

A dinâmica capitalista no setor hospitalar privado no Brasil entre 2009 e 2015

The private health sector's capitalist dynamic in Brazil from 2009 to 2015

La dinámica capitalista en el sector hospitalario privado en Brasil entre 2009 y 2015

Milton Santos Martins da Silva ¹
Claudia Travassos ²

doi: 10.1590/0102-311X00188721

Resumo

Os hospitais apresentam mudanças em seu papel nos sistemas de saúde. No Brasil, os hospitais privados sempre tiveram destaque, com os filantrópicos voltando a ganhar maior importância no século XXI. Observa-se uma tendência, em especial nos Estados Unidos, de consolidação de hospitais, concentrando grande poder de mercado, consonante com o fenômeno capitalista de financeirização. O objetivo deste estudo é descrever, no contexto brasileiro, o movimento em curso nos hospitais e grupos hospitalares privados, identificando suas principais características e tendências à luz das dinâmicas atuais do capital. Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, que teve como eixo de análise as dimensões patrimonial, contábil-financeira e política. O estudo cobriu o período entre 2009 e 2015, analisando 10 hospitais e três grupos hospitalares selecionados de modo intencional. Foram criados bancos de dados oriundos de diversas fontes a partir dos quais foram calculados indicadores e analisadas informações sobre cada uma das dimensões de análise. Observou-se que o setor hospitalar privado no Brasil já apresentava estratégias características de processo de financeirização, inclusive nos filantrópicos, tal como a formação de oligopólios por meio de fusões e aquisições e da dinâmica de diversificação para outras áreas como ensino e gestão de unidades públicas, foco em alta renda e internacionalização, apoiada por uma agenda política própria do setor. Trata-se de movimento intrinsecamente excludente, concentrador de riqueza, incompatível com os princípios constitucionais da universalidade e do direito à saúde, que requer a adoção de políticas públicas, regulamentação e controle social para sua contenção.

Hospitais Privados; Economia; Sistemas de Saúde; Capitalismo

Correspondência

M. S. M. Silva
Rua Desembargador Izidro 172, Rio de Janeiro, RJ
20521-160, Brasil.
miltosantasm@hotmail.com

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

O hospital tem papel destacado na organização dos sistemas de saúde. Pela complexidade do cuidado de saúde que oferece, ocupa um lugar de convergência de diversas indústrias do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) ¹ e apresenta grande poder político e econômico, sendo peça-chave na evolução do cuidado de saúde. Historicamente, os hospitais migram de uma concepção de exílio de doentes para uma das últimas fronteiras do conhecimento científico, passando a ser cada vez mais vistos como expressão do cuidado médico em sua forma tecnicamente mais sofisticada ². Apesar de mudanças nos sistemas de saúde, estes seguem tendo grande importância na perspectiva técnico-assistencial, assim como em seu impacto financeiro e seu valor simbólico.

Ao se definir hospital, é importante fazê-lo sob uma perspectiva histórica. No Brasil, a atual definição consta na *Portaria nº 3.390*, de 30 de dezembro de 2013 ³, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

O setor hospitalar brasileiro, no fim do século passado, tinha como característica ser predominantemente formado por hospitais com fins lucrativos (regime de empresa privada), com essa tendência se alterando no início do século XXI, apresentando queda importante de hospitais neste regime, de modo que hospitais sem fins lucrativos (filantrópicos) os ultrapassaram em 2014, sendo, em 2015, considerados os principais representantes dos hospitais privados ⁴. Atualmente, a relação entre o setor público (SUS) e o setor privado na atenção hospitalar se caracteriza por um grande imbricamento, com a participação empresarial, filantrópica e pública variando entre diferentes grupos sociais, territórios e procedimentos, definindo um padrão de marcadas iniquidades de acesso e qualidade ⁵.

O *Decreto nº 4.327/2002* ⁶ garantiu o certificado de hospital filantrópico a estabelecimentos que apresentem prestação de 60% ou mais de internações ao SUS ou que apliquem de 5% a 20% de sua receita bruta em gratuidades ⁷. Há hospitais filantrópicos considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde que compõem o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (Proadi) do SUS. A *Lei Federal nº 12.101/2009* ⁸, que criou o Proadi, não exige a oferta de 60% ou mais de seus leitos ao SUS. Para que mantenham as isenções fiscais, devem contribuir com novas tecnologias e qualificação de profissionais de saúde para o SUS em conjunto com o Ministério da Saúde ².

Um aspecto importante também do setor privado hospitalar no Brasil é o surgimento de grupos hospitalares (GH) ou redes hospitalares, cuja definição adotada neste estudo é uma extrapolação do significado de grupos econômicos, como definidos pela literatura jurídica e legislativa, já que não há conceito primário estabelecido. Embora grupos econômicos sejam normalmente caracterizados como a integração de uma concentração de empresas sob uma única direção econômica ⁹, para efeito deste estudo, admite-se grupo econômico como um conjunto de empresas, juridicamente independentes, com personalidade jurídica e patrimônio próprios, mas economicamente unidas, seja mediante uma *holding*, seja mediante as diretrizes da empresa-mãe ¹⁰.

Nos Estados Unidos, ondas de consolidação no setor privado hospitalar ocorrem há décadas, havendo um movimento importante de fusões e aquisições no setor saúde, tanto de instituições que oferecem os mesmos serviços (consolidação horizontal) quanto de instituições que oferecem serviços distintos (consolidação vertical) ¹¹. McCue et al. ¹² discutem este processo na indústria hospitalar, principalmente a partir de 2010, que marca um aumento drástico no número de aquisições. Os autores argumentam que estas são realizadas no âmbito regional e nacional, com predominância de estabelecimentos com fins lucrativos adquirindo unidades sem fins lucrativos, ocorrendo em todos os diferentes tipos de mercados independentemente da área geográfica, além de ocorrerem dentro dos próprios grupos de propriedade.

Há também nos Estados Unidos um aumento na formação de *joint ventures*, em que empresas de diferentes níveis de atenção (consolidação vertical) se fundem para criar grandes complexos hospitalares que atendem desde cuidados primários até situações de maior complexidade diagnóstica e labo-

ratorial¹³. Tal movimento pode ser visualizado em grandes subúrbios americanos com populações idosas, menores taxas de desemprego e violência urbana.

Autores^{14,15,16} ponderam que a consolidação hospitalar pode representar uma melhoria na qualidade. No entanto dados empíricos já demonstram que a concentração do setor em poucas mãos aumenta preços sem, contudo, apresentar contrapartida no aumento da qualidade ou eficiência do setor.

O olhar sobre as tendências internacionais permite que sejam notados elementos que caminham na direção da consolidação do setor hospitalar privado e suas distintas estratégias de atuação. Outra dinâmica é a expansão do setor hospitalar para outras áreas de atuação que não a estritamente médica, indicando que, além da consolidação, há diversificação das atividades¹⁷.

Tais mudanças se apresentam consonantes com o fenômeno da financeirização¹⁸, que representa um novo padrão de acumulação capitalista guiada a partir de uma lógica financeira, de modo que retornos financeiros e seus elementos assumem centralidade na organização empresarial de diferentes setores¹⁹. É importante, assim, que se questione se essa tendência também ocorre em território nacional, analisando-se de forma mais aprofundada a dinâmica do setor hospitalar privado no Brasil. Portanto o objetivo deste estudo é descrever, no contexto brasileiro, o movimento em curso nos hospitais privados e nos GH, tomando como eixo as dimensões patrimonial, contábil-financeira e política, de modo a identificar suas principais características e tendências, à luz das dinâmicas atuais do capital.

