



Tendências do setor de saúde no Brasil

Por Giovanni Fiorentino, Bernardo Sebastião,
Luiza Mattos e Kai Grass

Giovanni Fiorentino e Bernardo Sebastião são sócios da Bain & Company em São Paulo e líderes da prática de saúde na América do Sul. Luiza Mattos é gerente no escritório do Rio de Janeiro e Kai Grass é *principal* no escritório de São Paulo; ambos são membros da prática global de saúde. Colaboraram também Luis Renato Oliveira, sócio do escritório de São Paulo, Eduardo Lemos, *principal* do escritório de São Paulo, Fernanda Lima, consultora do escritório de São Paulo, e Mônica Ribeiro e Lucas Campos, consultores associados do escritório de São Paulo.

Conteúdo

Introdução	pg. 3
Situação do mercado de saúde do Brasil.	pg. 3
a. Os gastos e a oferta em saúde.	pg. 3
b. Estrutura do sistema: sistema público, planos de saúde e gastos particulares	pg. 5
c. O sistema de saúde suplementar	pg. 5
Tendências no Brasil para os próximos anos	pg. 8
d. Tendências dos Pacientes	pg. 8
– Mudança de perfil da demanda	
– Necessidades distintas dos pacientes urbanos e rurais	
– Pacientes mais ativos nos seus cuidados	
e. Tendências dos Prestadores	pg. 14
– Disparidades de acesso ao sistema	
– Procura de eficiências operacionais e expansão de serviços	
– Aumento de atividade de <i>private equity</i> e consolidações	
f. Tendências dos Pagadores	pg. 18
– Aumento de penetração de planos de saúde	
– Aumento da coparticipação e soluções de baixo custo	
– Crescente pressão para gestão de custos	
Por onde começar as mudanças? Como competir nesse mercado?	pg. 21
Como a Bain pode ajudar	pg. 25

Introdução

Os sistemas globais de saúde estão em um ponto de inflexão e, portanto, enfrentarão transformações importantes até o final da década. O gasto com saúde tem crescido sistematicamente acima do PIB—chegando a representar mais de 15% do PIB em alguns países no ano de 2015. Nos países emergentes o gasto como percentual do PIB também se encontra em patamares elevados, embora o gasto per capita seja baixo e somente um crescimento expressivo do PIB permitiria expansões significativas.

Dados os níveis críticos da dívida pública, as economias desenvolvidas não serão mais capazes de financiar as despesas públicas de saúde no âmbito das estruturas de hoje. Nos mercados emergentes, dadas as lacunas significativas na infraestrutura e os baixos níveis de gastos na saúde, fornecedores estarão sob pressão significativa para oferecer soluções de menor custo. Essa pressão universal agirá como catalisador e acelerará processos de mudança em todo o mundo.

O cenário no Brasil não será muito diferente: os investimentos na saúde serão impulsionados pelo foco em aumentar o acesso para a população, por uma maior preocupação com a saúde por parte das classes médias e altas e por uma crescente demanda por mais qualidade nos serviços. Essas tendências serão acompanhadas por uma forte pressão de custos entre pacientes, pagadores e prestadores de serviços.

Nesse contexto, a Bain comparou diferentes aspectos do mercado de saúde brasileiro com os de países desenvolvidos e emergentes e identificou algumas tendências que devem impactar o setor até o final desta década. Algumas tendências são, em geral, mais características de países desenvolvidos e outras de emergentes. Entretanto, a configuração do setor no Brasil leva a uma mescla de tendências. Planejar-se para lidar com tais movimentos é um primeiro passo fundamental para as empresas do setor.

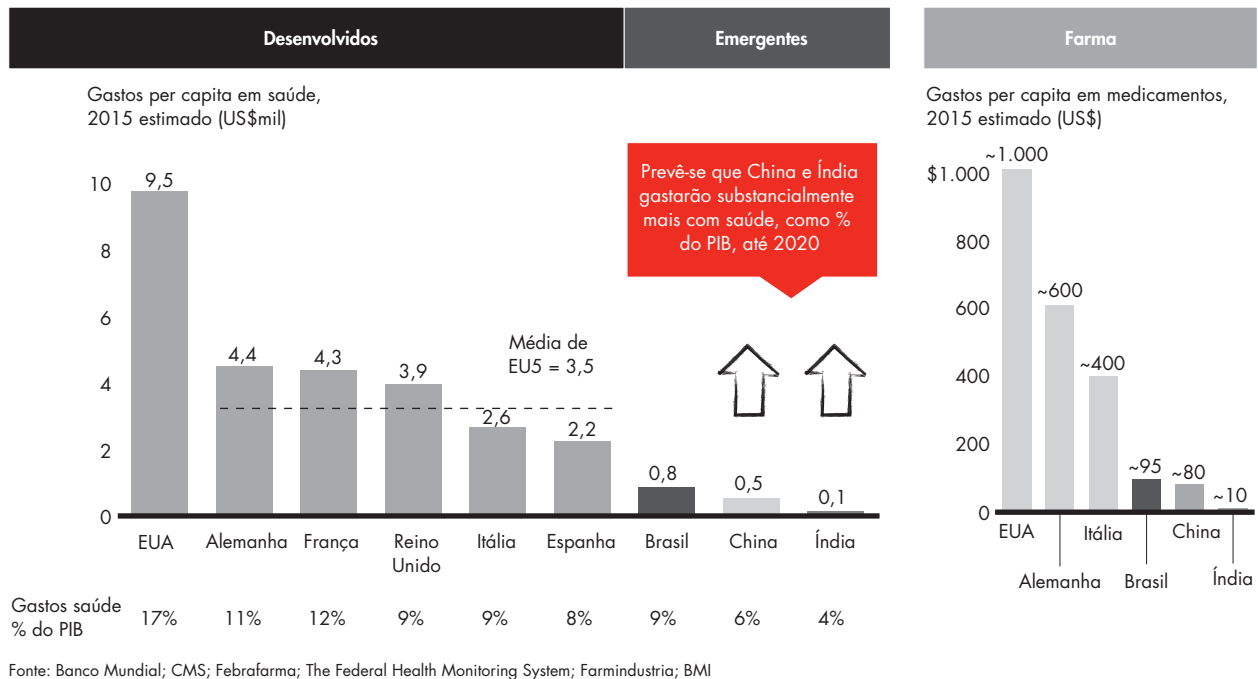
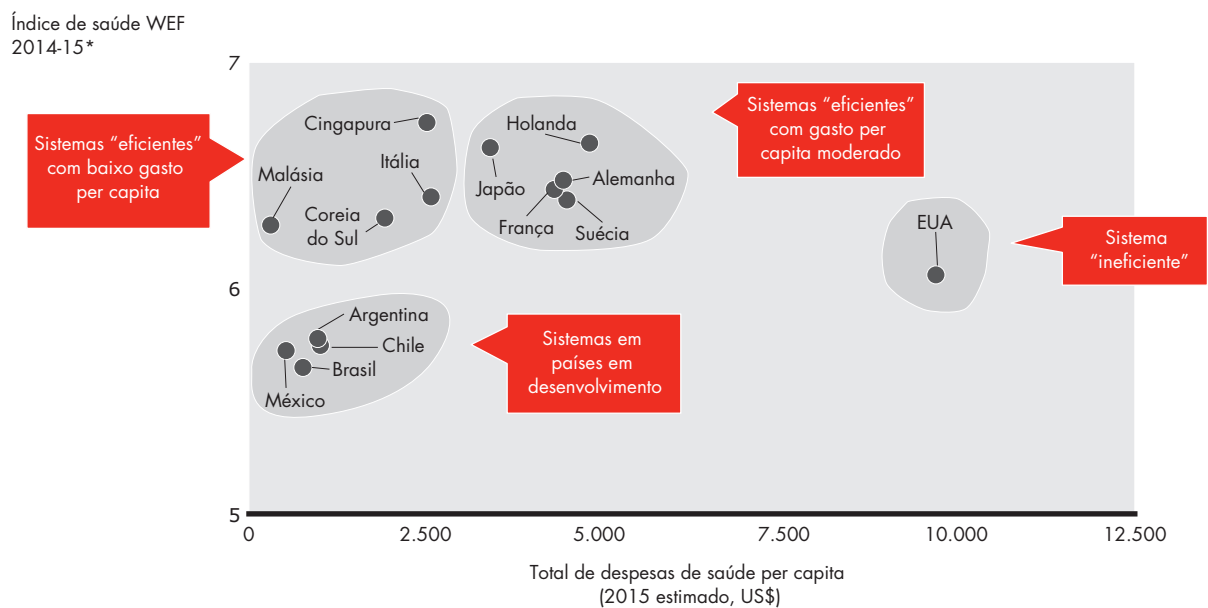
Situação do mercado de saúde do Brasil

a. Os gastos e a oferta em saúde

Hoje, mercados desenvolvidos gastam significativamente mais em saúde do que países emergentes (*Figura 1*). Estima-se que o gasto per capita em saúde dos Estados Unidos atingiu mais de US\$9 mil em 2015, liderando o ranking mundial com um gasto total de 17% do PIB do país, enquanto os maiores países da Europa gastam em média apenas US\$3,5 mil per capita (em torno de 8-12% do PIB). No Brasil, apesar do crescimento ano após ano de mais de 13% nos gastos entre 2005 e 2015, alcançando 10% do PIB, os gastos per capita são de apenas US\$0,8 mil, deixando o país mais próximo de países como China e Índia. O mesmo é possível perceber nos gastos específicos com medicamentos.

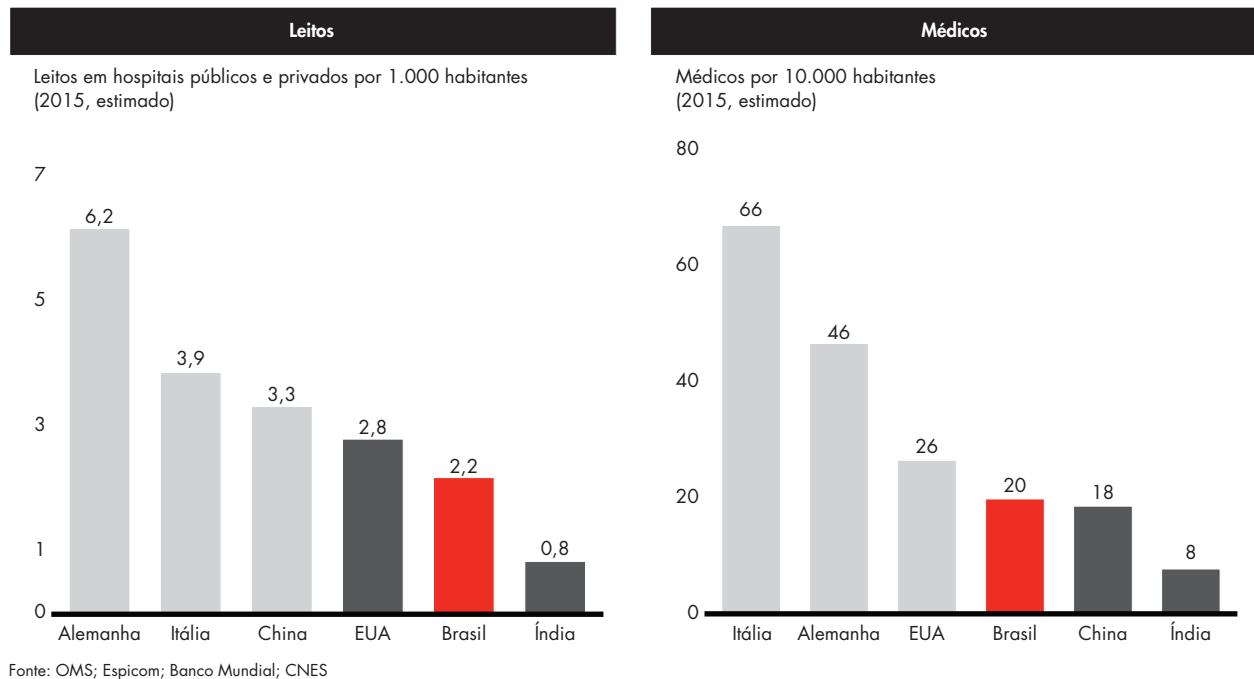
No entanto, nem sempre gastos mais elevados significam melhores cuidados de saúde. O maior exemplo disso são os EUA (*Figura 2*). Ao comparar o indicador de saúde utilizado pelo Fórum Econômico Mundial (WEF), o país continua apresentando notas inferiores à maioria dos sistemas de saúde globais desenvolvidos, apesar de ter gastos que são o dobro. O baixo índice de saúde do Brasil coloca-o junto dos países com sistemas em desenvolvimento.

Indicadores de disponibilidade de recursos, como é o caso do número de médicos e de leitos hospitalares, também revelam claramente que a infraestrutura do Brasil está distante da oferecida pelos países desenvolvidos (*Figura 3*).

Figura 1: Gastos em saúde em países desenvolvidos e emergentes em 2015**Figura 2:** Comparativo do índice de saúde e gastos em saúde

*Com base na pontuação de Saúde e Educação primária, quarto pilar do WEF, que é baseado na prevalência/impacto econômico da malária, HIV/Aids, tuberculose, mortalidade infantil, expectativa de vida, assim como qualidade de educação primária e percentual de participação em educação primária.

