemas, mas também teve seus ganhos em alguns momentos; reduziu o custo de transação e foi uma resposta das operadoras, no sentido de atender, muitas vezes, às demandas da própria ANS, em qualidade, em tempestividade de serviço – é por meio deste debate que estamos fazendo aqui e, eventualmente, pela aprovação desse projeto.

Eu queria colocar absolutamente não só a minha assessoria, mas eu, pessoalmente, à disposição de V. Ex^a. Acho que, como diretor da Agência que presta contas ao Senado, eu não gostaria de ter vindo aqui só na sabatina ou nesta audiência pública, mas contribuir efetivamente com sua assessoria, com esta Casa, com esta Comissão, como contribuimos com a Comissão de Assuntos Sociais do Senado. Coloco-me totalmente à disposição de V. Ex^a.

Rapidamente, com relação à questão da incorporação tecnológica também, eu acho que, se nós estamos falando de restrição aqui, um dos grandes problemas da incorporação tecnológica – e ela é feita por capitalistas nacionais e estrangeiros, e isso, na minha opinião, é absolutamente neutro com relação a qual é a bandeira do dinheiro – é a questão do modelo de pagamento, como foi aqui mencionado, ou seja, pagar por serviços, o Senador Humberto Costa mencionou isso.

Gera também uma outra distorção o fato de que, quanto mais o hospital faz, mais ele produz, mais ele oferece serviços, por exemplo, mais tomógrafos tem, mais ele consegue ter receitas. Dados mostraram que as receitas de hospitais migraram ao longo do tempo de diárias e taxas, que são o negócio principal no hospital, para materiais e medicamentos. Isso também é uma distorção. E essa distorção, em muito, é criada pelo problema da falta de uma capacidade maior de recursos para que o País tenha uma política de incorporação tecnológica um pouco mais forte.

Acho que o Ministério da Saúde deu passos importantes, com mais poder e mais incentivo ao Conitec, que é um órgão que faz isso hoje pelo Governo brasileiro, mas, fundamentalmente, é necessária uma mudança do modelo de pagamento.

Nós estamos aí, como o Daniel falou, com um modelo sendo criado, pilotos de um modelo de pagamento mais empacotados, digamos assim, mais fechados, e isso ainda é algo absolutamente voluntário por parte dos prestadores. Nós contamos com o apoio irrestrito tanto de operadoras quanto de prestadores para construir esse novo modelo e agora nós estamos acompanhando alguns pilotos. Mas, se fôssemos fazer alguma restrição aqui, a primeira que me viria à cabeça – e isso vale para capital estrangeiro ou capital nacional – é que tipo de relação com o financiador nós queremos no futuro. Nós queremos continuar com a relação entre quanto mais eu faço, mais eu ganho? Ou queremos uma relação com a qual, de fato, nós consigamos englobar serviços e dividir um pouco a responsabilidade do prestador de serviço com quem financia, para, assim, termos insumos mais adequados na prestação do serviço?

(Soa a campanha.)

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – Eu acho que, se fôssemos fazer alguma restrição hoje, a principal em que eu pensaria – e não é só para capital estrangeiro, mas para capital nacional também – é até que ponto novos investimentos estão sendo feitos em hospitais que estão num novo modelo de remuneração; ou esses investimentos são feitos, parece, no modelo antigo, gastador de dinheiro, gerador de iniquidade e gerador de ineficiência.

Então, eu acho que eu colocaria isso como um principal ponto a ser colocado no projeto, não só nesse projeto, mas numa eventual discussão de regulação de prestadores médicos.

Falou-se aqui de mais algumas coisas. Acho que não vai dar tempo de mencionar. Mas, por fim, eu queria falar um pouco dos interesses aqui colocados.

Comentou-se: será que interessa ao empresário nacional?

Eu acho que interessa ao empresário nacional porque, à medida que se traz um parceiro, ele dilui risco, ele compartilha risco com o outro sócio.

Interessa ao beneficiário, ao usuário?

Interessa. Quanto mais recursos ele tiver, menor o custo de hospitais e mais recursos sobram para fazer melhor, para fazer com qualidade, melhor gestão você possibilita para esse setor. E não tenho dúvida: no mercado com mais concorrência – e o Cade trabalha muito com essa questão da concorrência – boa parte dessas eficiências serão repassadas para o consumidor, sim.

Então, acho que ganha todo mundo. Ganha a sociedade brasileira, que passa a ter custos mais baixos, sem essa distorção que hoje existe pelo marco regulatório atual.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Senhores, antes de encerrar, Senador Humberto, Senador Vital, Senador Eduardo Suplicy, nós vamos querer dar prosseguimento a essas audiências. Digo ao Relator que a audiência pública que ele achar necessária, a gente convoca imediatamente, porque a gente quer começar a deliberar esse tema nesta Comissão de Assuntos Econômicos. Esse não é um tema secundário. É o tema de maior interesse do povo brasileiro. Hoje, em qualquer Município de qualquer Estado deste País, a saúde é o maior problema.