Metodologia

Enquanto parte da pesquisa *Complexo Econômico Industrial da Saúde, Inovação e Dinâmica Capitalista: Desafios Estruturais para Construção do Sistema de Saúde Universal*, este estudo tem suas bases metodológicas exploradas por Bahia et al.²⁰. Caracteriza-se como estudo descritivo e exploratório do setor hospitalar privado de saúde no Brasil, a partir dos Banco de Dados sobre Empresariamento na Saúde (BDES) criados pela pesquisa para analisar as dimensões de interesse do estudo: patrimonial²¹, contábil-financeira²² e política em hospitais e GH privados no período compreendido entre 2009 e 2015.

Foram selecionados para o estudo dez hospitais e três GH privados. A seleção foi baseada em listagem dos 50 maiores hospitais privados que atendem, majoritariamente, pacientes beneficiários de planos de saúde ou pagamento direto a partir de informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2015. Três critérios foram utilizados para seleção da amostra: (i) hospitais participantes do Proadi-SUS; (ii) hospitais dos três maiores GH com base na quantidade de leitos; e (iii) quinze hospitais com maiores faturamentos do exercício de 2014 da publicação Valor Setorial – Hospitais Privados (Estrutura de Hospitais Privados)²³. Na sequência, foi montada uma planilha com base nos três critérios e foram selecionados de modo intencional dez hospitais, seja pela sua repetição nos subgrupos, seja pela sua expressiva quantidade de leitos (Quadro 1). Os GH foram selecionados dentre os maiores no país a partir de dados informais disponibilizados para os autores, sendo estes: Rede D'Or, Amil/ESHO (Empresa de Gestão Hospitalar) e Ímpar. A seguir, seguem-se as linhas metodológicas adotadas por cada dimensão estudada.

Dimensão patrimonial

Os dados agrupados no BDES provêm de diferentes fontes: juntas comerciais estaduais, demonstrativos financeiros, Receita Federal, Comissão de Valores Imobiliários (CVM), relatórios anuais, sites das empresas e imprensa tanto geral quanto especializada, analisados a partir das seguintes variáveis: número de acionistas, natureza jurídica, participação percentual no capital e participação no grupo controlador.

Quadro 1

Hospitais selecionados para o estudo.

	CNES	HOSPITAL (NOME FANTASIA)	ESTADO	LEITOS	GRUPO
1	2058391	Albert Einstein	São Paulo	636	X
2	2079127	Sírio-Libanês	São Paulo	427	X
3	0003832	Santa Izabel	Bahia	420	X
4	3472264	Saúde da Mulher	Pará	414	X
5	3006522	Moinhos de Vento	Rio Grande do Sul	302	X
6	2815966	Santa Lúcia	Distrito Federal	288	X
7	0027995	Mater Dei S.A.	Minas Gerais	281	X
8	2344807	Esperança Olinda	Pernambuco	276	Rede D'Or
9	2076950	Alemão Oswaldo Cruz	São Paulo	262	X
10	3005992	Copa D'Or	Rio de Janeiro	238	Rede D'Or

Fonte: Departamento de Informática do SUS ⁴.**Dimensão contábil-financeira**

Os dados contábeis-financeiros dos hospitais e GH foram coletados a partir de demonstrativos financeiros obtidos tanto a partir da CVM quanto de jornais e das próprias páginas das empresas.

A partir dos dados sobre ativo total, patrimônio líquido e receita líquida, foram calculados indicadores sobre liquidez e atividade (giro do ativo), estrutura de capital e endividamento (participação de capital de terceiros) e financeirização (disponibilidade sobre o ativo e receitas financeiras sobre receitas operacionais líquidas, este último criado pela pesquisa). O cálculo e a descrição desses indicadores foram expostos por Andrietta & Cardoso ²².

Dimensão política

A ação política e as respostas do poder público em temas de interesse são descritas nesta dimensão. Os dados foram organizados em três segmentos: (i) Agenda das entidades representativas; (ii) Agenda política noticiada em veículos da mídia convencional; e (iii) Projetos de Lei, Propostas de Emendas Constitucionais (PECs) e Medidas Provisórias sobre os hospitais e GH. As fontes de dados contaram com as publicações próprias de três entidades hospitalares: *Revista Visão Hospitalar da Federação Brasileira de Hospitais* (FBH); *Revista Panorama e Livro Branco*, ambos da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp); e a publicação *Propostas para o Sistema de Saúde Brasileiro*, do Instituto Coalizão Saúde (Icos). A agenda política foi pesquisada em grandes jornais da mídia convencional: *Estadão*, *Valor Econômico* e *G1*. Os projetos legislativos foram pesquisados nos sítios oficiais da Câmara e do Senado Federal. A partir daí, os dados foram organizados em uma matriz para análise descritiva de proposições e propositores.

Resultados

Dimensão patrimonial

Quanto às características patrimoniais apresentadas nos Quadros 2 e 3, é importante destacar que a obtenção de informações de dois dos 10 hospitais selecionados não foi possível por meio da metodologia aplicada – Copa D’Or e Rede Esperança Olinda. As sedes dos hospitais e GH se encontram principalmente no eixo Rio de Janeiro-São Paulo. Quanto à natureza jurídica, os três grupos hospitalares estudados são organizados em Sociedades Anônimas de Capital Fechado (SAF), enquanto cinco dos hospitais pesquisados se organizam enquanto Associações Privadas (AP), incluindo-se, neste último, todos os filantrópicos. A única Sociedade Limitada (Ltda) identificada foi o Hospital Saúde da Mulher, do Pará. As formas jurídicas foram descritas por Mattos et al. ²¹.

Quadro 2

Características gerais de grupos hospitalares privados sob o ponto de vista patrimonial, 2009 a 2015.

EMPRESA	REDE D’OR	ESHO	ÍMPAR
Sede	São Paulo	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Natureza Jurídica	SAF	SAF	SAF
Acionistas/Sócio/ Mantenedora	Jorge Moll e família	Amil Assistência Médica Internacional/UnitedHealth Group	Edson e Dulce Bueno
	GIC Private Limited		
	Carlyle Group		
	Minoritários		
País	Brasil	Estado Unidos	Brasil
	Singapura		
	Estados Unidos		
	-		
Perfil	Grupo nacional	Grupo estrangeiro	Grupo nacional
	Investidores institucionais		
	Investidores institucionais		
	-		
Participação percentual no capital	59,6%	99,6%	100%
	26,9%		
	12,3%		
	1,2%		
Participação no grupo controlador	Sim	Sim	Sim
	Não		
	Não		
	-		
Presença e magnitude	Maior rede hospitalar brasileira com 35 hospitais e cerca de 5 mil leitos nas regiões metropolitanas das capitais do Rio de Janeiro, Distrito Federal, São Paulo e Pernambuco. Forte no mercado especialmente de alta renda	Rede hospitalar subsidiária do grupo Amil UnitedHealth Group, com 21 hospitais e clínicas em Rio de Janeiro, São Paulo, Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco	Rede hospitalar com seis hospitais e 1.250 leitos no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Brasília. Era parte da Amil, ficou com a família Bueno no processo de venda para UnitedHealth Group
Atividades	Hospitais, pesquisa, formação, imobiliário, oncologia, diagnóstico, consultoria	Hospitais, clínicas, oncológico	Hospitais, clínicas, oncologia

SAF: Sociedades Anônimas de Capital Fechado.

Fonte: elaboração própria, a partir de informações do banco de dados BDES-A (Bahia et al. ²⁰)

Quadro 3

Características gerais de hospitais privados sob o ponto de vista patrimonial, 2009 a 2015.