Fonte: WHO; OECD; World Economic Forum; BMI; análise Bain

Figura 3: Comparativo da oferta de leitos e médicos em 2015

Com 2,2 leitos hospitalares por 1.000 habitantes e 20 médicos por 10 mil habitantes em 2015, o Brasil está abaixo da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera um número de 30 médicos por 10 mil habitantes como infraestrutura mínima, sendo que essa realidade ainda varia bastante por estado.

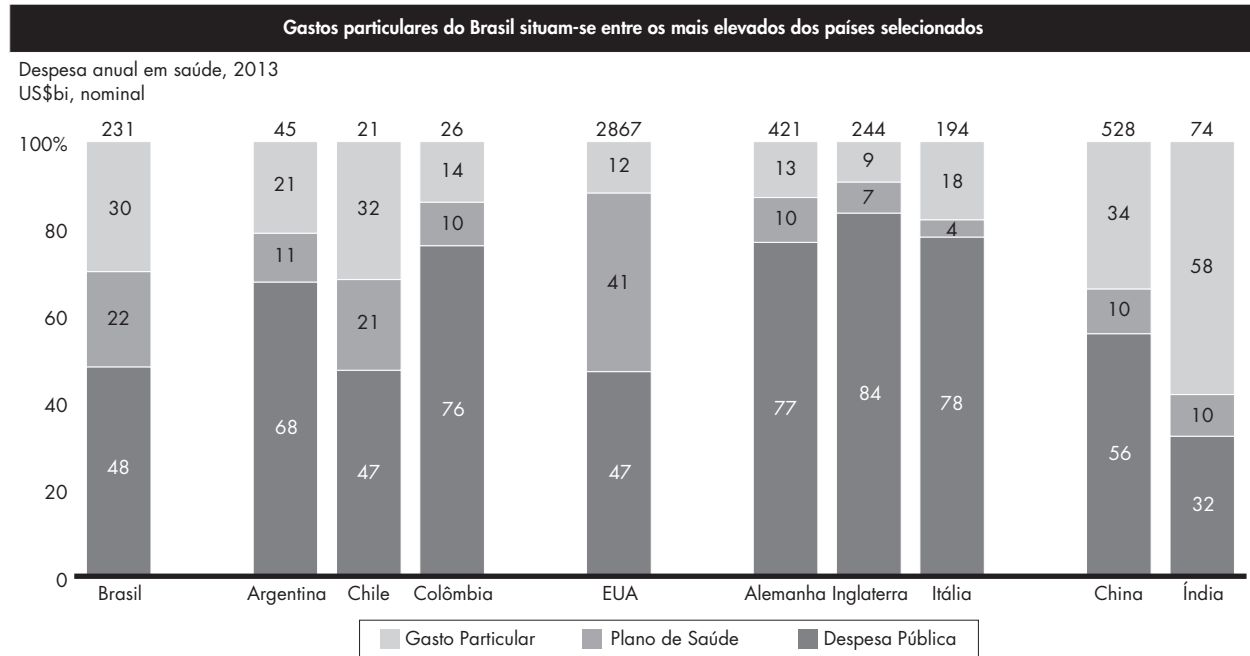
b. Estrutura do sistema: sistema público, planos de saúde e gastos particulares

A estrutura de gastos com saúde varia consideravelmente tanto entre países desenvolvidos e emergentes quanto entre países na mesma etapa de desenvolvimento. O exemplo disso é a comparação entre os EUA, onde 50% dos gastos são privados, e os países europeus que detêm estruturas majoritariamente públicas, com gastos governamentais em torno dos 80% (*Figura 4*).

O sistema de saúde brasileiro, à semelhança de outros de países latino-americanos, desenvolveu-se a partir da previdência social. Contudo, a saúde suplementar cresceu fortemente ao longo dos últimos anos e, hoje, o Brasil apresenta um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo. Do total de R\$500 bilhões gastos com saúde no Brasil em 2013, metade correspondeu a gastos com saúde pública, enquanto gastos com planos de saúde e gastos particulares (pagos pelos próprios pacientes, sem reembolso) totalizaram R\$110 bilhões e R\$150 bilhões, respectivamente. Dessa forma, o Brasil assemelha-se aos EUA e Chile com sua estrutura de elevada participação privada, e destaca-se principalmente pela alta proporção de gastos particulares.

c. O sistema de saúde suplementar

Devido à relevância crescente do setor privado no Brasil, focaremos a nossa análise nas tendências de saúde suplementar do país.

Figura 4: Composição de gastos públicos, planos de saúde e gastos particulares

Em 2015, existiam aproximadamente 50 milhões de vidas cobertas no Brasil por planos de saúde privados, o que corresponde a 26% da população total. A distribuição dos beneficiários de saúde suplementar varia consideravelmente entre os tipos de plano, de modalidade e de contrato (*Figura 5*).

A saúde suplementar tem crescido principalmente através dos planos coletivos que, impulsionados pelo crescimento de 4% da categoria empresarial entre 2010-2015, atingiram 40 milhões de beneficiários em 2015. Por sua vez, os planos individuais têm sofrido a tendência oposta, com uma taxa de crescimento anual de apenas 1% durante o mesmo período, representando 19% da base de beneficiários em setembro de 2015. Se por um lado o crescimento das empresas e, consequentemente, do emprego formal foram importantes motivos para o aumento mais forte dos planos empresariais, é de se esperar uma redução no número de beneficiários em momentos de crise econômica.

Aliás, o efeito da desaceleração da atividade econômica recente já se fez sentir no recuo da penetração de planos de saúde. Nos primeiros sete meses de 2015, um total de 494 mil beneficiários deixou de ter planos de saúde, redução que já é consequência do aumento do desemprego. A grande maioria desse meio milhão de beneficiários tinha planos empresariais. Sendo ainda incerto o quanto a crise afetará o emprego formal, esse é o primeiro sinal de que a tendência dos próximos anos pode ser menos positiva do que o esperado.

Como mencionado anteriormente, a pressão pela redução de custos caracteriza o momento atual dos sistemas de saúde globalmente. No Brasil, as despesas assistenciais do sistema suplementar de saúde têm aumentado em média 16% ao ano desde 2010, enquanto as receitas de contraprestações aumentam à taxa de 14%. Essa discrepância foi acompanhada por um aumento da taxa de sinistralidade de 80% para 84%, o que automaticamente sinaliza um desafio à rentabilidade e consequente sustentabilidade do sistema (*Figura 6*).

Figura 5: Distribuição de vidas seguradas no Brasil

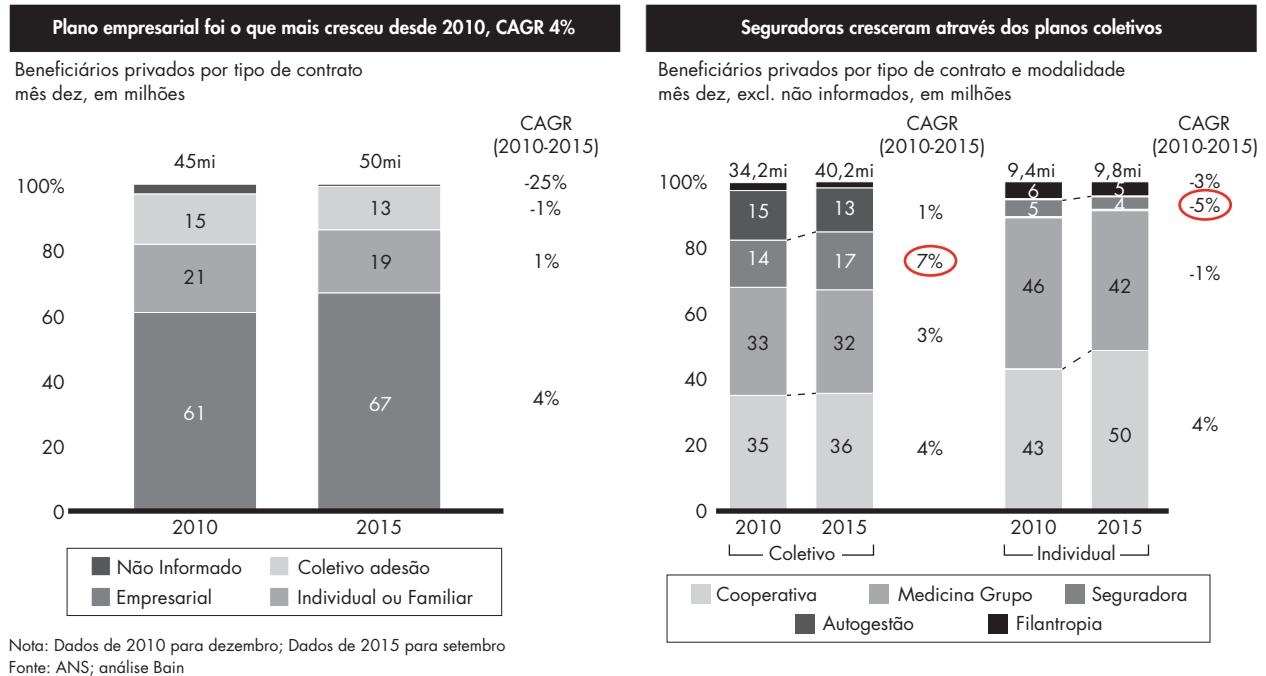
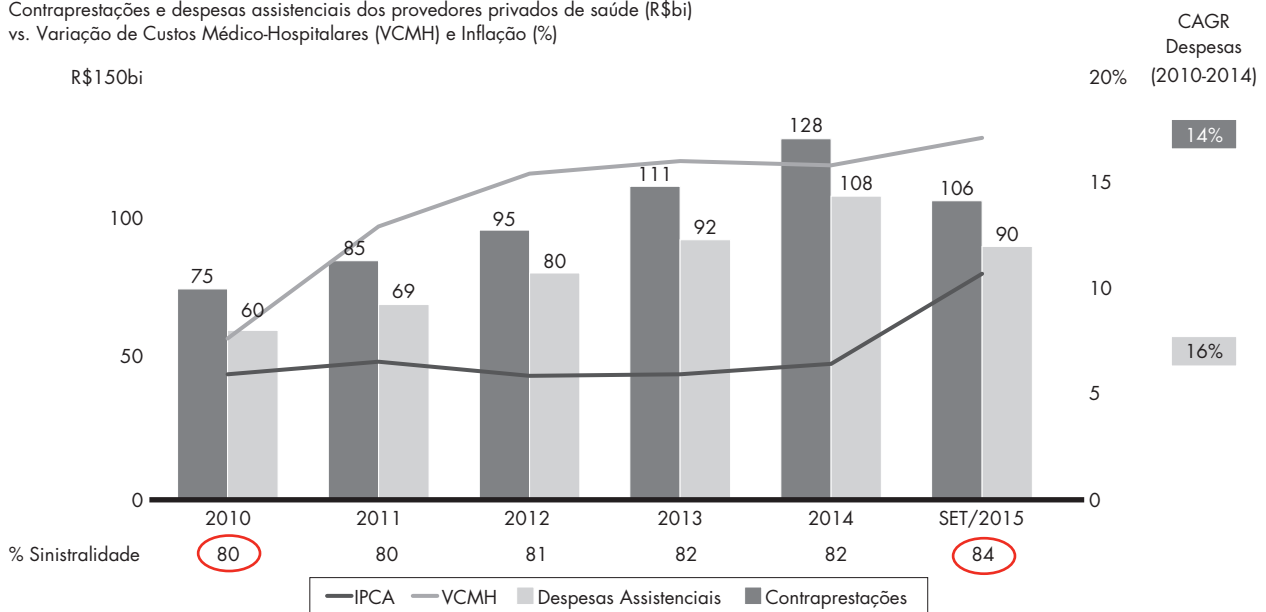


Figura 6: Despesas assistenciais e contraprestações

Contraprestações e despesas assistenciais dos provedores privados de saúde (R\$bi)
vs. Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) e Inflação (%)



Não só os custos do sistema suplementar de saúde têm aumentado mais do que as receitas, como a escalada também tem sido consideravelmente superior à inflação. Como visto na *Figura 6*, a Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) tem sido consistentemente superior ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A maior parte (75%) dos custos médico-hospitalares é representada por internações e exames, que impulsionaram o aumento de custos totais pelo aumento de frequência de utilização e, principalmente, pelo aumento de preços.

Um dos motivos para esse aumento agressivo nos custos hospitalares em todo o mundo é a constante adoção de novas tecnologias na área da saúde. Segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)¹, apenas em 2013 foram absorvidos pelo sistema de saúde suplementar do Brasil mais de 100 novos itens, cirurgias, medicamentos e indicações médicas, e “até o SUS é mais cuidadoso com a adoção de novas tecnologias (do que o setor privado)”. Além do processo de incorporação de novas tecnologias, também têm sido foco de discussão no Brasil as falhas no mercado de materiais, como é o caso das próteses e órteses. Segundo a FenaSaúde, o valor de uma prótese de joelho no Brasil pode oscilar entre R\$2 mil e R\$18 mil, e esta variação pode ser um desafio para os pagadores.

Essa pressão de custos é ainda reforçada por um conjunto de costumes observados no Brasil que destoam das práticas recomendadas internacionalmente. Os partos cesáreos, por exemplo, representam hoje 70% dos nascimentos no país, enquanto, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15%. No sistema privado de saúde, o percentual é ainda maior: mais de 90% dos nascimentos são realizados através de cesarianas. Na Europa, em comparação, a maioria dos países registrou em 2010 taxas de cesarianas entre 20-30%; nos EUA, 33% dos partos em 2009 foram cesáreos².

