

Crise econômica e sanitária e desempenho dos planos e seguros de saúde: similaridades e singularidades entre Brasil e Estados Unidos

Economic and sanitary crisis and performance of health and insurance plans: similarities and singularities between Brazil and the United States

Crisis económica y sanitaria y desempeño de los planes y seguros de salud: similitudes y singularidades entre Brasil y EE.UU.

Danielle Conte Alves Riani Costa ^{1,2}
Ligia Bahia ¹

doi: 10.1590/0102-311XPT000122

Resumo

A crise econômica deflagrada nos Estados Unidos em 2008 e suas repercussões no Brasil a partir de 2014, se superpuseram à crise sanitária desencadeada pela pandemia de COVID-19. Considerando esses três intervalos temporais, este artigo analisa a suscetibilidade de empresas de planos e seguros de saúde a ciclos econômicos recessivos, tanto no Brasil como nos Estados Unidos. Há evidências sobre as relações entre períodos de crise econômica e retração de ações e serviços em sistemas nacionais de saúde. Contudo, os Estados Unidos e o Brasil assistiram ao crescimento da adesão a planos e seguros de saúde. Os vetores que impulsionam a expansão do mercado privado nos dois países possuem similaridades e singularidades. O “Obamacare” marca o início da inclusão de segmentos populacionais às coberturas de programas que se valem de esquemas assistenciais privados, financiados com recursos governamentais. No Brasil, apesar de índices econômicos gerais negativos e de corte no orçamento público para saúde, constatou-se que as empresas de planos de saúde ampliaram receitas e lucros, mesmo no contexto da pandemia e de aprofundamento da crise econômica no país. As estratégias empresariais de atração de investidores estrangeiros combinaram-se com a atuação para obtenção de créditos junto a instituições públicas e ampliação de deduções e isenções fiscais, preservando ganhos financeiros. A comparação entre os impactos da crise financeira nos mercados privados de saúde brasileiro e americano permitiu identificar as fragilidades do nosso sistema público universal absorvido pela racionalidade do mercado.

Sistemas de Saúde; Saúde Suplementar; Planos de Pré-Pagamento em Saúde; Seguro Saúde; Recessão Econômica

Correspondência

D. C. A. R. Costa
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Av. Horácio Macedo s/n, Rio de Janeiro, RJ 21941-598, Brasil.
danielle.conte@gmail.com

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

Em 2008, o abalo sofrido pela economia americana provocou uma crise econômica de proporções mundiais, a partir do colapso do sistema bancário norte-americano desencadeado pelo endividamento das famílias e a quebra de bancos do setor de seguros imobiliários. O país vivenciou um longo período de recessão com queda do nível de renda e do consumo, fechamento de empresas e demissões em massa, em um contexto de desconfiança do mercado financeiro mundial e de retração de investimentos ¹.

Embora a instabilidade decorrente da crise econômica tenha se alastrado rapidamente por países europeus e seus efeitos no Brasil tenham provocado a desaceleração da economia por dois trimestres consecutivos, a rota de crescimento foi mantida até as eleições de 2010. Entre 2011 e 2014, a economia nacional passou por um período de desaceleração, com o início da recessão econômica nesse ano ². Uma das principais medidas adotadas para a restrição do investimento público e o contingenciamento de despesas primárias federais foi o congelamento de gastos sociais durante 20 anos, instituído pela *Emenda Constitucional nº 95*, em 2016 ³. Entre eles, encontravam-se os gastos com saúde, constringindo o já insuficiente montante de recursos destinado ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) ^{4,5}.

Em 2020, a economia global foi gravemente afetada pela pandemia de COVID-19, que acarretou a maior contração do Produto Interno Bruto (PIB) e do comércio desde a Grande Depressão nos anos 1930. Problemas estruturais e crônicos da economia mundial, baseada em padrões de produção, distribuição e consumo não-sustentáveis, ficaram ainda mais evidentes. Os impactos econômicos, sociais e sanitários da pandemia agravaram as desigualdades existentes no Brasil e em países da América Latina, a região com os maiores índices de desigualdade do mundo ⁶.