EMPRESA	MATER DEI	SANTA LÚCIA	SAÚDE DA MULHER	SÍRIO-LIBANÊS	EINSTEIN	OSWALDO CRUZ	MOINHOS DE VENTO	SANTA IZABEL
Sede	Minas Gerais	Distrito Federal	Pará	São Paulo	São Paulo	São Paulo	Rio Grande do Sul	Bahia
Natureza Jurídica	SAF	SAF	Ltda	AP	AP	AP	AP	AP
Acionistas/Sócio/Mantenedora	José Salvador Silva e família	Medgrupo Participações; José do Patrocínio Leal e família	Família Zoghbi	Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Associação Hospitalar Moínhos de Vento	Santa Casa de Misericórdia da Bahia
País	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil
	-	Brasil						
Perfil	GN	GN	GN	GN	GN	GN	GN	GN
	-	GN						
Participação percentual no capital	100%	67,5%	100%	-	-	-	-	-
		32,5%						
Participação no grupo controlador	Sim	Sim	Sim	-	-	-	-	-
		Sim						
Presença e magnitude	Rede com dois complexos hospitalares em Belo Horizonte (Minas Gerais), com cerca de 560 leitos. Focado no público de alta renda	342 leitos. Integra Grupo Santa, com outras cinco unidades no Distrito Federal focadas nos públicos de alta renda. Grupo possui empresa de cursos preparatórios para residência	227 leitos em Belém (Pará), focado em público de alta renda	710 leitos em São Paulo, capital, focado no público de alta renda. Hospital do Proadi-SUS, também administra serviços públicos como OSS e atua na formação	1.244 leitos em São Paulo, capital, focado no público de alta renda. Hospital do Proadi-SUS, também atua como OSS, faculdade e na formação de profissionais	350 leitos em São Paulo, capital, focado no público de alta renda. Hospital do Proadi-SUS, também atua como OSS	380 leitos em Porto Alegre (Rio Grande do Sul). Hospital do Proadi-SUS, também atua como OSS	Hospital com 553 leitos em Salvador, possui também faculdade
Atividades	Hospitais, oncologia, diagnóstico, pesquisa	Hospital, diagnóstico, oncologia, formação	Hospital, oncologia, diagnóstico	Hospitais, pesquisa, consultoria, OSS, gestão, formação, plano de saúde, oncologia, diagnóstico	Hospitais, pesquisa, consultoria, OSS, gestão, formação, plano de saúde, oncologia, diagnóstico	Hospitais, oncologia, formação, pesquisa, gestão, OSS	Hospitais, oncologia, diagnóstico, formação, pesquisa	Hospital, formação, diagnóstico

AP: Associações Privadas; GN: Grupo nacional; INI: Investidores Institucionais; Ltda: Sociedade Limitada; OSS: organizações sociais de saúde; SAF: Sociedades Anônimas de Capital Fechado; SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: elaboração própria, a partir de informações do banco de dados BDES-A (Bahia et al. 20)

Do ponto de vista da composição societária e de acionistas, apenas os GH D'Or e Amil/ESHO contam com participantes internacionais – Carlyle Group e GIC Private Limited, no caso da primeira, e a UnitedHealth Group, na última. Os GH, em menor ou maior grau, inserem-se no processo de consolidação de empresas do setor saúde, constituindo redes de hospitais em diferentes cidades, principalmente por meio de fusões e aquisições, além da construção de hospitais próprios. Especificamente, o Grupo D'Or apresentou ascensão acelerada. Dados de anos anteriores mostram que até 1998 este era apenas laboratório de diagnóstico. Em 2007, quando compra dois hospitais em Pernambuco, já era proprietário de quatro hospitais no Rio de Janeiro. Em 2017, contava com 35 hospitais, administrando outros dois. Sua trajetória de expansão se dá por meio de fusões e aquisições, iniciando-se em 2007, porém se acelera a partir de 2010, com a entrada do Banco BTG Pactual como acionista, sendo também notável a construção de hospitais próprios. Em 2015, durante a crise do banco, parte das ações são vendidas para fundos de investimentos internacionais (Carlyle – sócio majoritário da Qualicorp – e Cingapura, representada pelo GIC Private Limited).

No processo de fusões e aquisições, o grande concorrente do Grupo D'Or parece ter sido a Amil UnitedHealth Group e o empresário Edson Bueno. Enquanto era presidente da Amil, o empresário tinha sua própria rede de hospitais, o Grupo ESHO, criado antes mesmo da Amil na década de 1970. Tanto Amil quanto ESHO começam a adquirir hospitais em 2008, notadamente o Nove de Julho (São Paulo), pela ESHO, e a Casa de Saúde Santa Lúcia (Rio de Janeiro), pela Amil. Em 2010, a Amil exerce opção de compra da ESHO, e a empresa é incorporada pela operadora. O ritmo de aquisições se mantém nos anos seguintes, continuando acelerado mesmo após a venda para a UnitedHealth Group. Em 2013, como contrapartida da venda da Amil/ESHO para a UnitedHealth Group, parte dos hospitais passam para o controle de Edson Bueno com sua nova empresa, a Ímpar, que não adquire nenhum hospital após a cisão. Importante notar que o processo de fusões e aquisições envolve apenas os grupos D'Or e Amil/ESHO, que disputam em mercados similares (principalmente São Paulo, Rio de Janeiro e Distrito Federal).

Dentre os hospitais, grande parte são filantrópicos, especialmente os beneficiados do Proadi-SUS, que entra em vigor em 2009, momento no qual as fusões e aquisições se tornam mais frequentes. Destacam-se os hospitais paulistas Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e Sociedade Beneficente de Senhoras Sírio-Libanês, sendo nacionalmente reconhecidos como “marcas” associadas à alta tecnologia e às elites paulistana, brasileira e até de outros países (turismo médico). Apesar de menor escala que os GH, os serviços têm alto valor agregado, além de contar com uma das maiores quantidades de leitos por unidade hospitalar do país. Ambos já atuavam também como organizações sociais de saúde (OSS) no Estado de São Paulo, administrando hospitais e serviços públicos de saúde, podendo também ser considerados importantes competidores no mercado de medicina diagnóstica voltado para o público de alta renda, competindo diretamente com o Laboratório Fleury, por exemplo. Também construíram parcerias para administração de clínicas oncológicas, além de realizarem consultorias.

O outro conjunto de hospitais participantes do Proadi, o Associação Hospitalar Moinhos de Vento (Rio Grande do Sul) e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (São Paulo), também se expandiu de maneira significativa. Todavia parecem estar em um patamar abaixo dos outros dois, tanto em termos de diversidade de atividades como de liderança do processo de incorporação de tecnologias.

Os hospitais Saúde da Mulher (Pará), Rede Mater Dei de Saúde (Minas Gerais) e Santa Lúcia (Distrito Federal), por sua vez, apresentam perfil semelhante no que tange a sua composição societária, tendo, nos dois primeiros, famílias compondo integralmente o controle desses hospitais, enquanto, no último, apresenta uma família com participação no capital de cerca de 32%. O Hospital Santa Izabel (Bahia), por outro lado, apresenta-se como hospital filantrópico, diversificando-se no ramo educacional com sua própria faculdade (Faculdade Santa Casa – Bahia). Outro exemplo de diversificação no setor envolve o Hospital Santa Lúcia, que tem o Medgrupo Participações como sócio majoritário, com participação em mais de 67% do capital da unidade, grupo que é conhecido nacionalmente por seus cursos preparatórios para a residência médica.