O uso do pronto-socorro em detrimento das consultas ambulatoriais é outro indicador de que algumas práticas de saúde no Brasil precisam ser revistas. Entre 2008 e 2011, a proporção de consultas emergenciais no total de consultas (emergenciais e ambulatoriais) cresceu de 65% para 78%³ enquanto que o percentual de consultas no pronto-socorro que levam a internação decresceu 3%, sugerindo que cada vez mais pacientes se dirigem ao pronto-socorro com quadros clínicos típicos de consultas ambulatoriais e não emergenciais. Isso impacta diretamente a eficiência do serviço hospitalar, aumentando as filas no pronto-socorro e, conseqüentemente, o tempo de atendimento dos casos que são verdadeiramente críticos.

Tendências no Brasil para os próximos anos

Na *Figura 7* apresentamos as tendências esperadas da perspectiva de cada um dos agentes desse setor, que detalharemos a seguir: Pacientes, Prestadores e Pagadores.

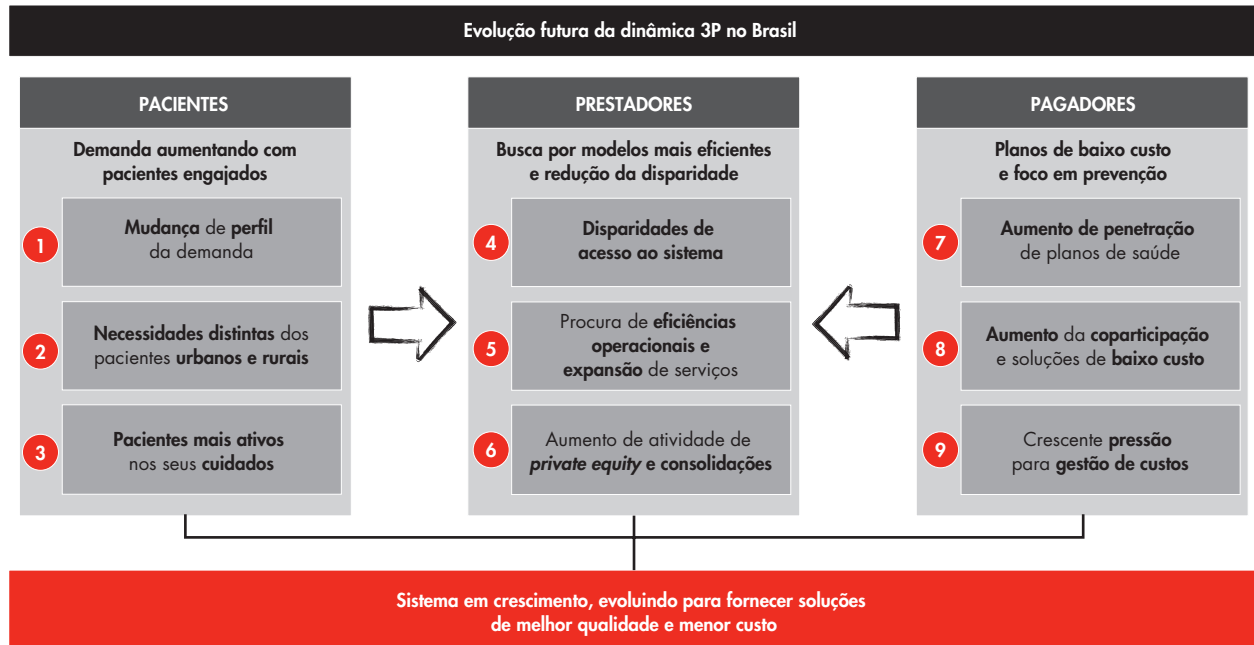
d. Tendências dos Pacientes

Mudança de perfil da demanda

Do lado dos pacientes, uma das tendências mais fortes nos próximos anos será a do aumento de demanda de cuidados com a saúde, que impulsionará a expansão do mercado e a mudança do seu perfil, devido ao tipo de doença e ao envelhecimento da população.

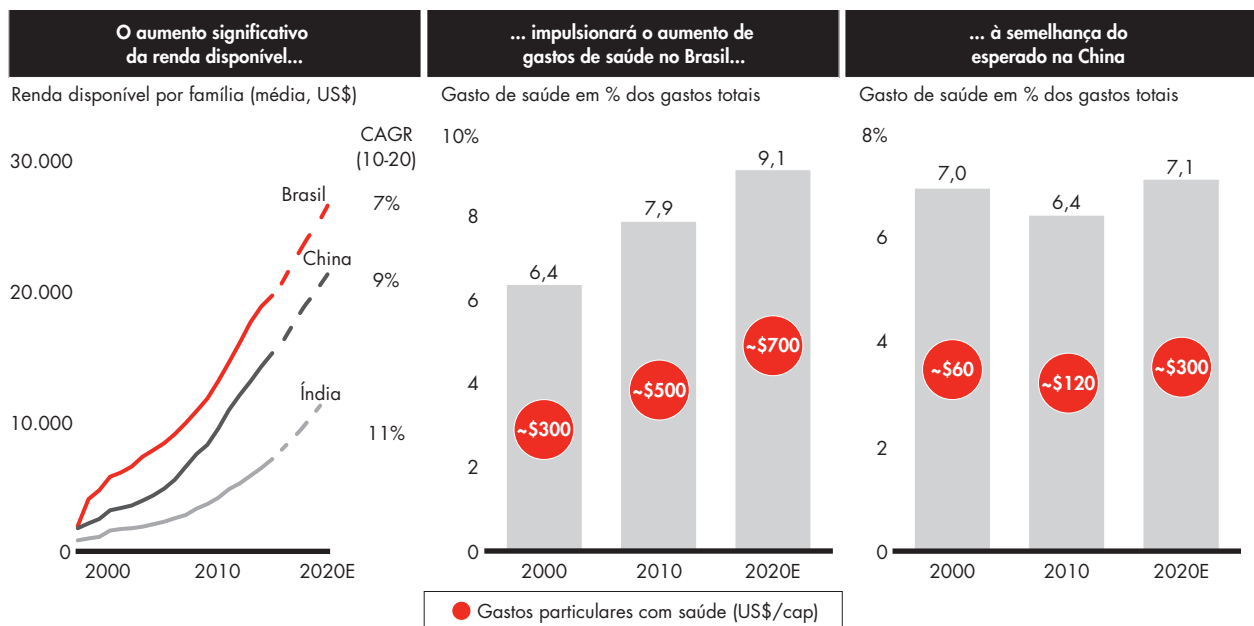
Uma das alavancas para o aumento da demanda de serviços de saúde é o aumento da renda. Projetamos que a renda disponível de uma família brasileira crescerá em termos reais de R\$19.630 hoje para R\$26.496 até o final da década (*Figura 8*). A maior renda colocará o paciente em uma situação na qual poderá gastar mais com a

Figura 7: Tendência no setor de saúde



Fonte: análise Bain

Figura 8: Impacto do aumento de renda na demanda de serviços de saúde



Nota: gastos com saúde = gastos com insumos, remédios e serviços médicos; ajustado por inflação e variação cambial (taxa de câmbio fixa de 2015)
 Fonte: Euromonitor; Valor Econômico novembro 2015; análise Bain

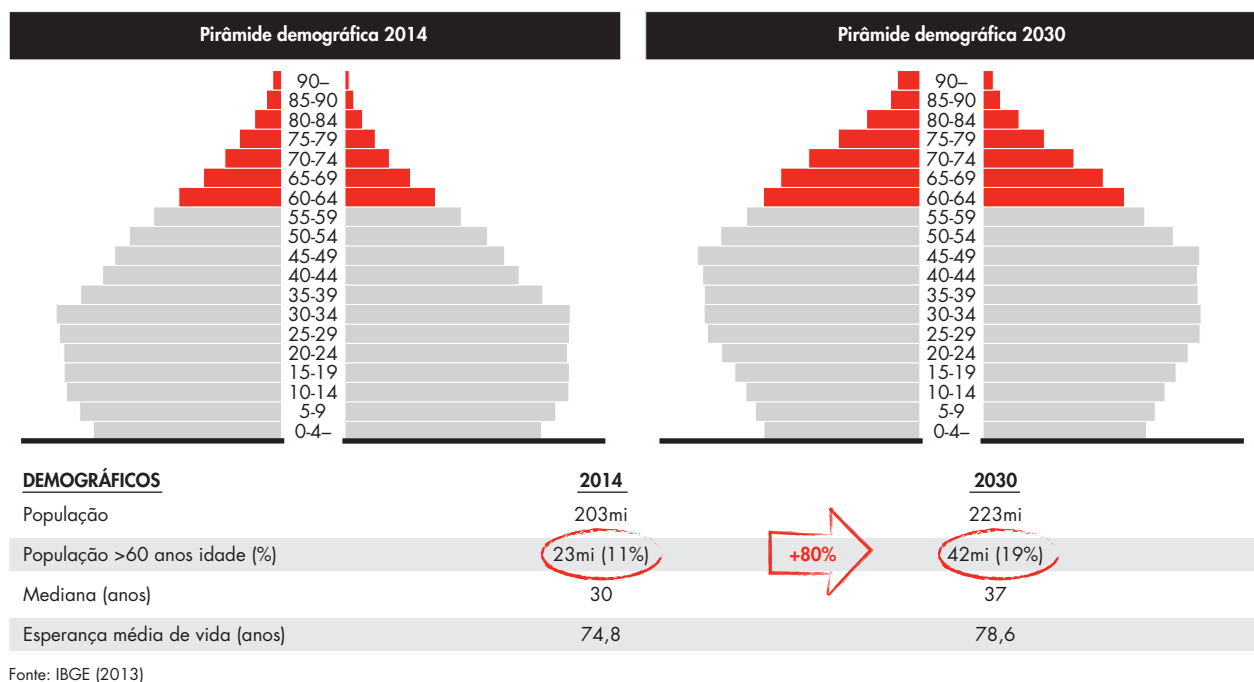
própria saúde, sendo esperado que em 2020 até 9% dos gastos familiares sejam dedicados a serviços e atendimento de saúde. Tendências em outros países emergentes, como China e Índia, são comparáveis.

A “cultura do especialista” enraizada no Brasil também continuará contribuindo para o aumento da demanda. Ao contrário do que acontece em países como Inglaterra, Holanda ou Canadá, onde o paciente recorre primeiramente a um médico generalista ou de família, no Brasil é mais comum que o paciente procure diretamente o especialista ao qual associa seu problema. Normalmente, isso conduz a uma série de procedimentos e exames desnecessários. Um exemplo é a comparação feita pela OECD em 2013 do número de ressonâncias magnéticas realizadas em diferentes países. No Brasil, foram realizadas 80 ressonâncias magnéticas para cada 1.000 habitantes, o dobro do registrado na Inglaterra e muito acima da média dos países europeus de, aproximadamente 47⁴.

Por outro lado, também é esperada uma mudança no perfil das doenças a serem tratadas, devido ao envelhecimento populacional e à maior preponderância de doenças crônicas. À semelhança da tendência de envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos, no Brasil espera-se que a população com mais de 60 anos de idade cresça 80% até 2030, passando a representar 20% da população total. Adicionalmente, é também esperado que a expectativa média de vida aumente dos 74,8 anos registrados em 2014 para 78,6 anos em 2030 (*Figura 9*). A combinação desses dois fatores aumentará cada vez mais a demanda por cuidados de saúde nos próximos anos.

A migração, ao longo dos últimos anos, de um perfil de doenças agudo para um perfil de doenças crônico, característico dos países desenvolvidos, continuará contribuindo para o aumento da demanda de cuidados de saúde

Figura 9: Mudança no perfil demográfico brasileiro



e para o aumento de gastos do sistema, dado que o tratamento de doenças crônicas tem um custo elevado, de até sete vezes o custo de tratar uma doença infecciosa (*Figura 10*).

Em 2008, 79% da população brasileira com mais de 65 anos de idade tinha pelo menos uma doença crônica, aproximadamente oito vezes a taxa de incidência registrada até os 19 anos e quatro vezes mais do que a registrada na faixa etária dos 20 aos 40 anos (*Figura 11*).

O desenvolvimento de doenças crônicas está intimamente ligado ao envelhecimento, ao estilo de vida pouco saudável e aos hábitos de saúde de risco praticados por grande parte da população, como uma alimentação desequilibrada, o excesso de peso, o sedentarismo, a ingestão de bebidas alcoólicas e o tabagismo. Dessa forma, apesar da conscientização crescente da sociedade para esses fatores de risco, espera-se que nos próximos anos a tendência seja que o índice de incidência de doenças crônicas continue aumentando antes de começar a diminuir.

Necessidades distintas dos pacientes urbanos e rurais

Apesar da expansão esperada no setor de saúde, as necessidades dos pacientes irão variar bastante de região para região do Brasil, devido a diferenças no acesso a serviços de qualidade e, especialmente, a diferenças nos gastos per capita. Enquanto as áreas metropolitanas já chegaram a uma situação madura (com gastos per capita acima de R\$300), as áreas rurais ainda estão em uma fase inicial de crescimento (75% dos municípios têm gasto per capita abaixo de R\$315). Isso cria necessidades distintas e gera dois mercados separados, com características complementares: mercados urbanos com foco em qualidade do serviço e mercados rurais com foco em acesso à saúde básica (*Figura 12*).