Os senhores falaram muito do setor público. A Maria do Socorro, nossa Presidente do Conselho, tem toda razão quando diz que hoje há uma crise no setor público e no setor privado. Eu não sou especialista como o Senador Humberto Costa, como o Senador Vital do Rêgo, dois médicos, sendo o Senador Humberto Costa ex-Ministro da Saúde, um estudioso sobre o tema, mas fui prefeito na ponta, Senador Humberto Costa e digo: a questão do subfinanciamento da saúde pública no País tem que ser enfrentada.

Como prefeito de uma cidade como Nova Iguaçu, quando nós falávamos do SUS era o seguinte: chegavam recursos de gestão plena para alta e média complexidade. No primeiro mês como prefeito, a minha secretária de saúde chegou e disse que no vigésimo dia tinha acabado os recursos, porque havia um teto. Eu disse: “Puxa, não podemos deixar de atender. Vamos continuar atendendo.” É claro que aquilo gerou um passivo com as clínicas privadas e uma crise veio mais à frente.

Hoje, para qualquer prefeito ou governador no País, qual é o maior problema a ser enfrentado? É a saúde pública. E sabe o que acontece com esse subfinanciamento, Senador Eduardo Suplicy? Lá em Nova Iguaçu, acabava no vigésimo dia. Sabe o que os gestores têm que fazer? Eles vão alongando. E você encontra nas ruas pessoas com exames que querem fazer há cinco meses, e não conseguem. Essa é uma questão nacional.

Eu espero a sensibilidade da nossa Presidenta com o clamor do povo, porque hoje, segundo as pesquisas, cada vez mais o problema é saúde, saúde, saúde, saúde. Esse tema se torna nacional. Numa eleição presidencial – eu espero que seja nessa próxima –, a nossa Presidente dirá: vamos ter que enfrentar isso. E dizer de onde sairão os recursos.

Hoje há essa situação, mas há crise também no setor privado. Hoje, qualquer um com o seu plano de saúde privado vai em hospitais, em qualquer lugar, superlotação, dificuldades. E a gente vê aqui, pelos números, por mais que exista essa demanda crescente, diminuição de leitos.

Então, a meu ver, esse projeto pode ser importante se significar, com essa entrada de capital estrangeiro, aumento de investimentos, novos leitos, novos hospitais, porque há uma dificuldade de recursos públicos. Mas veja bem: se há possibilidade de abrir para recursos privados, capital estrangeiro e isso significar um novo aporte de recursos para que a gente melhore a situação da rede privada, esse é um passo importante.

Acho que o Bruno foi muito feliz quando falou dos 49%. Esses fundos privados estrangeiros, na verdade, para ter investimento, querem ter controle também na gestão, colocar metas. Então, eu acho que esse é um

ponto também... Ninguém vai entrar numa governança sem ter controle, sem participar diretamente da administração ou colocar simplesmente metas muito bem estabelecidas. Concordo com o Fausto também, a gente pode estar construindo uma grande batalha que daria em nada. Então, para isso eu chamo a atenção do Relator.

E acho que a questão da incorporação tecnológica é algo também muito importante, e a gente teria de ver como criar essas condicionalidades, porque ninguém quer apenas abrir para o capital estrangeiro e isso significar mexer na estrutura societária das empresas. O que a gente quer é que isso signifique, concretamente, mais investimentos, mais leitos. E eu acho que esse é um caminho.

Eu acho que é importante olhar o caso das operadoras de planos de saúde. O que é que houve com a abertura? Sem ser especialista, eu acho que significou, sim, em alguns casos, olhando de longe, novos investimentos em hospitais e na rede. Esse é um exemplo importante de ser olhado e trabalhado.

Agora, encerrando a minha fala, peço ao Relator que a gente faça um esforço para tentar colocar em votação ainda este semestre. Ao mesmo tempo, coloco-me inteiramente à disposição para outras audiências públicas a serem realizadas por esta Comissão.

O SR. VITAL DO RÊGO (Bloco/PMDB – PB) – Sr. Presidente, antes de V. Ex^a encerrar, até para dirimir quaisquer dúvidas em relação ao nosso calendário, gostaria de lembrar que nós estamos com uma Subcomissão tratando do financiamento da saúde, cujo Relator é o Senador Humberto Costa, onde nós estamos já na fase terminal das nossas audiências públicas – temos ainda uma audiência pública apenas e temos um prazo já agendado. Queremos deixar este assunto com os temas correlatos e paralelos, dentro da abrangência do setor. Estamos tratando igualmente com as mesmas responsabilidades.

A partir desta audiência pública, tornou-se prioritário para esta relatoria a confecção e a construção do relatório. Eu vou me entender, agora, setorialmente, com cada uma das pessoas ou das iniciativas, ou dos órgãos, ou das entidades que merecem ser consultadas pela relatoria, para, num prazo muito rápido, apresentar a primeira versão desse relatório. Vou falar com as Lideranças, porque entendo que nós precisaremos dar, a partir desse marco, o 259, um substitutivo que possa atender às expectativas e aos anseios do País.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Senador Vital do Rêgo.

Antes de encerrar a presente reunião, lembro aos Srs. Senadores que, amanhã, às 10h, teremos reunião deliberativa ordinária da CAE.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião.

Muito obrigado a todos os senhores e senhoras.

(Iniciada às 19 horas e 17 minutos, a reunião é encerrada às 21 horas e 10 minutos.)