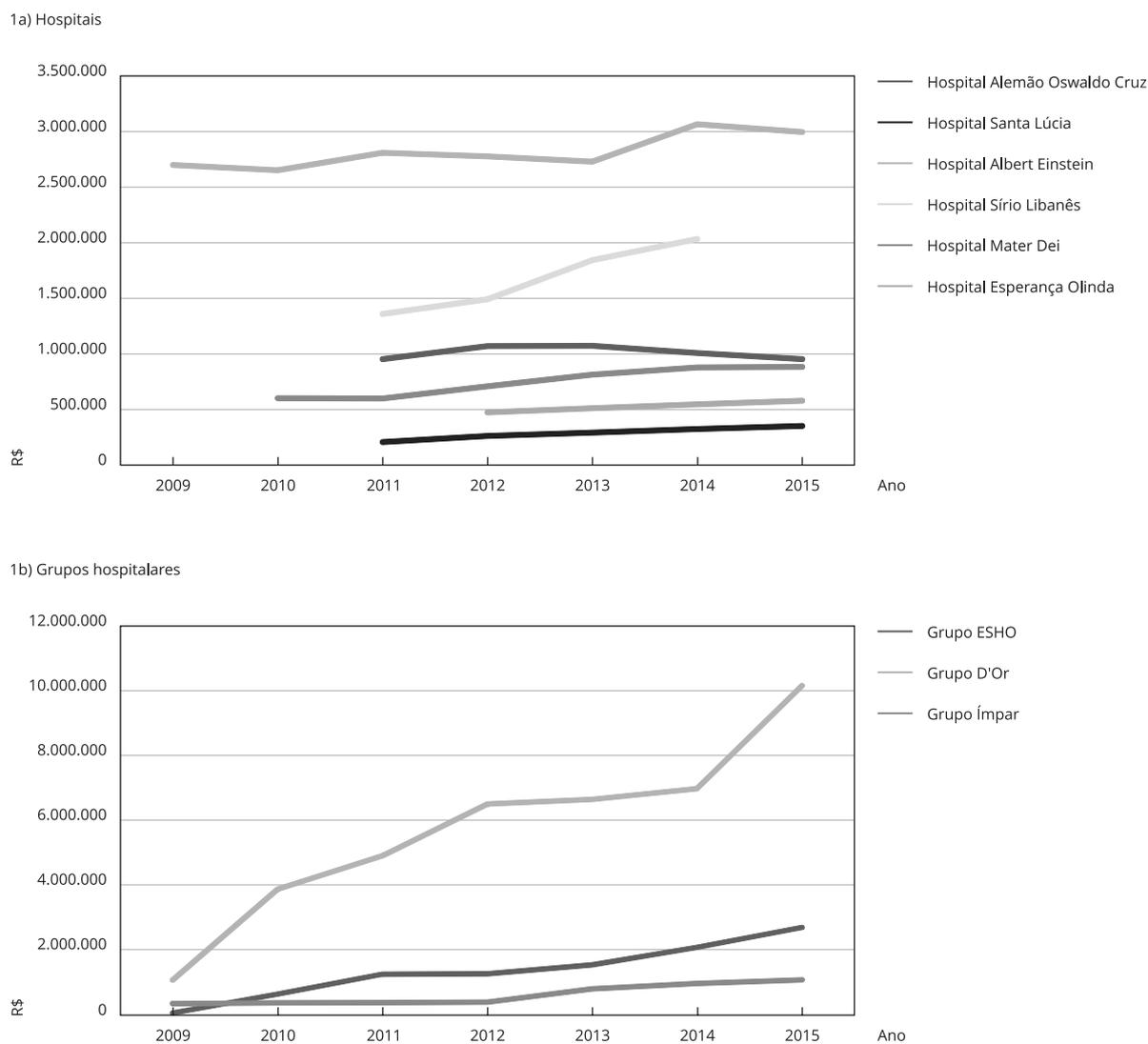
Outro importante resultado foi a semelhança entre públicos-alvo da maior parte dos hospitais selecionados. Mater Dei de Saúde, Santa Lucia, Saúde da Mulher, Sírio-Libanês, Albert Einstein, Oswaldo Cruz e Moinhos de Vento apresentam setores de alta renda como mercado principal, mesmo considerando que boa parte desses hospitais são filantrópicos.

Dimensão contábil-financeira

Apresentam-se os resultados da análise contábil-financeira, descritos na Figura 1 e na Tabela 1. Os hospitais Copa D'Or, Mater Dei, Saúde da Mulher e Moinhos de Vento não dispunham dos dados necessários em suas respectivas plataformas, não sendo incluídos nesta dimensão. Além disso, o ano de 2009 foi particularmente afetado pela mudança no padrão contábil brasileiro.

Figura 1

Ativo total de hospitais e grupos hospitalares selecionados (R\$ mil), 2009-2015.



Nota: rubrica: Ativo Total (R\$ milhões); deflator: fator deflator baseado no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Acumulado com referência ao ano de 2015.

Tabela 1

Indicadores contábil-financeiros de hospitais e grupos hospitalares entre 2009 e 2015.

Empresas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patrimônio líquido (R\$ milhões)							
ESHO	-	310.424	645.812	783.995	1.031.672	1.507.985	1.711.843
Rede D'Or	132.197	1.248.246	1.242.976	1.120.853	1.378.411	1.627.148	3.900.083
Ímpar	103.210	124.828	124.762	123.655	431.307	424.463	425.286
Oswaldo Cruz	-	-	815.155	804.323	790.247	767.923	742.296
Albert Einstein	1.983.923	2.000.710	2.019.279	2.011.307	2.116.829	2.184.040	2.198.032
Mater Dei	-	372.940	436.456	490.905	528.410	500.861	501.240
Santa Lúcia	-	-	118.394	137.757	155.430	187.354	204.080
Sírio-Libanês	-	-	903.858	929.210	997.179	1.063.188	-
Esperança Olinda	-	-	-	71.086	59.218	62.703	112.909
Receita líquida (R\$ milhões)							
ESHO	-	346.339	889.701	1.272.178	1.392.409	1.712.352	1.709.755
Rede D'Or	1.335.948	2.002.314	2.761.905	3.900.953	4.861.767	5.524.130	6.452.068
Ímpar	3455.155	373.072	414.371	428.454	689.504	1.251.480	1.390.681
Oswaldo Cruz	-	-	521.310	511.528	581.170	616.679	589.635
Albert Einstein	1.486.161	1.560.607	1.828.194	1.986.039	2.111.934	2.256.324	2.253.254
Mater Dei	-	261.417	288.484	319.029	344.848	353.023	430.256
Santa Lúcia	-	-	276.342	301.023	293.177	322.078	355.845
Sírio-Libanês	-	-	918.975	1.067.999	1.225.526	1.299.296	1.346.958
Esperança Olinda	-	-	-	220.247	309.504	542.772	664.653
Participação de capital de terceiros (%)							
ESHO	-	0,5037	0,5794	0,4087	0,3632	0,1960	0,1515
Rede D'Or	5,1357	1,4782	0,4036	1,0239	0,7421	0,8132	0,4873
Ímpar	0,9140	0,7125	0,8912	0,9589	0,4881	1,2401	1,2688
Oswaldo Cruz	-	-	-	-	-	-	-
Albert Einstein	0,1775	0,1705	0,1777	0,2570	0,2439	0,2374	0,2378
Mater Dei	-	0,3233	0,1582	0,1566	0,1719	0,2543	0,2964
Santa Lúcia	-	-	0,6087	0,7165	0,5527	0,4754	0,4500
Sírio-Libanês	-	-	0,2385	0,2625	0,3606	0,3729	-
Esperança Olinda	-	-	-	4,6303	0,9256	1,4785	1,3464
Disponibilidade sobre ao ativo (%)							
ESHO	-	0,0304	0,0348	0,0113	0,0084	0,0131	0,0278
Rede D'Or	0,0398	0,1292	0,2810	0,1922	0,1701	0,1435	0,1024
Ímpar	0,0128	0,0065	0,0012	0,0023	0,0289	0,0136	0,0053
Oswaldo Cruz	-	-	-	-	-	-	-
Albert Einstein	0,2737	0,1884	0,2104	0,1938	0,1872	0,2405	0,2107
Mater Dei	-	0,3813	0,3678	0,3975	0,3487	0,1885	0,2176
Santa Lúcia	-	-	0,0447	0,0130	0,0377	0,0151	0,0130
Sírio-Libanês	-	-	0,1685	0,1520	0,1709	0,1104	-
Esperança Olinda	-	-	-	0,3419	0,3766	0,2263	0,2042