Figura 10: Mudança no perfil de doenças no Brasil

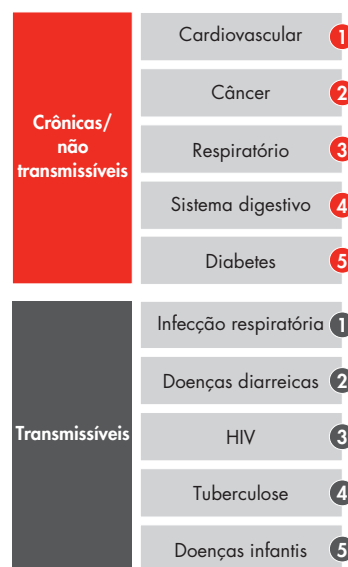
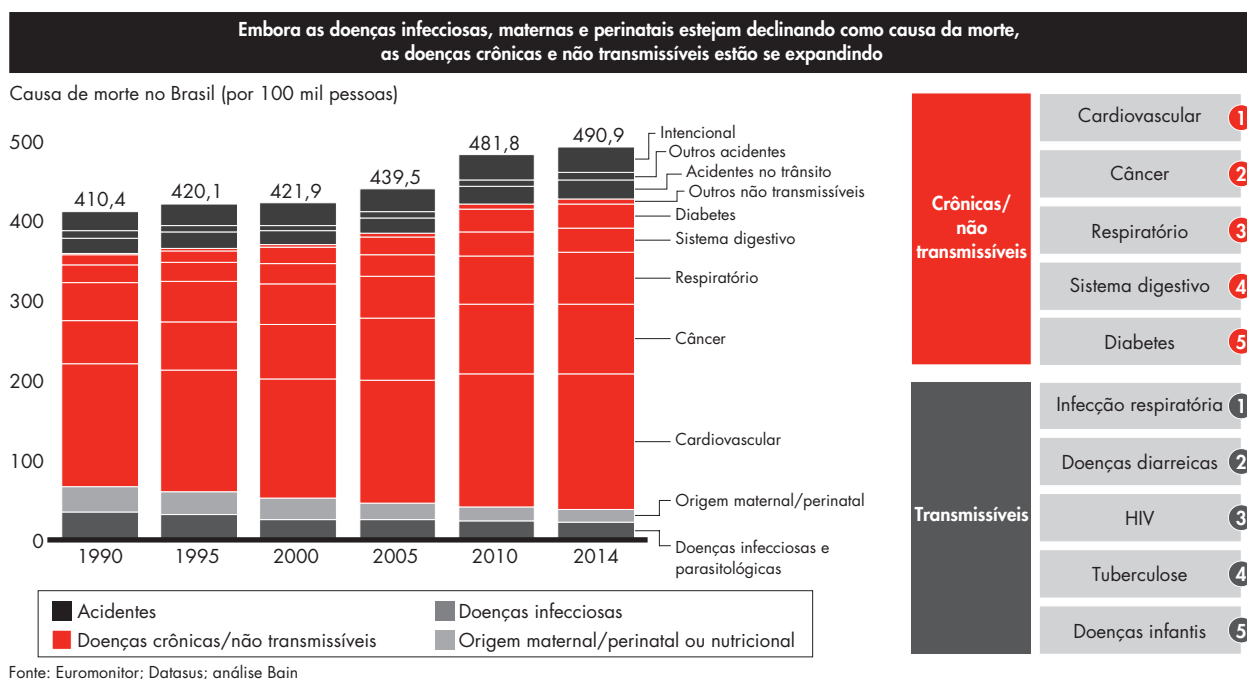


Figura 11: Incidência de doenças crônicas por faixa etária

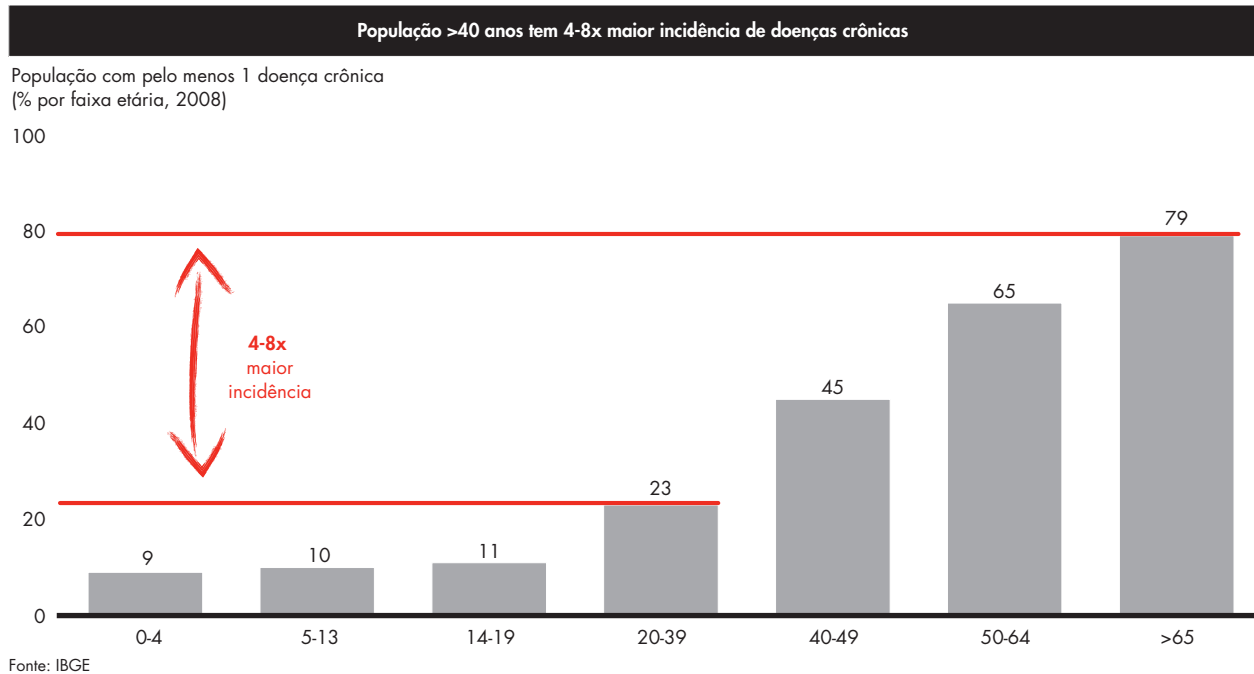
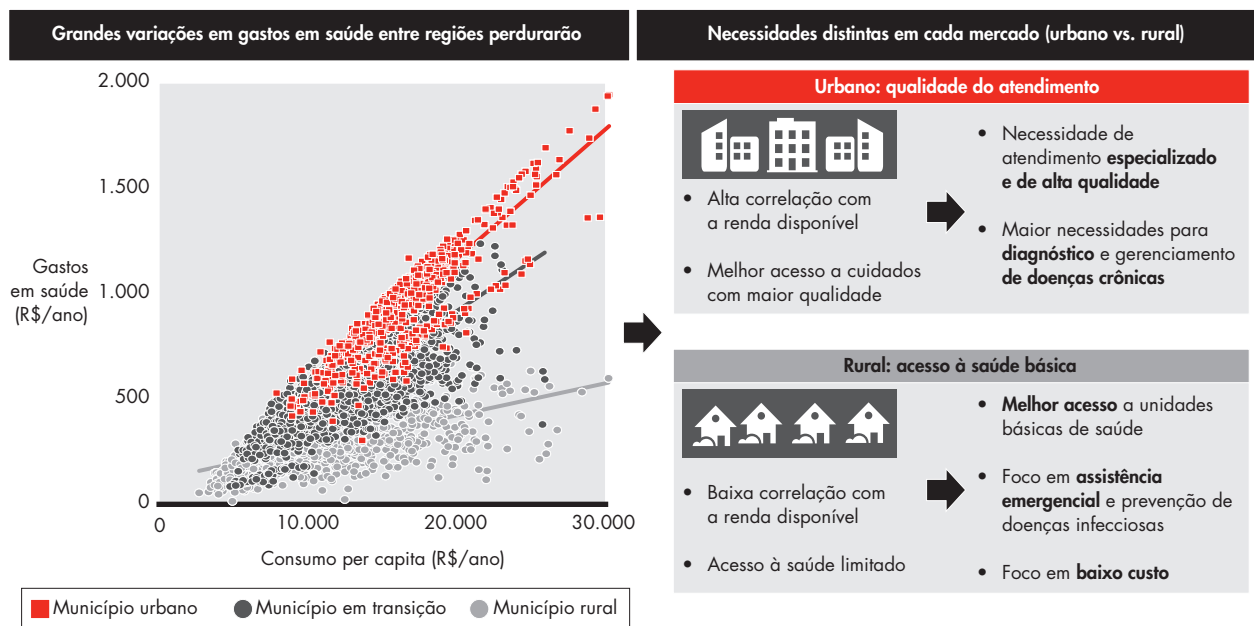


Figura 12: Variação de gastos e necessidades distintas de cada mercado



Nota: urbano = municípios com >90% da população em áreas urbanas; rural = municípios com <50% da população em áreas urbanas
 Fonte: IPC Maps 2014; análise Bain

Em mercados urbanos, caracterizados por uma população de maior renda, uma qualidade maior de serviços e um alto nível de educação, a demanda por serviços especializados e de alta qualidade crescerá bastante. Em especial, serviços como prevenção e diagnóstico avançado e ofertas para gerenciamento de doenças crônicas serão muito importantes.

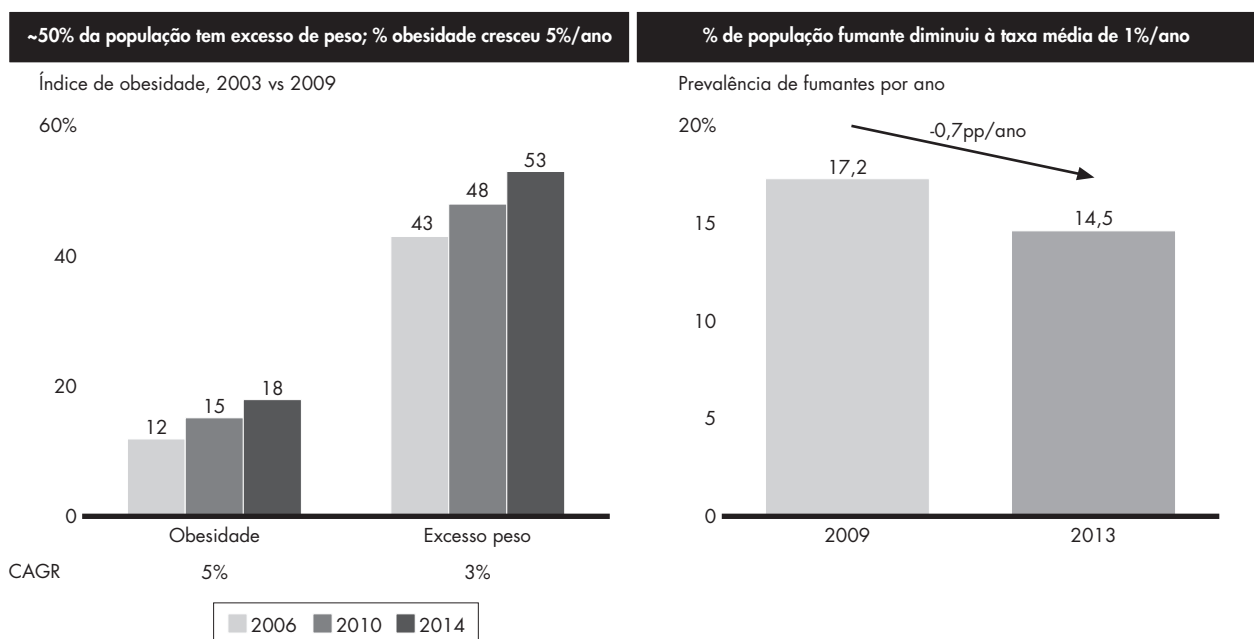
Nas regiões rurais, com acesso limitado à saúde e níveis de renda e educação baixos, o foco principal será disponibilizar acesso à saúde básica para todos. Os tratamentos continuarão sendo focados em emergências e doenças agudas. Devido à menor renda disponível e à maior necessidade de atendimento público, as soluções oferecidas exigirão um foco maior em baixo custo. Dado o maior acesso e, portanto, um melhor diagnóstico, o número de doenças registradas aumentará.

Pacientes mais ativos nos seus cuidados

Como referido, os cuidados de saúde por parte dos pacientes são o principal motor de redução do número de doenças crônicas nas sociedades atuais. Nesse momento, o Brasil apresenta vários indicadores de cuidados com a saúde que ainda estão muito longe do recomendado, como a taxa de sobrepeso e obesidade, que cresceu consideravelmente na década passada (*Figura 13*). Em 2014, 18% da população brasileira era obesa e praticamente metade tinha excesso de peso, ambos os valores superiores ao registrado em 2006.