Desde o início da crise econômica originada nos Estados Unidos, diversos estudos, especialmente em países europeus, se propuseram a analisar as consequências da crise financeira e da austeridade fiscal sobre aspectos relacionados à saúde e aos sistemas de saúde ⁷, inclusive os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre os sistemas de saúde ^{8,9}. No entanto, os impactos das crises econômicas – de 2008, 2014 e 2020 – e da crise sanitária sobre o mercado privado de saúde, bem como as consequências para o sistema de saúde brasileiro, ainda são pouco explorados.

Quando se trata de analisar os efeitos da crise econômica no setor privado de saúde, a comparação entre as empresas de planos de saúde brasileiras e as seguradoras norte-americanas é oportuna. Ambos os países possuem mercados de saúde expressivos e gastos privados elevados, além de semelhanças na forma de financiamento privado, baseado em planos e seguros de saúde individuais ou em grupo ^{10,11}.

O alicerce ideológico de um sistema de saúde pode ser fundamentado em princípios igualitários, em que o acesso aos cuidados em saúde é entendido como direito do cidadão, sem estratificação por critérios de renda e riqueza; ou pautado no liberalismo econômico, no qual o acesso aos cuidados em saúde é racionado pela capacidade de pagar, visto como parte do sistema de recompensa da sociedade, de modo que o indivíduo possa usar a sua renda para ter acesso a melhores cuidados em saúde ¹². No Brasil, os princípios igualitários estão presentes na criação do sistema público de saúde de acesso universal; no entanto, 28,5% da população está vinculada a planos privados de saúde, médicos e/ou odontológicos ¹³.

Não obstante o percentual do PIB destinado ao gasto total com saúde no Brasil (9,5%) ter alguma proximidade com a média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (12%), o componente do gasto privado em saúde no Brasil é superior ao gasto público (58,2% do total de gastos em saúde). Nos Estados Unidos, cerca de 50% do total de gastos em saúde advém da iniciativa privada. Por outro lado, a média de gastos públicos em saúde entre os países da OCDE é de 62%. Em países como Suécia e Grã-Bretanha, que apresentam sistemas de proteção social, 80% dos gastos em saúde são financiados com recursos públicos ¹⁴.

Ao contrário da maior parte dos países que possui elevada proporção de gastos privados pela predominância de gastos diretos, efetuados para pós-pagamento de atividades assistenciais e medicamentos, no Brasil o maior percentual de gasto privado se refere a gastos com planos de saúde. Entre 2000 e 2017, a proporção de gastos com planos privados aumentou de 20 para 29%, enquanto se observou estagnação do gasto público com saúde ¹⁵. Evidencia-se, ainda, incremento do gasto tributário com planos de saúde, o qual saltou de BRL 4,4 bilhões para BRL 11,9 bilhões, entre 2003 e 2018 ¹⁶.

As evidências demonstram que, em períodos econômicos recessivos, as grandes empresas de planos e seguros de saúde mantêm desempenho favorável, fenômeno que merece ser estudado para melhor compreensão.

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar os impactos das crises financeiras – iniciada em 2008, nos Estados Unidos, e em 2014, no Brasil –, bem como da crise econômica e sanitária deflagrada pela pandemia de COVID-19, no desempenho de empresas privadas de planos e seguros de saúde, tanto brasileiras como norte-americanas, a fim de contribuir para a reflexão e o debate sobre a suscetibilidade dessas empresas aos ciclos econômicos e as suas consequências para o sistema de saúde brasileiro.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória, que levantou informações sobre indicadores socioeconômicos e o desempenho econômico-financeiro de empresas de planos de saúde brasileiras e americanas a partir da crise econômica iniciada em 2008, nos Estados Unidos, e em 2014, no Brasil, e aprofundada pela crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19.

Procedeu-se à pesquisa de artigos em bases de dados eletrônicas e sítios de busca na internet, publicações, consulta a documentos oficiais e dados secundários disponíveis em fontes governamentais nacionais e americanas, bem como dados divulgados pelo Banco Mundial¹⁷. Além disso, foi realizada busca por balanço de empresas, análises financeiras elaboradas por consultorias empresariais especializadas no setor privado de saúde e notícias correlatas, veiculadas pela mídia especializada e comercial, que versavam sobre a temática em questão.

As fontes governamentais nacionais consultadas incluíram órgãos dos poderes Judiciário, Legislativo e Executivo, sendo este representado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)^{18,19,20,21}, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde responsável pela regulação dos planos e seguros privados. Quanto aos Estados Unidos, foram consultados dados divulgados por órgãos do governo norte-americano^{22,23}.