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Empresas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Receitas financeiras sobre receitas operacionais líquidas (%)							
ESHO	-	-	-	-	-	-	-
Rede D'Or	-	-	0,0210	0,0200	0,0189	0,0177	0,0263
Ímpar	0,0048	0,0034	0,0023	-	-	-	-
Oswaldo Cruz	-	-	-	-	-	-	-
Albert Einstein	0,0574	0,0476	0,0418	0,0299	0,0536	0,0254	0,0402
Mater Dei	-	0,0920	0,0949	0,0755	0,0802	0,0761	0,0625
Santa Lúcia	-	-	0,0336	0,0257	0,0355	0,0303	0,0287
Sírio-Libanês	-	-	-	-	-	-	-
Esperança Olinda	-	-	-	0,0013	0,0244	0,0278	0,0204
Gira do ativo (%)							
ESHO	-	1,1750	1,0129	1,0773	1,0468	0,9913	0,7591
Rede D'Or	-	0,8311	0,6500	0,7023	0,7614	0,8365	0,7837
Ímpar	-	1,2543	1,3225	1,3122	1,2790	1,5336	1,4905
Oswaldo Cruz	-	-	1,0990	0,5213	0,5600	0,6142	0,6355
Albert Einstein	-	0,5992	0,6891	0,7301	0,7880	0,8001	0,7802
Mater Dei	-	0,8784	0,5012	0,5053	0,4684	0,4323	0,5158
Santa Lúcia	-	-	2,7754	1,3613	1,1168	1,0990	1,0640
Sírio-Libanês	-	-	1,3539	0,7704	0,7541	0,6900	1,4659
Esperança Olinda	-	-	-	0,9421	0,6542	1,0697	1,2531

Ativo Total (Figura 1) corresponde à soma de todos os ativos de uma empresa, permitindo que se identifique para onde recursos foram direcionados e a evolução do porte das empresas. Em relação aos hospitais, há certa estabilidade nos Ativos Totais ao longo do tempo, destacando-se Albert Einstein, pelos maiores ativos, e Sírio-Libanês, pelo crescimento na série histórica analisada. O Hospital Alemão Oswaldo Cruz apresenta ligeira queda. Já em relação aos GH, é notável o crescimento do Grupo D'Or/São Luiz, ultrapassando a marca dos R\$ 10 bilhões em ativos totais em 2015.

Patrimônio Líquido (PL) representa os valores que os sócios ou acionistas têm na empresa em determinado momento. No período analisado, houve pouca variação no patrimônio líquido dos hospitais. Entretanto observa-se clara diferenciação entre o PL do Hospital Albert Einstein, bem maior que os referentes aos hospitais Sírio-Libanês e Alemão Oswaldo Cruz, sendo estes os três com maiores PL no período estudado, todos fazendo parte do Proadi. Já quanto aos GH, houve variação positiva dos três grupos, com destaque para o Grupo Amil/ESHO e Grupo D'Or/São Luiz. Mais uma vez, sobressai o Grupo D'Or/São Luiz, que mais do que dobrou seu PL entre 2014 e 2015, aumentando-o de R\$ 1,6 bilhão para quase R\$ 4 bilhões, apesar de ser num ano economicamente desafiador para a conjuntura político-econômica brasileira, com o país em recessão.

A Receita Líquida corresponde à receita bruta de uma empresa após deduções de pagamentos, impostos e descontos concedidos. A tendência observada no período analisado foi de crescimento da receita líquida em todos os hospitais, com pequena desaceleração nos anos 2014 e 2015. O Hospital Esperança mostrou crescimento importante entre os hospitais de menor receita líquida. De maneira semelhante ao padrão encontrado na análise de patrimônio líquido, tanto o Hospital Albert Einstein quanto o Sírio-Libanês lideram entre os hospitais selecionados, mas com marcado destaque para o primeiro. No caso dos GH, os três novamente apresentam crescimento em suas receitas líquidas, todos praticamente dobrando suas receitas entre 2011 e 2015. Especial atenção para o Grupo D'Or/São Luiz é necessária, já que este apresentou crescimento de 2,3 vezes, indo de aproximadamente 2,8 bilhões para quase 6,5 no período analisado.

A Participação de Capital de Terceiros (PCT) pertence ao nível de análise relativo à estrutura de capital e endividamento. Esse indicador expressa, percentualmente, a participação de capitais de terceiros em relação ao capital dos investidores de dada empresa, permitindo, assim, que se avalie a política de captação de recursos da empresa e seu padrão de endividamento. No caso dos hospitais, é notável o baixo nível de participação de capital de terceiros na maioria das empresas analisadas. Exceção foi o Hospital Esperança Olinda, indicando que apresentava alto nível de dependência externa, com grande endividamento principalmente em 2012 e, possivelmente, sua expansão se deu a partir desse capital. O baixo nível de PCT dos outros hospitais sugere que estes não devem seu crescimento a recursos de terceiros ou fruto de endividamento, mas principalmente da utilização de recursos próprios. Padrão semelhante é notado no caso dos GH, em que, apesar de oscilarem entre si, não superam a marca de 1% – com exceção do grupo Ímpar, que aumenta seu nível de PCT a partir de 2013, mostrando um padrão de endividamento maior se comparado aos outros grupos estudados.

A Disponibilidade sobre Ativo, indicador de financeirização, representa a importância de ativos líquidos de curto prazo sobre o total dos ativos de uma empresa, indicando se as empresas privilegiam operações mais líquidas ou à imobilização de ativos para realização de sua atividade-fim. Esse indicador é especialmente interessante de ser analisado em conjunto com o anterior, de participação de capital de terceiros, em que se pode ter uma dimensão maior do quanto o capital próprio da empresa está alavancando seus próprios investimentos e expansões, já que indica se os hospitais e GH estão ou não fazendo caixa ou equivalentes de caixa. Ao se analisar o período, observa-se tendência de queda no indicador, com exceção do Hospital Albert Einstein, que demonstrou aumento. É interessante notar, com exceção do Hospital Santa Lúcia, que a disponibilidade sobre o ativo não varia de forma muito discrepante, de modo que, em 2015, todos estão abaixo de 0,22%. O mesmo pode ser dito com relação aos GH, em que há queda notável do Grupo D'Or/São Luiz, atingindo aproximadamente 0,1% em 2015, enquanto os outros dois GH não se alteraram de forma significativa no período estudado, mantendo-se abaixo de 0,05% nos cinco anos analisados.