Contudo, também já é possível verificar a melhoria de outros indicadores, marcando o início da tendência de conscientização da população para os riscos de determinados comportamentos e sua mudança em prol de um estilo de vida mais saudável e uma vida mais longa. Um exemplo disso é a redução da taxa de tabagismo para 14,5% (*Figura 13*), comparativamente às taxas registradas em vários países europeus cuja média em 2012 oscilou entre os 19,3% para mulheres e os 39% para homens.

Figura 13: Evolução da taxa de sobrepeso e obesidade e da taxa de tabagismo



Fonte: Pesquisa Vigitel 2014; PNAD 2008; PNS 2013; análise Bain

O crescente acesso à internet tem facilitado o fluxo de informações sobre saúde e tem tido um papel fundamental de acelerador no processo de cultivo de uma mentalidade de saúde preventiva na sociedade, incentivando os pacientes a tornarem-se mais ativos nos seus cuidados. As buscas no Google incluindo as palavras “sintoma” e “dieta”, por exemplo, aumentaram exponencialmente desde 2007. A internet não só tem potencializado o aprendizado individual dos seus usuários, como também permitido a troca de ideias e a partilha de experiências entre eles através de blogs e redes sociais, o que por vezes traz a motivação necessária para adoção de hábitos saudáveis. No Brasil existem centenas de páginas no Facebook promovendo hábitos de vida saudável e cuidados com a saúde.

Assim como a internet permitiu um grande avanço no processo de conscientização das populações para a importância dos cuidados de saúde, também as novas tecnologias/smartphones marcaram o início de uma nova era na medicina, não só no que diz respeito à possibilidade de massificação de consultas virtuais, facilitando a comunicação entre médicos e pacientes, mas também relativamente à medicina preventiva. Com dezenas de aplicativos que incentivam a prevenção e ajudam a monitorar doenças já existentes, torna-se cada vez mais fácil cuidar da saúde longe de médicos e hospitais.

Alguns dos aplicativos mais populares atualmente são aqueles que monitoram sinais vitais como ritmo cardíaco, pressão arterial e nível de glicose, incluindo Gliconline, Unitcare, Quicklog.me e Neocardiograph. Há, também, aplicativos que controlam processos de reeducação alimentar, como Nutrabem, Tecnonutri e Cruzei, aplicativos que lembram o usuário de beber água ao longo do dia (Wateryourbody), que monitoram o número de cigarros fumados diariamente (Brasilsemcigarro), que lembram o paciente de tomar remédios, que ajudam mulheres a monitorar a gravidez ou que auxiliam na prestação de primeiros socorros em situações de emergência.

e. Tendências dos Prestadores

Disparidades de acesso ao sistema

O melhor acesso à saúde em áreas rurais tem como gargalo a falta de infraestrutura nessas regiões. Hoje, a distribuição de recursos de saúde é fortemente enviesada para as zonas urbanas (*Figura 14*). Enquanto cerca de 40% da população mora em regiões rurais, somente cerca de 30% dos hospitais e médicos se encontram nessas mesmas regiões.

É possível identificar assimetrias significativas entre as realidades de cada estado brasileiro. Hoje, há uma enorme lacuna entre a demanda e a oferta de profissionais de saúde (*Figura 15*). Rio de Janeiro, São Paulo ou Rio Grande do Sul apresentam cobertura de médicos equivalente a países como Itália, Alemanha e EUA. No outro extremo, temos diversos estados que não têm uma cobertura mínima de acordo com as diretrizes da OMS. Mesmo dentro dos estados com maior cobertura encontram-se assimetrias entre as grandes cidades e as áreas rurais.

Também aqui a tecnologia poderá ser aliada tanto dos pacientes quanto dos prestadores, viabilizando a redução das distâncias e dos custos de atendimento a populações mais distantes. Pacientes que antes tinham de se deslocar a grandes centros para serem atendidos agora são diagnosticados remotamente. Especialistas conseguem ter uma maior capacidade de atuação, aumentando os seus níveis de produtividade. Nos últimos anos, por exemplo, a telemedicina permitiu atender aproximadamente dois milhões de pacientes no período de 2008 a junho de 2014 através de telediagnósticos⁵.

Nos EUA, onde se estima que em 2014 uma em cada seis consultas a médicos foi virtual, já foram aprovados pela FDA (Food and Drug Administration) aplicativos para fazer eletrocardiogramas. O modelo escolhido pelo governo e, principalmente, os níveis de investimento serão os principais fatores que contribuirão para o fechamento das lacunas apontadas.

Figura 14: Distribuição de recursos de saúde entre zonas urbanas e rurais

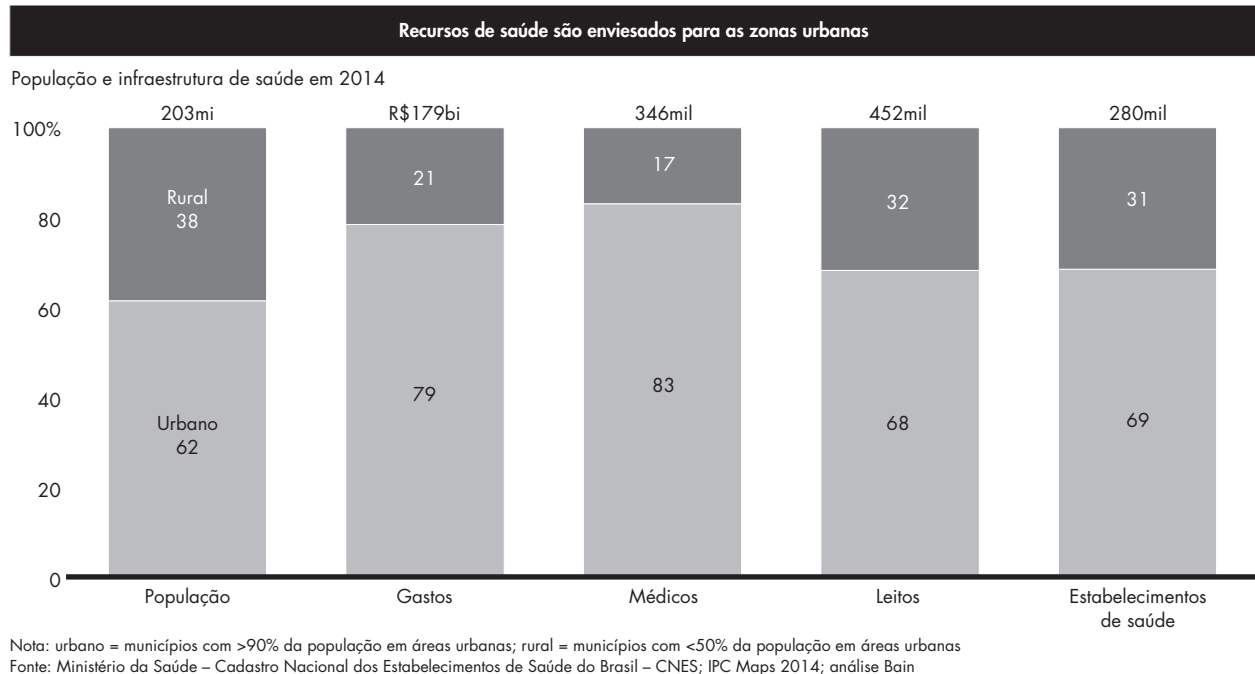
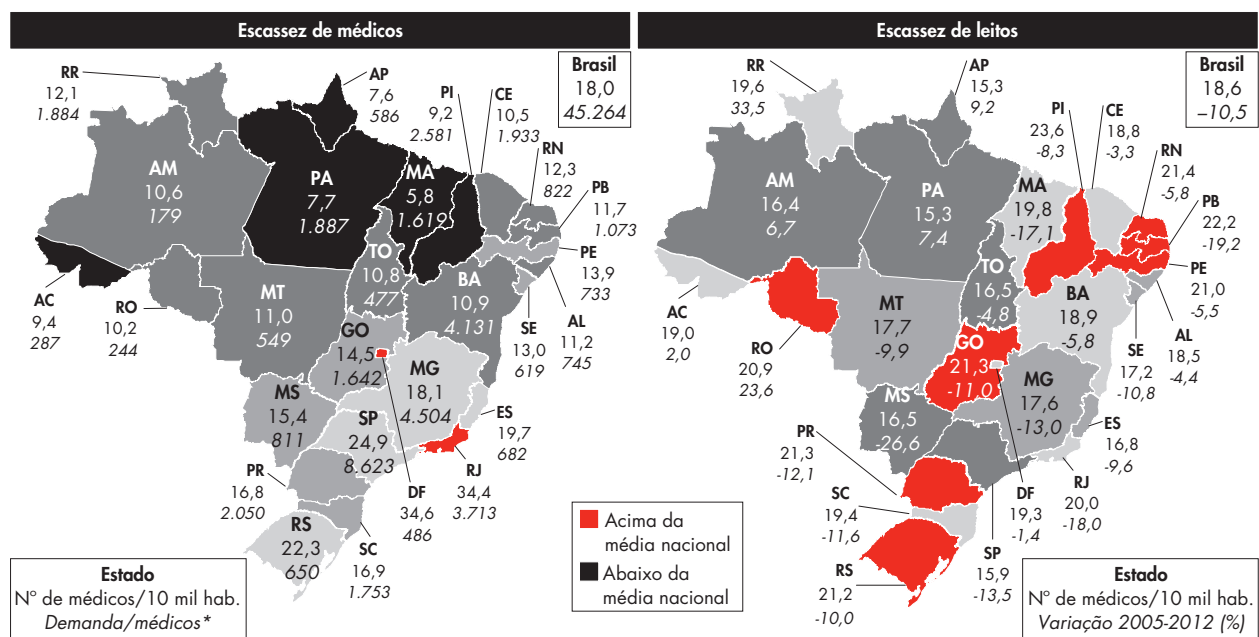


Figura 15: Disponibilidade de médicos e leitos por estado, dados de 2012



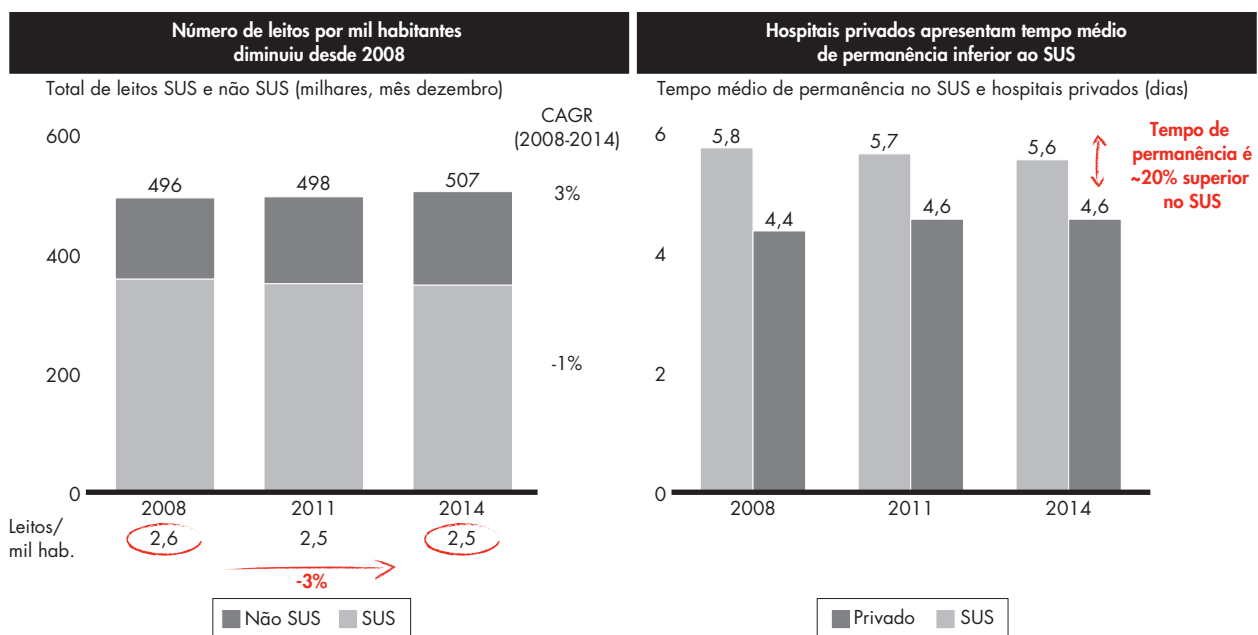
Procura de eficiências operacionais e expansão de serviços

A procura de eficiências operacionais será uma das tendências mais fortes para os prestadores nos próximos anos. A pressão de custos proveniente dos pagadores abre caminho para vários esforços de manutenção de rentabilidade e sobrevivência, tal como o fechamento de algumas unidades, a busca de eficiências operacionais que permitam expandir receitas sem aumento do número de leitos ou até a formação de centros de excelência focados em determinadas especialidades para ganhar escala e reduzir custos.