Resultados

Consumidores de planos de saúde e indicadores econômicos

Análises das séries históricas comparando indicadores econômicos e dados do setor de planos e seguros de saúde no Brasil e nos Estados Unidos permitem identificar que a variação no número de clientes tende a acompanhar as oscilações na variação do PIB e dos empregos formais (Figuras 1 e 2).

No Brasil, desde o advento da agência reguladora em 2000, a quantidade de consumidores de planos de assistência médica, individuais e coletivos com ou sem cobertura odontológica, aumentou consideravelmente até 2014, tendo passado de 30,5 para 50,5 milhões nesse período.

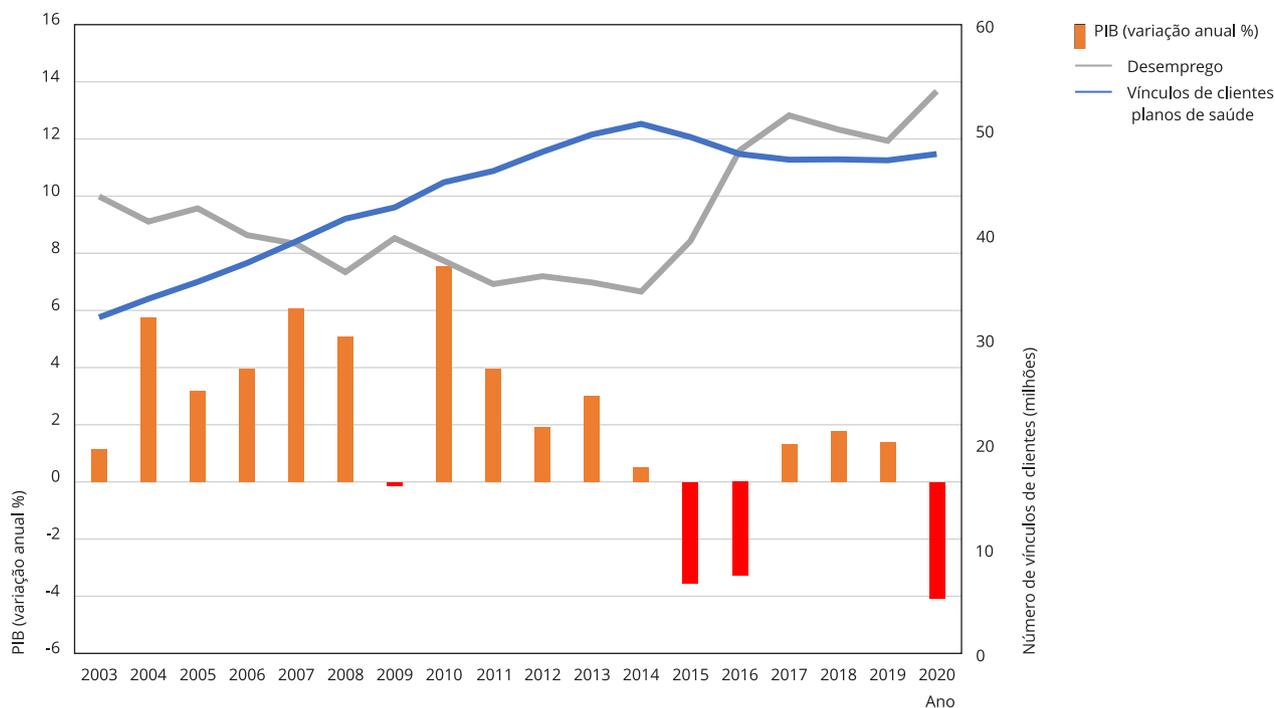
Apesar dos efeitos imediatos da crise mundial de 2008 no Brasil terem acarretado a queda do PIB por dois trimestres consecutivos, e a retomada do crescimento econômico no país, posteriormente², o número de consumidores continuou crescendo. Somente a partir de 2014, a conjuntura recessiva que atravessou o país restringiu a ampliação do mercado de planos privados de saúde. Com isso, em 2017, o número de consumidores chegou a 47,1 milhões (Figura 1).