Outro indicador que expressa o grau de financeirização é o de Receitas Financeiras sobre Receitas Operacionais Líquidas, que, apesar de não se enquadrar enquanto indicador contábil clássico, é interessante para que se analise o quanto as receitas financeiras participam da receita operacional líquida da empresa, sendo um importante indicador, já que seu aumento poderia apontar a existência de maior participação de atividades financeiras se comparada à atividade-fim da empresa em questão, indicando assim processo de financeirização. No caso dos hospitais e GH, especificamente, nenhum dos valores em nenhum dos anos estudados ultrapassou 0,095, indicando que o subsetor hospitalar não apresenta, ainda, participação massiva dos resultados financeiros quando comparados com seus resultados operacionais líquidos.

O indicador Giro do Ativo, pertence ao grupo de Liquidez e Atividade, é elaborado a partir da receita líquida sobre o ativo total e revela a eficiência dos investimentos realizados, de modo que, quanto maior for essa relação, maior a demonstração de capacidade de geração de receita com os investimentos realizados. Dentre os hospitais estudados, Alemão Oswaldo Cruz e Mater Dei apresentaram queda no início do período, em especial o Hospital Santa Lúcia, apresentando 2,7754 em 2011, chegando a 1,0640 em 2015. Esses hospitais mantiveram estabilidade posteriormente. Os hospitais Esperança Olinda e Sírio-Libanês, por sua vez, apesar de apresentarem queda no início do exercício, evidenciaram curva ascendente a partir de 2013, de modo que Sírio-Libanês fechou o exercício com o maior valor do indicador. O Hospital Albert Einstein se manteve estável em todo o período estudado. Com relação aos grupos, ESHO apresentou ligeira queda, enquanto o Grupo D'Or se manteve estável e Ímpar teve aumento sutil.

Dimensão política

A pesquisa na mídia corporativa revelou 48 proposições no período estudado e uma agenda comum entre as três entidades de representação, com bandeiras como o incentivo a parcerias público-privadas, criação de linhas de financiamento via Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para hospitais privados, defesa da terceirização para atividade-fim, além da defesa de reformas como a da previdência e tributária e do apoio à abertura do setor ao capital estrangeiro. Destacam-se também a defesa da participação do setor privado na definição das Políticas Nacionais

de Saúde, buscando estabelecer um novo modelo de governança em saúde, além do apoio à presença do setor privado na gestão de unidades públicas de saúde.

A revisão da mídia convencional resultou em 494 notícias no período de 2008 a 2015, que apresentaram notícias sobre proposições e dados concretos de consolidação do setor, como a presença de fusões, aquisições, vendas, além de participação na gestão privada de unidades públicas de saúde. A maior parte das notícias encontradas está relacionada à realização de parcerias entre esses hospitais e GH, e outras unidades e empresas privadas, como *startups* de tecnologia de informação e do mercado de dispositivos médicos. Especificamente sobre a consolidação do setor, utilizando-se como exemplo o Grupo D'Or/São Luiz, quase 70% das notícias encontradas estavam diretamente relacionadas a fusões, aquisições e vendas do grupo – contabilizando 138 de 197 notícias selecionadas. Outros achados relevantes foram a presença de grande número de notícias que mostram a expansão do setor, com inauguração de novas unidades associadas a diversos dos hospitais analisados, além de liberação de subsídios via BNDES para hospitais filantrópicos, como Sírio-Libanês, Alemão Oswaldo Cruz e Albert Einstein. Em casos pontuais, foi possível, também, inferir a presença de diversificação funcional do setor, com, por exemplo, a abertura de cursos de graduação em saúde, como a inauguração da escola de medicina do Hospital Albert Einstein e de curso de graduação em profissionais de saúde no hospital Alemão Oswaldo Cruz.

A pesquisa dos Projetos de Lei resultou na seleção de 86 projetos, incluindo Propostas de Emenda Constitucional (PEC) e Medidas Provisórias. A ampla maioria dos projetos versava sobre hospitais filantrópicos, havendo poucos projetos específicos para hospitais com fins lucrativos. No caso dos filantrópicos, a maior parte dos projetos defendia novos subsídios a estas unidades de saúde, com novas isenções fiscais e facilitação de empréstimos com bancos públicos, além da destinação de porcentagem de receitas arrecadas para tais hospitais. Outros achados relevantes incluíram a expansão de relações entre unidades públicas de administração direta e unidades de saúde privadas sem fins lucrativos, além da criação de fundos de apoio aos hospitais filantrópicos e parcelamento de dívidas com bancos públicos.

Discussão

Quando observamos os resultados deste estudo, embora não seja possível afirmar que o setor hospitalar privado no Brasil como um todo vivenciava um processo consolidado de financeirização, os hospitais privados e GH apresentaram algumas estratégias características desse processo. Entre elas, a formação de oligopólios por meio de fusões e aquisições, no caso dos GH; a dinâmica de diversificação e incorporação de outras áreas predominantemente em hospitais filantrópicos tais como ensino, medicina diagnóstica e gestão de unidades públicas de saúde (ex.: OSS); a maior internacionalização do setor; foco em mercado de alta renda e a defesa de uma agenda política própria do setor em consonância com as dinâmicas atuais do capitalismo.

A tendência à consolidação nos GH, em especial Grupo D'Or/São Luiz e Amil/ESHO, foi fortemente visualizada, estimulada pela participação de fundos de investimento e grupos econômicos multissetoriais nacionais e internacionais, possibilitada de forma mais efetiva a partir da legalização da abertura para o capital estrangeiro no setor privado de saúde brasileiro, abordado por Hiratuka et al.²⁴. Observou-se ainda que os grandes hospitais privados ampliaram suas unidades físicas e serviços prestados, com um baixo nível de endividamento em sua maioria e, concomitantemente, disponibilidade sobre o ativo mais elevada, evidenciando propensão ao acúmulo de capital próprio – uma exceção foi o Hospital Esperança Olinda, vinculado ao grupo D'Or/São Luiz, que cresceu a partir de maior endividamento, sugerindo estratégia diferenciada de expansão. Assim, parte desses hospitais estão em expansão utilizando como matéria-prima seu próprio lucro, alavancando-se a partir de seu próprio caixa. Este fato vai ao encontro do que foi levantado como dimensão política, em que foi evidenciada a expansão do setor por meio da inauguração de novas unidades e ampliação das já existentes.

Vale lembrar que grande parte dos hospitais estudados são filantrópicos, contando com integrantes do Proadi, inclusive os dois maiores hospitais (Albert Einstein e Sírio-Libanês). Enquanto filantrópicos, têm a seu dispor diversas renúncias fiscais, além de, no caso dos Proadi, a desobrigação de destinar leitos ao SUS, com a contrapartida de realizar projetos com o Ministério da Saúde, o que pro-

porcionou a diversificação de atividades nesses hospitais, podendo justificar, em parte, sua expansão nos anos estudados. Pode-se dizer que esse movimento de diversificação representa um mimetismo com os hospitais com fins lucrativos por parte de hospitais filantrópicos. O processo de consolidação de hospitais filantrópicos nos Estados Unidos, por exemplo, não levou esses hospitais a oferecerem mais serviços sem fins lucrativos devido ao ganho de poder de mercado ²⁵.