A recente crise de fechamento de maternidades no país é um dos maiores exemplos disso. Em 2014, dezenas de hospitais anunciaram o encerramento das suas maternidades, por se tratarem de áreas não rentáveis, que em muitos casos estavam causando prejuízos. O presidente da Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados) explicou em entrevista ao *Valor Econômico* em 25 de julho de 2014⁶ que “a maternidade tem um custo elevado e que pacientes dessa área usam pouco a estrutura de um hospital geral, que tem despesas altas com manutenção de equipamentos sofisticados e estrutura. Com a profissionalização na gestão do setor, isso ficou mais evidente”. Outros fatores que contribuem para essa situação são a taxa de natalidade decrescente, que tem impactado fortemente as maternidades por perdas de escala, e também o aumento de casos de gravidez tardia, o que aumenta a complexidade dos partos e, consequentemente, os gastos. As unidades de pediatria também estão enfrentando a mesma tendência, numa tentativa de foco dos prestadores em áreas mais lucrativas como oncologia, cardiologia ou neurologia.

Apesar do sistema suplementar de saúde apresentar uma rotatividade de leitos superior ao registrado no SUS (Figura 16), o tempo médio de permanência por paciente dos hospitais privados⁵ aumentou de 4,4 dias para 4,6 dias desde 2008, em oposição à melhoria registrada no SUS: de 5,8 para 5,6 dias. Vários hospitais estão inves-

Figura 16: Tempo médio de permanência no hospital



Nota: hospitais privados consideram apenas os hospitais membros da Anahp

Fonte: Datasus; Observatórios Anahp; Relatórios de Sustentabilidade do Hospital Albert Einstein; CNES; análise Bain

tindo em medidas de monitoramento de processos e rotinas dos pacientes dentro das suas instituições como forma de aperfeiçoar o uso dos leitos existentes e reduzir a necessidade de investir em novos leitos.

Os números publicados pelo Hospital Albert Einstein⁷ são um exemplo de que é possível continuar melhorando esse índice de rotatividade também nos hospitais privados. Em 2013, esse hospital atingiu um tempo médio de permanência de seus pacientes de apenas 4,25 dias, inferior à média registrada nos hospitais privados. O hospital associa essa conquista à implantação de um programa de melhoria de monitoramento do paciente durante a sua internação e, também, ao aumento dos serviços de *home care* em quase 30% em comparação com o ano anterior, reduzindo consideravelmente o tempo de permanência dos pacientes dentro do hospital, o que se traduz em uma redução de custos estimada em 50%. No Hospital Sírio-Libanês o número de indicações para atenção domiciliar também aumentou 54% de 2013 para 2014.

A expansão dos serviços de *home care* é transversal no setor brasileiro e tem se fortalecido cada vez mais nos últimos anos, tanto no setor suplementar de saúde—cujos “hospitais estão lotados e precisam liberar leitos”, segundo declaração de um representante da Anahp publicada em janeiro de 2015⁸—quanto no SUS, através do programa “Melhor em Casa” criado em 2011 para ampliar o cuidado de saúde domiciliar público. O Ministério da Saúde, a Anahp e o NEAD⁹ estimam que o segmento de *home care* movimentou R\$3 bilhões em 2014, com 310 mil pacientes em internação domiciliar e outros 630 mil assistidos em suas casas com consultas médicas. A Bain & Company acredita que essa tendência de expansão se intensifique nos próximos anos, impulsionada primeiramente pela pressão dos prestadores para reduzir custos, mas também como iniciativa para fidelizar pacientes, para quem o conforto aumenta e a exposição a potenciais infecções é inferior, reduzindo as complicações após a desospitalização.

O conceito de “especialização” dos provedores de saúde é outro dos caminhos já percorridos por alguns como forma de aumentar a eficiência das suas instalações. O Campinas Day Hospital, por exemplo, é especializado em cirurgias que não requerem uma internação prolongada, conseguindo dar alta aos pacientes após apenas um dia de internação e dando depois continuidade aos cuidados dos pacientes através do serviço de *home care* pós-operatório para orientação de cuidados e banhos. A Unimed também é um exemplo de especialização decorrente da necessidade de reduzir custos. Depois de descredenciar clínicas que prestavam serviços de quimioterapia para os seus planos e concentrar os tratamentos de câncer em um centro próprio, reduziu¹⁰ em 40% o gasto nessa área entre 2009 e 2014.

Aumento de atividade de *private equity* e consolidações

A liberação de injeção de capital estrangeiro nesse setor é um dos fatores que mais moldará as tendências dos prestadores de saúde nos próximos anos. Até janeiro de 2015, a participação de capital estrangeiro no setor da saúde era restrita a planos de saúde, seguradoras e farmácias, atividades que estão fora do escopo direto de atuação do SUS. Agora, com a entrada de capital estrangeiro também em prestadores diretos de cuidados de saúde, a expectativa é que o mercado brasileiro se torne mais competitivo e os pacientes sejam beneficiados através de maior qualidade de serviços em decorrência do aumento de recursos e da melhoria da gestão hospitalar.

Com a abertura do mercado, projetamos que a tendência para os próximos anos será de aumento do número de fusões e aquisições no setor, graças à intensificação da atividade de *private equity*, dessa vez do lado dos prestadores privados. No primeiro semestre de 2015 esse movimento já foi bem visível: apenas três meses depois da liberação, foi concluído em abril o primeiro investimento estrangeiro em hospitais do país. O fundo americano Carlyle, acionista da empresa de planos de saúde Qualicorp desde 2010, comprou 8,3% do Grupo Rede D’Or São Luiz, a maior operadora de hospitais privados do Brasil, com 30 hospitais próprios e dois sob gestão. Em maio, o fundo soberano de Cingapura, GIC, também fechou a compra de 15% do grupo, tornando-se o segundo maior acionista da empresa.

Em busca de eficiência operacional, há uma tendência de consolidação entre prestadores, como as inclusões dos hospitais IFOR, Bartira e Vita no Grupo Rede D’Or São Luiz ou da Onco Clínica e NOB no Grupo OncoClínicas.

Movimentos como estes buscam ganhos de escala e redução de custos fixos, elementos fundamentais para a sustentabilidade no cenário atual. A verticalização entre pagadores e prestadores também tem sido percebida de maneira mais frequente, em exemplos como a aquisição dos hospitais 9 de Julho, Pró Cardíaco e Samaritano pelo Grupo Amil. Posições estratégicas mais amplas, além de capturar maior *share* do *profit pool*, também visam reforçar a gestão sobre custos hospitalares.

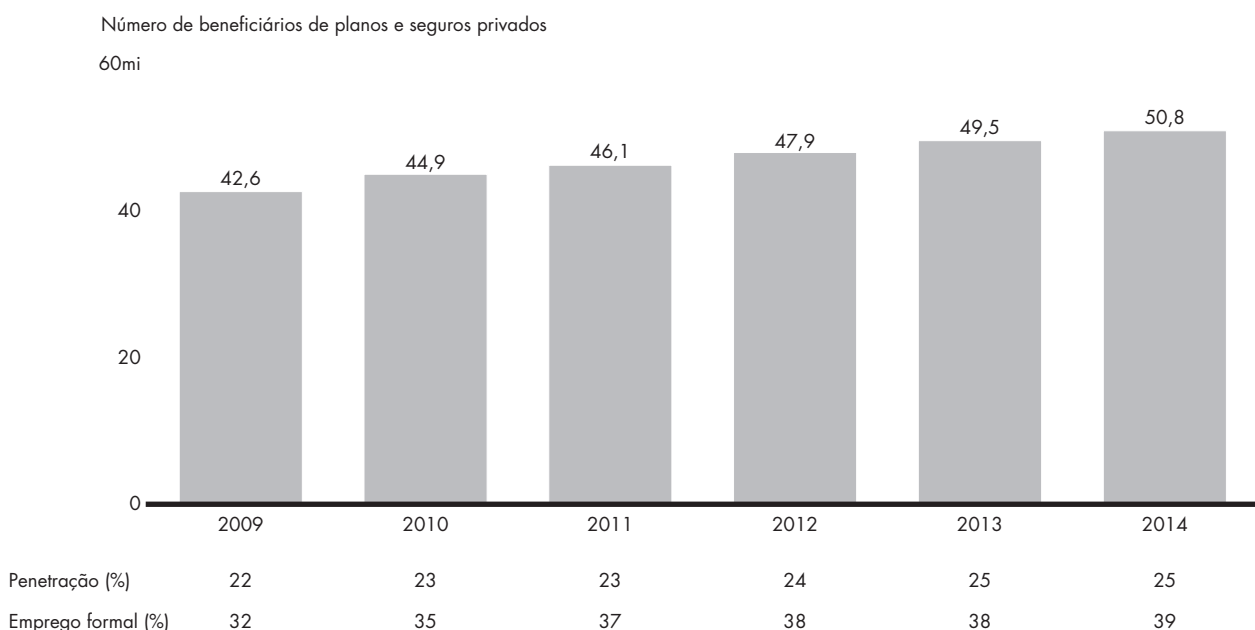
Desde o início da década existe também uma forte tendência de consolidação no mercado de planos de saúde, com o número de operadoras existentes na base da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) caindo aproximadamente 3,7% por ano. O número crescente de fusões e aquisições neste setor tem sido impulsionado pelo potencial de ganho pela melhoria na eficiência da operação, como declarou, em reportagem publicada em junho de 2014¹¹, o presidente do grupo colombiano Sanitas, Daniel Coudry: “O mercado brasileiro de saúde está se consolidando com muitas vendas acontecendo. É um mercado carente de gestão”. O grupo Sanitas comprou em 2011 uma participação significativa na Universal Saúde e em 2014 tornou-se o maior acionista da Vitallis. Outras das aquisições recentes de operadoras de saúde foram a compra da Amil pela UnitedHealth (grupo americano), da Santa Casa Saúde pela Vitallis e da carteira da Tempo Assist pela Seguros Unimed.

f. Tendências dos Pagadores

Aumento de penetração de planos de saúde

No Brasil, à semelhança dos países emergentes, a penetração de planos de saúde tem aumentado ao longo dos últimos anos, impulsionada pelo crescimento do emprego formal (*Figura 17*).

Figura 17: Evolução da penetração de planos de saúde



Fonte: ANS; RAIS; LCAI; análise Bain

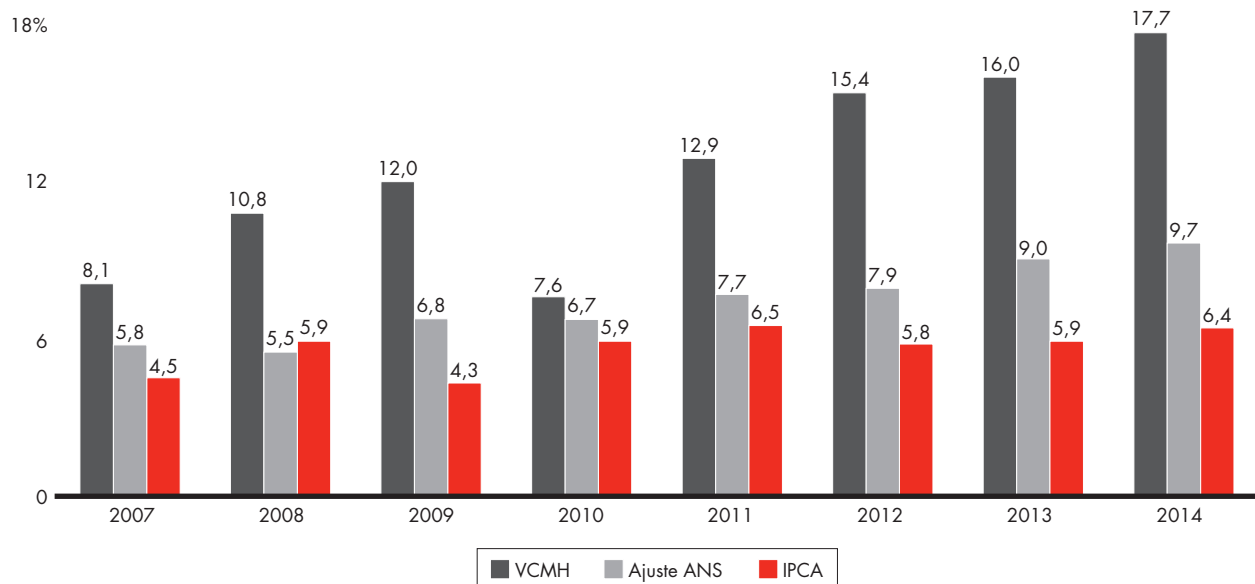
Com a evolução do cenário econômico brasileiro ainda incerta, as expectativas do mercado para os próximos anos continuam sendo positivas. Espera-se que a tendência seja de estabilização da taxa de emprego formal em torno dos 40%, permitindo que a penetração de planos privados continue crescendo, ainda que a um ritmo inferior ao histórico. Esse crescimento deverá continuar focado nos seguros empresariais, principalmente das pequenas e médias empresas, que cresceram 4% por ano desde 2012, dois pontos percentuais acima do crescimento das grandes empresas no mesmo período. Num cenário mais pessimista, assistiremos à queda do emprego formal para níveis de anos anteriores—queda que será automaticamente acompanhada pelo decréscimo de vidas seguradas.

Planos individuais tendem a continuar perdendo espaço enquanto os reajustes permitidos pela ANS forem menores do que a Variação dos Custos Médico-Hospitalares. Em 2014, enquanto a VCMH foi de 17,7%, o ajuste permitido pela ANS foi de 9,7% (*Figura 18*). Com isso, alguns pagadores optaram por reduzir sua participação no mercado de planos individuais e familiares. Ainda assim, planos e seguros de saúde são os líderes do ranking de insatisfação do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), com 20% do total de queixas de 2014, sendo um dos principais motivos o reajuste. Esse desencontro de percepções no mercado salienta a enorme pressão de custos sobre todos os agentes do setor.