O incremento da população assistida por planos de saúde até 2014 justifica-se pela maior formalização do emprego no período, principalmente por essa questão ser pauta das reivindicações das classes trabalhadoras, além do incentivo da mídia ao noticiar a melhor assistência prestada pelo setor privado²⁴.

Durante a crise econômica, a queda nas contratações pode ser explicada pelo aumento do desemprego, que impactou na redução dos planos coletivos para trabalhadores formais, além da perda dos planos individuais pelos profissionais autônomos e clientes que não tiveram condições de continuar arcando com as mensalidades.

Figura 1

Comparação entre indicadores econômicos (variação percentual do PIB e da taxa de desemprego) e número de vínculos de clientes a planos e seguros privados de saúde. Brasil, 2003 a 2020.



PIB: Produto Interno Bruto.

Fonte: elaboração própria a partir de indicadores econômicos divulgados pelo Banco Mundial ¹⁷ e de informações sobre vínculo de clientes a planos de saúde divulgadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ¹⁸.

O número de contratações voltou a aumentar em 2020, no período inicial da pandemia de COVID-19. Ao contrário do que ocorreu na crise de 2014, a queda do PIB durante a crise sanitária não ocasionou a redução dos clientes, uma vez que o setor retomou o seu crescimento (Figura 1). Uma possível explicação foi a maior expectativa de acesso à rede assistencial privada diante da formação de filas para atendimento e internação no SUS, conforme noticiado e apontado na literatura ⁸.

Dados divulgados pela ANS apontaram o incremento de mais de 1 milhão de clientes no período de um ano. Em maio de 2021, o setor alcançou 48,3 milhões de clientes em planos médico-hospitalares e recuperou o patamar registrado em julho de 2016. O crescimento ocorreu em todas as modalidades de contratação do plano, principalmente nos planos coletivos empresariais e entre idosos ^{18,19}.

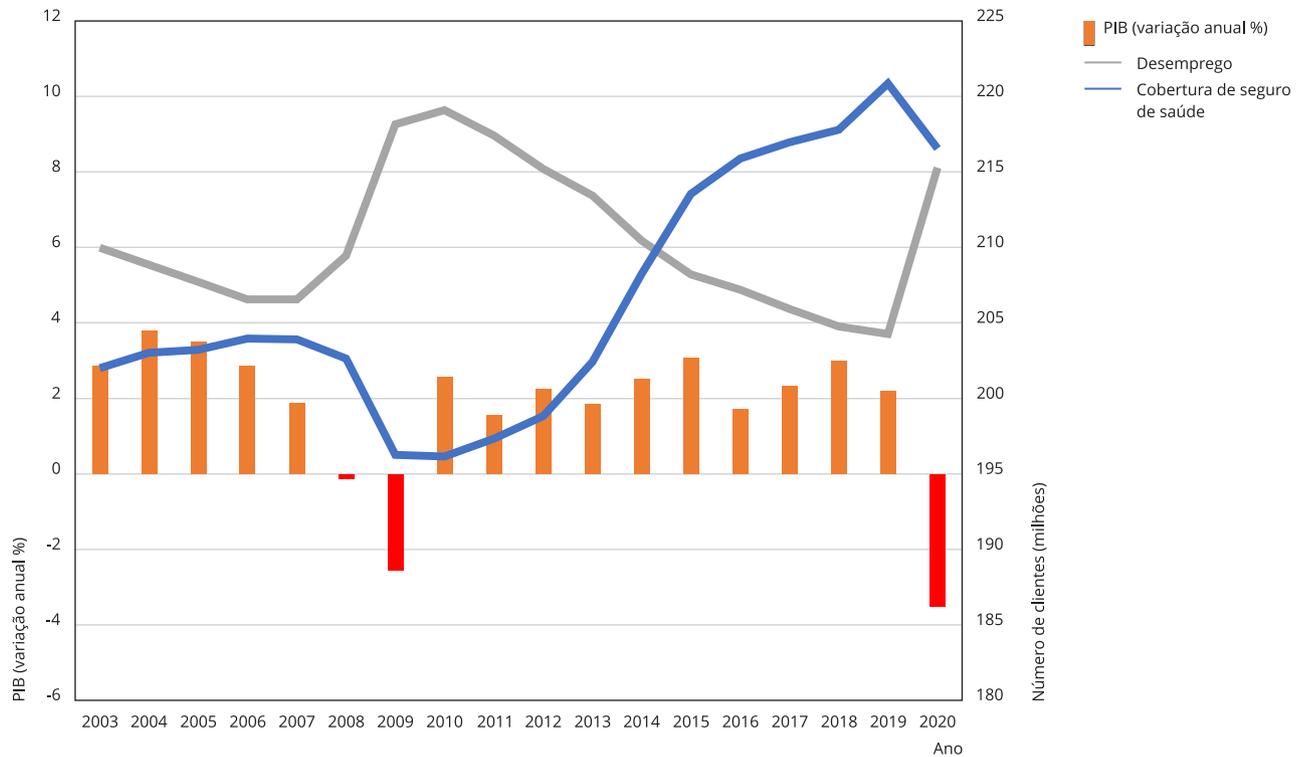
Quanto à economia norte-americana, a queda do PIB e o aumento da taxa de desemprego após a crise de 2008 também impactaram na redução do número de clientes de seguros de saúde, com retomada do crescimento somente a partir de 2011. Em 2014, o número de clientes segurados ultrapassou a marca anterior à crise (Figura 2).