É importante, ainda, ressaltar que, por mais que o país enfrentasse um período longo de retração econômica no período estudado e os principais interlocutores do setor tenham discurso de crise em seus negócios, os dados mostram uma realidade distinta. Patrimônio e Receita Líquida demonstram que todas as unidades selecionadas não deixaram de crescer no período estudado, com o maior Patrimônio Líquido sendo o do Grupo D'Or/São Luiz, saindo de R\$ 124 milhões em 2009, chegando a quase R\$ 4 bilhões em 2015, a partir de uma estratégia mais voltada para fusões e aquisições até a data do estudo, seguido do Hospital Albert Einstein, com patrimônio líquido de cerca de R\$ 2,2 bilhões, mais da metade do correspondente ao Grup D'Or no mesmo período, com estratégia focada em diversificação de atividade, valendo ressaltar que, enquanto o primeiro é um hospital filantrópico, o segundo é o maior GH do país. Todos os hospitais apresentaram algum aumento em seu patrimônio, excetuando-se o Hospital Oswaldo Cruz, que fechou em 2015 com leve redução de sua taxa de crescimento.

Observou-se a manutenção de uma agenda dos empresários da saúde, evidenciada principalmente por importante pressão feita pelos grandes hospitais filantrópicos pelo aumento de seus subsídios; e por ampliação de seus posicionamentos no mundo público. Embora continuassem buscando a permanência do privado no SUS, foram além e reivindicaram tomar a frente na condução de Políticas Nacionais de Saúde, movimento que ganhou força nos últimos anos, com seus representantes ocupando cargos legislativos que abertamente apresentam essa agenda. A intensificação da pressão do setor privado sobre o setor público se dá no contexto de forte guinada no campo majoritário de políticas neoliberais.

Grande parte da literatura sobre o processo de consolidação de hospitais tem origem nos Estados Unidos, processo este que vem desafiando os mecanismos regulatórios lá existentes. O pior resultado para o interesse público da consolidação, como já citado, é o aumento dos custos hospitalares, ocorrendo mesmo em hospitais filantrópicos. O aumento do poder de mercado com a consolidação permitiu o estabelecimento de preços hospitalares em níveis altos, com impacto negativo sobre o já imenso gasto em saúde dos Estados Unidos. *“Um hospital estadunidense que trata pacientes de seguros privados de saúde geralmente cobra preços que são três ou quatro vezes o que é cobrado por um hospital europeu para o mesmo procedimento”* ²⁶ (p. 2-3). Esse aumento tende a ser transferido para os seguros privados de saúde e destes para seus beneficiários, impactando negativamente estes últimos.

O poder sobre o preço desses hospitais provoca o redirecionamento de recursos financeiros para o setor, que vai, então, financiar *staff*, equipamentos, processos de melhoria de qualidade, facilidades e, inclusive, novas aquisições, num ciclo de seletividade crescente de seu mercado oferecendo serviços caros e cuidados de alta sofisticação a uma clientela seleta. Nos Estados Unidos, esse processo tem reflexo sobre o mercado de seguro privado de saúde, já bastante desigual, voltado cada vez mais à população branca e mais rica. Mais recentemente, observa-se, entre estadunidenses com seguro de saúde financiado por seus empregadores, um crescente aumento de *out-of-pocket*, com casos de impacto financeiro catastrófico sobre as famílias, devido a mudanças nas regras dos benefícios, em particular o uso de fiança e *coinsurance* ²⁷. Renúncias fiscais e transferência do aumento de preços para as famílias favorecem a concentração de riqueza nesse setor hospitalar oligopolizado nos Estados Unidos e financiam a estratificação crescente do mercado hospitalar, ficando na outra ponta hospitais desequipados, com recursos humanos mal pagos destinados à população de seguros de saúde de menor cobertura e aqueles sem seguro privado ^{26,28}. São dinâmicas semelhantes que os processos de consolidação hospitalar no Brasil devem estar criando. Por exemplo, todos os hospitais deste estudo estão se voltando para o mercado de alta renda.

A existência de isenção de impostos em hospitais filantrópicos, renúncia fiscal ao gasto privado em saúde, empréstimos subsidiados do BNDES entre outros benefícios do Estado brasileiro para o setor privado e a pressão para seu aumento estão na base do processo de consolidação hospitalar em curso que, ao longo do tempo, redireciona cada vez mais recursos financeiros públicos para um seletivo mercado privado, num perverso ciclo no qual os mais desassistidos acabam por participar do financiamento de um setor hospitalar de ponta, altamente seletivo, tal como vem ocorrendo nos Estados Unidos.

Numa perspectiva mais recente, a dinâmica estudada aparentemente se intensificou, com aprofundamento dos processos de fusões e aquisições, com, por exemplo, o Grupo D'Or realizando quatro novas aquisições apenas em 2021, somando quase R\$ 1 bilhão ²⁹, incorporando ainda, nos últimos anos, estratégias de diversificação de suas atividades, como a construção de seu projeto de escola de medicina ³⁰ e sua inserção na administração de unidades públicas de saúde no Rio de Janeiro ³¹, entre outros.

Quanto às limitações do estudo, destacamos a ausência de informações em praticamente todos os hospitais e grupos durante o período estudado, excetuando-se o Hospital Albert Einstein ²². Além disso, a amostra selecionada não representa de forma integral o subsetor estudado, focando-se nas dinâmicas de alguns dos maiores hospitais e grupos hospitalares do país, apenas. Por fim, o corte temporal do estudo é 2015, impedindo que novos desdobramentos de cada uma das dimensões estudadas sejam analisados. Maior detalhamento quanto às limitações do estudo pode ser encontrado em Bahia et al. ²⁰.

Considerações finais

O crescente movimento de consolidação em curso no setor hospitalar brasileiro, com potencial de gerar mercados de saúde extremamente desiguais, à luz de uma dinâmica financeirizada, configura um cenário incompatível com o expresso pela *Constituição Federal* de 1988. Trata-se de movimento intrinsecamente excludente que deixa em segundo plano a saúde como direito social e a equidade como diretriz do sistema a ser defendido. Políticas públicas, mecanismos regulatórios e, principalmente, o controle social são necessários para conter os efeitos deletérios ao direito à saúde da população brasileira.

Colaboradores

M. S. M. Silva contribuiu na concepção do trabalho e na aquisição, análise e interpretação dos dados; escrita do trabalho e revisão crítica do conteúdo. C. Travassos contribuiu na concepção do trabalho e na análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo. Ambos autores aprovaram a versão final a ser publicada e estão de acordo quanto à responsabilidade sobre todos os aspectos do trabalho.

Informações adicionais

ORCID: Milton Santos Martins da Silva (0000-0003-3630-5896); Claudia Travassos (0000-0002-4789-8511).

Agradecimentos

Agradecemos a Daniela Tranches de Melo (*in memoriam*), que coordenou a seção hospitalar da pesquisa que deu origem a este artigo e participou de sua redação inicial. Agradecemos ainda ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – projeto 405077/2013-0) pelo financiamento; a Ligia Bahia pela coordenação do projeto; a Alessandra Cardoso Martins e Ialê Faleiros Braga pela contribuição na dimensão política; a Leonardo Vidal Mattos pela contribuição na dimensão patrimonial; a Lucas Andrietta e Artur Monte Cardoso pela contribuição na dimensão contábil.