Também do lado do governo, é esperada a criação de incentivos para um aumento na penetração de planos de saúde. Atualmente, os gastos particulares representam a maioria dos pagamentos do setor privado, uma vez que o seguro público abrange principalmente a internação, enquanto os serviços ambulatoriais permanecem principalmente com gastos particulares. O governo está priorizando o aumento da cobertura de seguro e não o aumento da taxa de reembolso, por isso espera-se que os benefícios de seguro continuarão a ser limitados e a maior parte das despesas paga pelos próprios pacientes.

Figura 18: Variação do IPCA, VCMH e ajuste autorizado pela ANS

Número de beneficiários de planos e seguros privados



Nota: VCMH = Variação dos Custos Médico-Hospitalares

Fonte: IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; LCA; ANS; análise Bain

Aumento da coparticipação e soluções de baixo custo

Outro impacto da dificuldade econômica nas empresas tem sido a tendência de aumento de coparticipação dos próprios empregados nos seus planos de saúde. Se antes a coparticipação, quando exigida, rondava os 10% do valor das consultas e tratamentos, hoje esse percentual está evoluindo para a faixa dos 20-30%. Em 2011, 45% das empresas adotaram a modalidade de coparticipação para ajudar a reduzir custos, inibindo o uso exagerado do benefício e garantindo um desconto à empresa de 5% na renovação da apólice. Até meados de 2015, 66% das empresas recorriam à coparticipação para enfrentar a crise e 81% destas cobravam coparticipação desde o primeiro evento.

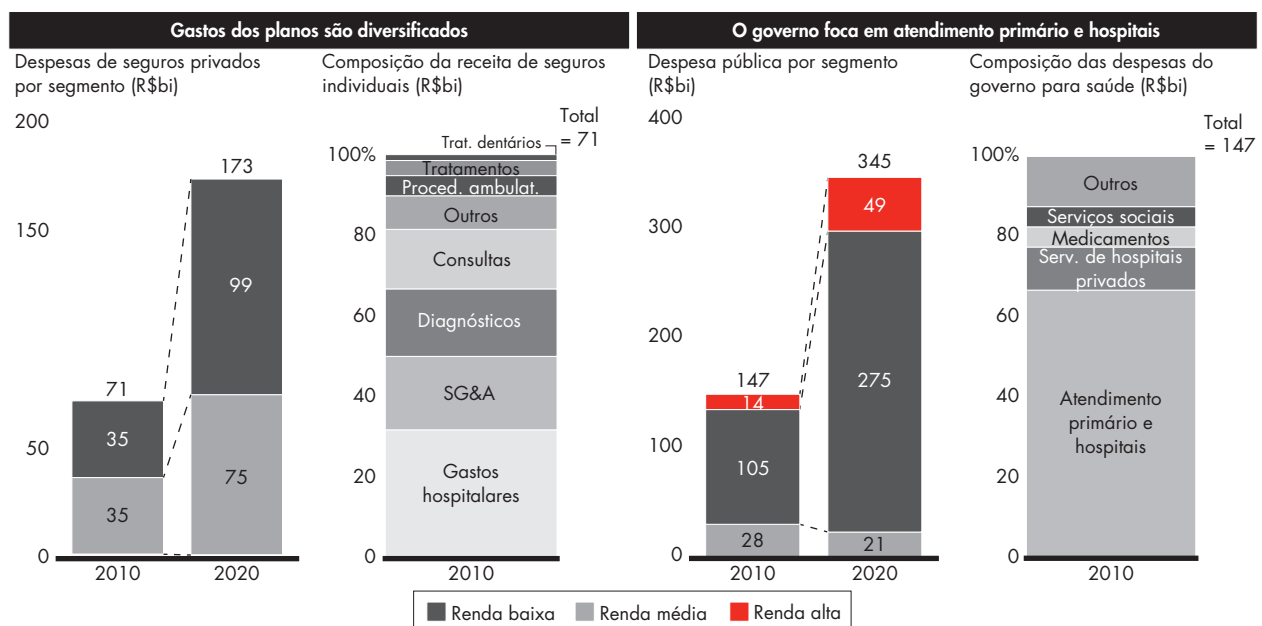
Muitas empresas estão também começando a migrar de planos empresariais com cobertura nacional para planos regionais, movimento que deverá se intensificar se a crise se agravar e pode representar uma oportunidade de crescimento para as seguradoras e operadoras, especialmente para as de baixo custo.

Nos últimos anos, as operadoras com opções de baixo custo já se distinguiram com taxas de crescimento consideravelmente acima da média do mercado, tendência que deverá se manter. As seguradoras São Francisco Saúde e Hapvida, por exemplo, aumentaram em 2 e 1,8 vezes, respectivamente, o seu número de beneficiários apenas nos últimos três anos (*Figura 19*).

Crescente pressão para gestão de custos

Para lidar com as pressões de custo dos benefícios de saúde, os pagadores privados começaram a buscar formas de reduzir os custos no curto e longo prazos através de vários programas e iniciativas como compras conjuntas de insumos de alto custo, maior gestão de doentes crônicos, foco em prevenção e programas de segunda opinião.

Figura 19: Evolução de beneficiários de empresas com plano de baixo custo



Programas de gestão de doentes crônicos têm como objetivo evitar a sinistralidade através de uma maior prevenção desse tipo de doença e maior monitoramento das doenças já existentes. Exemplos disso são os programas “PAC” (Apoio ao Paciente com Doenças Crônicas) da Intermédica e “Juntos pela Saúde” da Bradesco Saúde. Através de grupos de apoio e apoio individualizado, ambos os programas visam acompanhar mais de perto os doentes com doenças crônicas e melhorar sua qualidade de vida, facilitando o entendimento da doença, motivando um melhor gerenciamento da própria saúde e aumentando a adesão ao tratamento, levando a uma redução dos custos assistenciais com esses doentes. A Amil e a Unimed também já criaram centros especializados de apoio a doentes crônicos focados em doentes cardíacos, diabéticos, hipertensos e idosos. Os resultados divulgados mostram uma redução significativa do custo das operadoras com esses pacientes depois de dois anos de aderência ao programa.

A medicina preventiva é outro dos maiores focos das operadoras de saúde como ferramenta para reduzir os custos assistenciais dos beneficiários. Seguradoras procuram aumentar a conscientização dos seus beneficiários para a redução de comportamentos de risco e a manutenção de um estilo de vida saudável apoiado na prevenção de doenças. Palestras, cursos, materiais informativos, oficinas de qualidade de vida e campanhas de prevenção dentro dos estipulantes são algumas das iniciativas que constituem esses programas que apostam na mudança de mentalidade dos beneficiários de planos de saúde para a redução de custos médicos da seguradora no futuro. Assim como na gestão de pacientes crônicos, os resultados de iniciativas de prevenção são mais percebidos no longo prazo e a rotatividade da carteira de beneficiários é um desincentivo para altos investimentos por parte das seguradoras.

A Bradesco Saúde foi também uma das pioneiras do Projeto Coluna, um programa de segunda opinião desenvolvido através de uma parceria entre o Hospital Albert Einstein e algumas seguradoras com o objetivo de confirmar a necessidade de realizar cirurgias de coluna. Entre maio de 2011 e outubro de 2012, o hospital retirou da fila de cirurgia 72% dos pacientes que tinham recebido indicação cirúrgica desnecessariamente¹². Depois de uma segunda avaliação, esses pacientes foram encaminhados para tratamentos menos invasivos, melhorando a sua qualidade de vida e reduzindo os custos.

A operadora de saúde americana Kaiser Permanente é um dos exemplos de sucesso na gestão eficiente através da aposta na prevenção e do maior acompanhamento desde o atendimento primário, cuja efetividade é garantida com a ajuda do sistema de prontuários eletrônicos. No momento em que um paciente marca uma consulta, o médico tem acesso ao seu histórico clínico: exames, remédios receitados, opiniões dos outros médicos, entre outros. Esse fluxo e partilha de informações relevantes permite aos médicos entender em profundidade o contexto de cada paciente, ajudando-os a chegar a diagnósticos mais rápidos e recomendações médicas mais efetivas.

Por onde começar as mudanças? Como competir nesse mercado?

Discussões recentes entre prestadores, pagadores e a própria ANS sobre a evolução da saúde suplementar no Brasil antecipam as mudanças que serão necessárias para garantir a sustentabilidade do sistema. Soluções estas que recorrentemente passam por um conjunto de iniciativas como o fortalecimento do atendimento primário, a introdução de um cuidado integrado do paciente, a adoção de protocolos de atendimento, a melhor gestão da informação e até mesmo a introdução de métodos de pagamento que melhor alinhem os incentivos entre paciente, prestador e operadora.

Apesar de haver um alinhamento geral entre os interlocutores sobre onde se deseja chegar, ainda há bastante discussão sobre como se iniciar essa mudança. A maior fragmentação do sistema de saúde suplementar no Brasil traz dificuldades adicionais na comparação com o mercado americano, onde a verticalização entre pagadores e prestadores é mais presente. Os caminhos mencionados a seguir têm muita inspiração nas soluções adotadas nos EUA e em países da Europa, porém ainda carecem de adaptações para superar lacunas percebidas no contexto brasileiro.

Reforço do atendimento primário e programas de cuidados integrados

A fim de melhorar o encaminhamento de pacientes dentro da cadeia de serviços de saúde, é fundamental ter uma porta de entrada eficiente. Uma boa rede de atendimento primário funciona como filtro das demandas diárias dos pacientes e pode gerar economias de diversas maneiras: redução de visitas a prontos-socorros, uso mais eficiente de médicos especialistas, utilização de tratamentos menos invasivos, entre outros.

Unidades de atendimento primário em geral oferecem especialidades básicas como clínica geral, pediatria, ginecologia e ortopedia, e contam com exames simples para conferir maior resolubilidade ao diagnóstico do paciente. Também é fundamental a manutenção de um prontuário eletrônico consolidado a fim de não somente melhor tratar o paciente dado seu histórico, como também evitar a solicitação de exames desnecessários, uma das causas do aumento do gasto com diagnósticos. Essas clínicas passam a ser o ponto de referência para o paciente que, a depender do seguro contratado, deve passar por lá antes de seguir para outro nível de atendimento em saúde. Esse conceito é semelhante àquele das Unidades Básicas de Saúde do sistema público e do uso do *General Practitioner*, do Reino Unido.

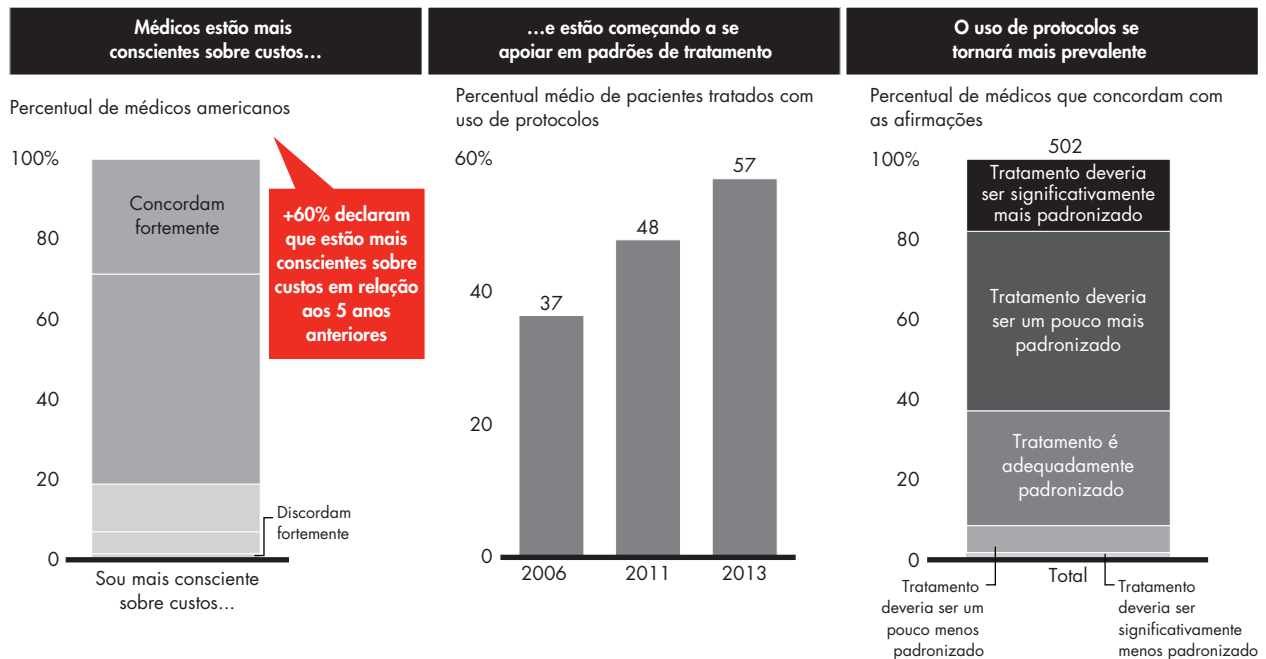
Diversas operadoras estão experimentando com o modelo no Brasil, enquanto algumas redes independentes foram criadas a fim de oferecer um atendimento mais rápido para situações mais corriqueiras. Hoje, o tempo de espera na fila de certas unidades de pronto-socorro de hospitais privados pode chegar a três horas, sendo que até 60% dos casos poderiam ser tratados por um clínico geral ou um médico de família. Modelos como Dr. Consulta, Dr. Agora e Clínica Minutos têm se expandido com muita força em grandes centros, atuando como prestadores particulares fora das redes de referenciados. Potenciais parcerias com operadoras poderiam agilizar a penetração desse modelo e trazer benefícios de custo no curto prazo. Será importante entretanto alinhar o método de pagamento, principalmente focando em resultado, uma vez que não se deseja gerar incentivos para consultas e exames desnecessários e, tampouco, oferecer tratamento de menor qualidade.