Referências

- Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, Barbosa PR, Costa LS. A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
- Braga Neto FC, Oliveira CMF, Santos IS, Barbosa PR, Carvalho AI. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 577-608.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União 2013; 30 dez.
- Departamento de Informática do SUS. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br> (acessado em 18/Out/2017).
- Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. Cad Saúde Pública 2018; 34:e00067218.
- Brasil. Decreto nº 4.327, de 8 de agosto de 2002. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEAS para instituições de saúde e altera o Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998. Diário Oficial da União de 2002; 9 ago.
- Portela MC, Lima SM, Barbosa PR, Vasconcelos MM, Ugá MAD, Gerschman S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. Rev Saúde Pública 2004; 38:811-8.
- Brasil. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2009; 30 nov.
- Oleinik R. A responsabilidade tributária e os grupos econômicos [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2016.
- Araujo Neto NB. Os grupos econômicos: aspectos fáticos e legais do moderno fenômeno empresarial. Revista Jus Navigandi 2011; (2795). <https://jus.com.br/artigos/18571> (acessado em 19/Nov/2018).
- Brown FCE. Hospital mergers and public accountability: tennessee and virginia employ a certificate of public advantage. New York: Milbank Memorial Fund; 2018.
- McCue MJ, Thompson JM, Kim TH. Hospital acquisitions before healthcare reform. J Healthc Manag 2015; 60:186-203.
- Harrison JP. The impact of joint ventures on US hospitals. J Health Care Finance 2006; 32:28-38.
- Cuellar AE, Gertler PJ. How the expansion of hospital systems has affected consumers. Health Aff (Millwood) 2005; 24:213-9.
- Dafny L. Hospital industry consolidation – still more to come? N Engl J Med 2014; 370:198-9.
- Rabbani M. Non-profit hospital mergers: the effect on healthcare costs and utilization. Int J Health Econ Manag 2021; 21:427-55.
- Speziale G. Strategic management of a healthcare organization: engagement, behavioural indicators, and clinical performance. Eur Heart J Suppl 2015; 17 Suppl A:A3-7.
- Braga JC, Oliveira GC, Wolf PJW, Palludeto AWA, Deos SS. For a political economy of financialization. Economia e Sociedade 2017; 26(spe):829-56.
- Sestelo JAF, Cardoso AM, Braga IF, Mattos LV, Andrietta LS. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI. Economia e Sociedade 2017; 26(spe):1097-126.
- Bahia L, Dal Poz M, Levcovitz E, Costa LS, Mattos L, Andrietta LS, et al. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. Cad Saúde Pública 2022; 38 Suppl 2:e00004420.
- Mattos LV, Carvalho EMCL, Barbosa DVS, Bahia L. Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. Cad Saúde Pública 2022; 38 Suppl 2:e00175820.
- Andrietta LS, Monte-Cardoso A. Análise de demonstrações financeiras de empresas do setor de saúde brasileiro (2009-2015): concentração, centralização de capital e expressões da financeirização. Cad Saúde pública 2022; 38 Suppl 2:e00006020.
- Valor Econômico. Análise setorial: hospitais privados. Valor Econômico 2015; ago.
- Hiratuka C, Rocha MA, Sarti F, Gadelha P, Noronha JC, Daim S, et al. Mudanças recentes no setor privado de serviços de saúde no Brasil: internacionalização e financeirização. In: Gadelha P, Noronha JC, Daim S, Pereira TR, organizadores. Brasil saúde amanhã: população, economia e gestão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 189-220.
- Capps CS, Carlton DW, David G. Antitrust treatment of nonprofits: should hospitals receive special care? Economic Inquiry 2020; 58:1183-99.
- Kaplan A, O'neill D. Hospital price discrimination is deepening racial health inequity. NEJM Catal Innov Care Deliv 2020; 1:10.1056/CAT.20.0593.
- Rosenthal MB. The growing problem of out-of-pocket costs and affordability in employer-sponsored insurance. JAMA 2021; 326:305-6.

28. White C, Reschovsky JD, Bond AM. Understanding differences between high- and low-price hospitals: implications for efforts to rein in costs. *Health Aff (Millwood)* 2014; 33:324-31.
29. Koike B. Empresas de saúde listadas em bolsa aceleram aquisições: de janeiro a 10 de julho, operações somaram R\$ 6,3 bilhões – em todo ano passado foram R\$ 8 bi. *Valor Econômico* 2021; 13 jul. <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2021/07/13/empresas-de-saude-listadas-em-bolsa-aceleram-aquisicoes.ghtml>.
30. Lopes L. Glória D'Or abre as portas em área onde funcionou a Beneficência Portuguesa: hospital ocupa prédio ao lado de imóvel histórico que foi restaurado. *O Globo* 2020; 4 ago. <https://oglobo.globo.com/rio/ gloria-dor-abre-as-portas-em-area-onde-funcionou-beneficencia-portuguesa-24565691>.
31. Sartori C. Iniciativa privada vai financiar hospital de campanha no Rio de Janeiro. *Estadão* 2020; 1º abr. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,iniciativa-privada-vai-financiar-hospital-de-campanha-no-rio-de-janeiro,70003256422>.

Abstract

Hospitals have shown changes in their role in health systems. In Brazil, private hospitals have always stood out, with charitable hospitals gaining increasing importance in the 21st century. Especially in the United States, there has been a trend towards consolidation of hospitals, concentrating great market power, in keeping with the capitalist phenomenon of financialization. This study aims to describe the current evolution in the Brazilian context in private hospitals and hospital groups, identifying the principal characteristics and trends according to the current capital dynamics. A descriptive exploratory study was performed, focused on dimensions of net worth, accounting-finance, and policy. The study covered the period from 2009 to 2015, analyzing 10 hospitals and 3 hospital groups selected intentionally. Datasets were created from different sources, used to calculate indicators and to analyze information on each of these dimensions. The private hospital sector in Brazil, including charitable hospitals, already displayed strategies that are characteristic of financialization, such as the formation of oligopolies through mergers and acquisitions and diversification to other areas such as teaching and management of public units, a focus on high profit, and internationalization, backed by the sector's own policy agenda. The trend is intrinsically exclusionary, concentrating wealth, inconsistent with the constitutional principles of universal care and the right to health, and it requires the adoption of public policies, regulation, and social control to contain it.

Private Hospitals; Economics; Health Systems; Capitalism

Resumen

Los hospitales presentan cambios en su papel dentro de los sistemas de salud. En Brasil, los hospitales privados siempre tuvieron relevancia, con los filantrópicos volviendo a ganar mayor importancia en el siglo XXI. Se observa una tendencia, en especial en los EE.UU., de consolidación de hospitales, concentrando un gran poder de mercado, consonante con el fenómeno capitalista de financiarización. El objetivo de este estudio es describir en el contexto brasileño el movimiento en curso en los hospitales y grupos hospitalarios privados, identificando sus principales características y tendencias a la luz de las dinámicas actuales del capital. Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, que tuvo como eje de análisis las dimensiones patrimoniales, contable-financiera y política. El estudio cubrió el período entre 2009 y 2015, analizando 10 hospitales y 3 grupos hospitalarios seleccionados de modo intencional. Se crearon bancos de datos procedentes de diversas fuentes, a partir de los cuales se calcularon indicadores y analizó información sobre cada una de las dimensiones de análisis. Se observó que el sector hospitalario privado en Brasil ya presentaba estrategias características de proceso de financiarización, inclusive en los filantrópicos, tales como la formación de oligopolios mediante fusiones y adquisiciones, así como la dinámica de diversificación hacia otras áreas como formación y gestión de unidades públicas, enfocadas en rentas altas e internacionalización, apoyadas por una agenda política propia del sector. Se trata de un movimiento intrínsecamente excluyente, concentrador de riqueza, incompatible con los principios constitucionales de la universalidad y del derecho a la salud, y que requiere la adopción de políticas públicas, regulación y control social para su contención.

Hospitales Privados; Economía; Sistemas de Salud; Capitalismo

Recebido em 02/Ago/2021

Versão final reapresentada em 02/Nov/2021

Aprovado em 11/Nov/2021