Além dos programas já mencionados de gestão de crônicos por parte dos pagadores, a oferta por parte dos prestadores de serviços integrados que vão além do cuidado do episódio agudo é um dos caminhos para aumentar o portfólio de serviços oferecidos em unidades com infraestrutura mais simples e adequada às necessidades, rentabilizando o investimento realizado. A integração com centros de acompanhamento de crônicos e de terapia (ex.: oncológica, fisioterapia, hemodiálise etc.), programas de nutrição acompanhada, *home care*, hospitais de retaguarda e clínicas de longa permanência traz benefícios ao tratamento do paciente no médio prazo e representa uma oportunidade de novos negócios para hospitais, que podem expandir sua oferta para pacientes, enquanto liberam leitos e equipamentos mais caros para outros tratamentos de cunho agudo.

Expansão do uso de protocolos de atendimento

Um dos pontos críticos para que iniciativas de atendimento primário e outras de gestão de custo hospitalar funcionem é a adoção de protocolos de atendimento. Estes são metodologias testadas e descritas para atacar uma gama de diagnósticos mais comuns considerando o uso mais eficiente dos recursos médicos disponíveis. Em geral são desenhados ou cancelados por grandes instituições como a OMS, associações de médicos, universidades ou até mesmo por hospitais de renome que evoluíram em suas práticas médicas.

Os médicos estão cada vez mais conscientes dos custos e reconhecendo os benefícios fornecidos por diretrizes de atendimento (*Figura 20*). Em pesquisa feita pela Bain em 2011 nos EUA, mais de 80% dos médicos concordam que eles têm um papel importante no controle de custos. Essa nova consciência sobre a redução de custos está refletida também no aumento de tratamentos que seguem protocolos pré-estabelecidos. Entre 2006 e 2013, a taxa de casos com aplicação de protocolos aumentou de 37% para 57%. Os médicos entrevistados esperam uma continuação dessa tendência.

Figura 20: Pesquisa sobre conscientização de médicos sobre gestão de custos

No Brasil, entrevistas apontam que ainda existe oportunidade para aumentar o uso de protocolos pré-acordados entre médico, hospital e seguradoras, e que a mensuração e divulgação de resultados clínicos ainda são baixas. Entretanto, a adoção da metodologia do Triple Aim, do *Institute for Healthcare Improvement*, nos hospitais brasileiros tem impulsionado a discussão sobre protocolos a fim de alcançar uma sustentabilidade de custos enquanto se atinge um resultado de qualidade e se oferece uma boa experiência para o paciente. Em geral, operadoras que tiveram maior sucesso na adoção de protocolos nos seus processos de autorização e auditoria contaram com a participação de médicos em painéis de discussão de casos clínicos, a fim de restabelecer a confiança entre as partes e garantir custos sustentáveis dentro de padrões adequados de tratamento.

Pilotos de novos métodos de pagamento

Finalmente, acreditamos que somente com uma gestão rigorosa de custos do sistema de saúde seja possível reverter essa tendência de aumento de gastos. Em geral, discussões passam por estabelecer modelos que configurem uma relação entre resultado e pagamento.

O modelo de pagamento por evento (*fee-for-service*) através de códigos de DRGs, ou *Diagnosis Related Groups*, é a base dos sistemas americanos e de muitos países da Europa. Criado na década de 1980, o sistema de codificação por grupos relacionados leva em consideração o diagnóstico e a comorbidade do paciente. O DRG cria um primeiro patamar de custos comparáveis para cada evento, de forma que prestadores busquem realizar o atendimento seguindo protocolos que permitam o controle de custo dentro do limite estabelecido. A evolução desse modelo foi a introdução do componente de performance no pagamento, garantindo que prestadores possam ser recompensados por resultados dentro ou acima da média.

No Brasil, mesmo sem a adoção dos DRGs, o uso de protocolos conhecidos é o primeiro passo também para o empacotamento de procedimentos, onde se estabelece um preço único para determinados tipos de evento, como, por exemplo, parto cesáreo ou tratamento de cálculo renal. A possibilidade de padronização do tratamento reduz a variabilidade no custo, permitindo que os prestadores de serviços tomem para si uma parte do risco. Quanto mais especializado o hospital nesses protocolos, melhor sua gestão e eficiência de custo, fazendo com que sua rentabilidade nesses procedimentos seja ainda maior.

Uma evolução que observamos nos EUA é a criação de *accountable care organizations*. A ACO é uma organização de saúde que se caracteriza por um modelo de entrega que vincula os pagamentos com métricas de qualidade e redução do custo total de atendimento para uma população de pacientes. Um grupo de hospitais, médicos e outros prestadores e profissionais de saúde coordenados forma uma ACO que, em seguida, oferece atendimento a um grupo de pacientes. A ACO pode utilizar uma série de modelos de pagamento (por exemplo, pacotes por episódios, captação ou com economias compartilhadas assimétricas ou simétricas). A ACO coloca um grau de responsabilidade financeira sobre os fornecedores, na esperança de melhorar a gestão do cuidado e limitar gastos desnecessários enquanto continua a fornecer aos pacientes a liberdade de escolher os seus serviços médicos. O sucesso do modelo da ACO depende de sua capacidade de incentivar hospitais, médicos e outros fornecedores envolvidos a se unirem e facilitarem a coordenação da prestação de cuidados.

É importante notar, entretanto, que a adoção desses métodos de pagamento diferenciados nos EUA e na Europa foi possível muito por conta da presença do governo como pagador de contas de saúde geradas por prestadores privados. A relevância do *Medicare* e *Medicaid* nas receitas dos hospitais tornou mandatória então a sua utilização. No Brasil, a participação do governo nos gastos é semelhante, porém apenas alguns pilotos de DRG foram realizados em alguns hospitais privados com o suporte da ANS, até o momento com a intenção de mapear o perfil de utilização das unidades. Acelerar esse processo passa a ser então responsabilidade dos pagadores privados. Aqueles pagadores verticalizados têm maior facilidade na adoção desses mecanismos, enquanto as seguradoras, que não podem ter prestadores em sua estrutura, dependeriam de pilotos com os prestadores mais representativos para iniciar essa mudança.

Melhor gestão da informação

Fundamental para avançar na gestão do sistema de saúde—e na implantação de todas as iniciativas listadas acima—é ter maior acesso a informações estruturadas de utilização, resultados e gastos. Isso possibilitaria maior transparência da distribuição dos custos no sistema, difusão de melhores práticas de gestão e mensuração do custo-benefício de programas. Nos EUA, o compartilhamento de informações a partir de órgãos como o HCCI (*Health Care Cost Institute*) é fundamental para suportar gestão estratégica dos prestadores—na busca por práticas de maior eficiência—, pagadores—na melhor hierarquização da sua rede—e agora até mesmo os pacientes—através de sites como *Guroo.com* ou *Amino.com*, que disponibilizam preços e perfil de procedimentos pré-selecionados na região.

No Brasil, para começar, é necessário introduzir dentro dos prestadores um modelo de captura estruturada de dados na origem: diagnósticos, indicações médicas e, por fim, informações dos diferentes itens de custo. Atualmente há pouca visibilidade dentro dos hospitais do custo médio de eventos, o que inviabiliza programas mais sólidos de melhorias operacionais, a seleção dos melhores protocolos e até mesmo a revisão do portfólio de produtos a ser focado pelo prestador. Uma vez estruturada a informação, o próximo passo é o compartilhamento entre prestadores e pagadores de forma a criar a base para decisões estratégicas, de ambos os lados. Nesse aspecto, o que se vê é um clima de falta de confiança em como tais dados seriam utilizados e preocupação com a busca indiscriminada por um baixo custo, em detrimento dos resultados para o paciente. A ANS está buscando atuar nesse meio de campo, lançando no final de 2015 o D-TISS, que, com base nas informações compartilhadas por diversas operadoras de saúde, compara o custo de procedimentos regionalmente. A dificuldade na captura da informação

do diagnóstico (através do campo CID) ainda será um desafio para se precificar o evento como um todo e não somente procedimentos isoladamente. A FenaSaúde também estabeleceu como seu objetivo para 2016 evoluir no compartilhamento dos dados entre as operadoras.

No longo prazo, apenas modelos de negócio transformacionais serão capazes de capitalizar as novas ondas de crescimento da indústria de saúde e, ao mesmo tempo, garantir a sustentabilidade em custos. Maior colaboração entre governo, pagadores, prestadores e pacientes será fundamental para realinhar os incentivos. A realização de pequenos pilotos pode ser uma boa maneira de restabelecer a confiança entre todas as partes e, ao mesmo tempo, promover a mudança gradual do sistema, permitindo ajustes ao longo da trajetória.

Como a Bain pode ajudar

A Bain já auxiliou clientes do setor de saúde em mais de 2.400 projetos globalmente, com um forte foco no desenvolvimento de estratégias ganhadoras. Desenvolvemos perspectivas inovadoras sobre como a saúde irá evoluir e acreditamos que o aumento de interconectividade entre as partes envolvidas exige uma capacidade de oferecer soluções de saúde integrada. Temos uma compreensão completa da cadeia de valor da saúde—não só no Brasil, mas no mundo inteiro. 

-
- 1 Notícia publicada em 30 de abril de 2014 em: <http://www.cnseg.org.br/fenasauade/servicos-apoio/noticias/saude-suplementar-convive-com-paradoxo-tecnologico-diz-economista.html>
 - 2 ANS (fontes citadas pela ANS: Ministério da Saúde/SINASC, SIP/ANS, OECD Health Data 2012)
 - 3 Observatório Anahp, edição 2/2010; Observatório Anahp edição 4/2014
 - 4 Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_20130410.pdf
 - 5 Relatório “RUTE 100 – As 100 primeiras unidades de Telemedicina no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE)” do programa Nacional de Telessaúde Aplicado à Atenção Primária de 2014; atualmente os núcleos desenvolvem telediagnósticos em Cardiologia (ECG, Holter, Mapa), Radiologia, Oftalmologia (Retinografia), Pneumologia (Espirometria) e Dermatologia. O telediagnóstico é realizado hoje em 10 estados brasileiros: Amazonas, Bahia, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Goiás, Espírito Santo, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.
 - 6 Disponível em: <http://www.valor.com.br/empresas/3625970/hospitais-fecham-maternidades-no-pais>
 - 7 Disponível em: <http://www.einstein.br/Hospital/ortopedia-e-reumatologia/Noticias/projeto-coluna-reduz-cirurgias-desnecessarias.aspx>
 - 8 Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/01/1580377-internacao-de-pacientes-em-casa-avanca-no-pais.shtml>
 - 9 Considera apenas hospitais da Anahp
 - 10 Núcleo nacional das empresas de serviços de atenção domiciliar
 - 11 Disponível em: http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2014/07/23/internas_economia,550952/vitalis-assume-plano-de-saude-da-santa-casa-e-deve-manter-mesma-rede-credenciada.shtml
 - 12 Disponível em: <http://www.einstein.br/Hospital/ortopedia-e-reumatologia/Noticias/projeto-coluna-reduz-cirurgias-desnecessarias.aspx>
-



Shared Ambition, True Results

Bain & Company é a empresa de consultoria global que os líderes de negócios procuram quando buscam resultados duradouros.

Além disso, nós nos preocupamos tanto quanto eles sobre como alcançá-los. Juntos, encontramos o valor além das fronteiras, desenvolvemos ideias e conhecimentos práticos e implementáveis e motivamos toda a equipe para trilhar o caminho para o sucesso.

Somos apaixonados por indicar o caminho certo para nossos clientes, colegas e comunidades, mesmo que não seja o mais fácil.

Para mais informações, visite www.bain.com.br

AMSTERDÃ • ATLANTA • BANGALORE • BANGCOC • BOSTON • BRUXELAS • BUENOS AIRES • CHICAGO • CIDADE DO MÉXICO • CINGAPURA • COPENHAGUE • DALLAS • DUBAI
DÜSSELDORF • ESTOCOLMO • FRANKFURT • HELSINQUE • HONG KONG • HOUSTON • ISTAMBUL • JACARTA • JOHANNESBURGO • KIEV • KUALA LUMPUR • LAGOS • LONDRES
LOS ANGELES • MADRI • MELBOURNE • MILÃO • MOSCOU • MUMBAI • MUNIQUE • NOVA DELI • NOVA IORQUE • OSLO • PALO ALTO • PARIS • PEQUIM • PERTH
RIO DE JANEIRO • ROMA • SÃO FRANCISCO • SANTIAGO • SÃO PAULO • SEUL • SHANGHAI • SYDNEY • TÓQUIO • TORONTO • VARSÓVIA • WASHINGTON, D.C. • ZURIQUE