Em 2019, um total de 220,8 milhões de americanos (Figura 2), ou seja, 67% da população, estavam cobertos por um plano privado de saúde, sendo 55% de planos corporativos e 12% de planos individuais ²². Em 2020, ocorreu redução de 2% no número de clientes segurados em relação ao ano anterior (Figura 2).

É flagrante o impacto das taxas de desemprego na cobertura por planos de saúde. Em 2008, 3,9 milhões de americanos deixaram de ter plano privado, enquanto no período de fevereiro a maio de 2020, esse número chegou a 5,4 milhões de americanos ²⁵.

Figura 2

Comparação entre indicadores econômicos (variação percentual do PIB e da taxa de desemprego) e número de clientes de seguros privados de saúde. Estados Unidos, 2003 a 2020.



PIB: Produto Interno Bruto.

Fonte: elaboração própria a partir de indicadores econômicos divulgados pelo Banco Mundial ¹⁷ e de informações sobre cobertura de seguro de saúde divulgadas pelo United States Census Bureau ²².

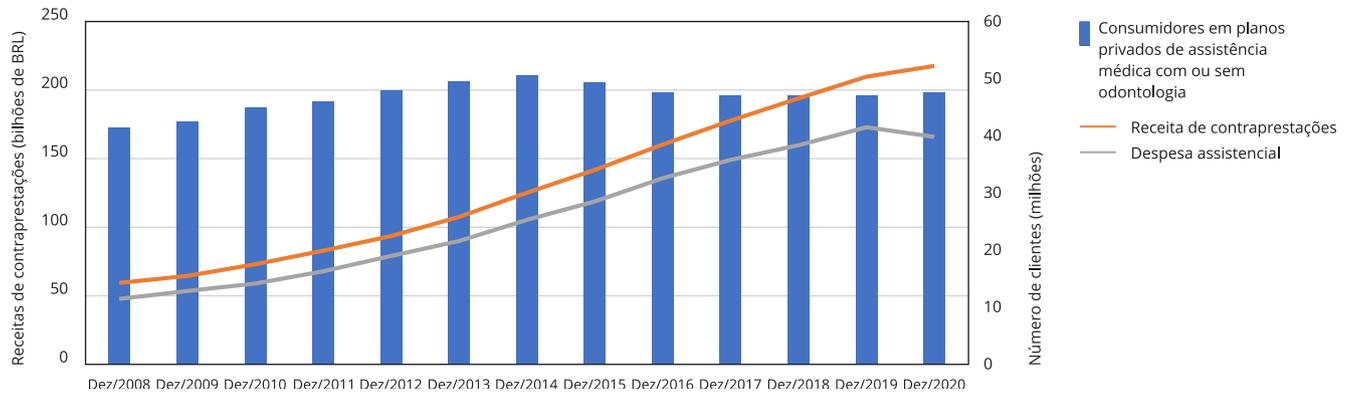
A comparação entre os indicadores guarda similaridades e particularidades. Em ambos os países, foram observados o aumento da taxa de desemprego e a redução do número de consumidores a partir da crise econômica de 2008, nos Estados Unidos, e da crise de 2014, no Brasil. No entanto, após a crise no Brasil, o número de consumidores de planos de saúde e a taxa de desemprego não retornaram aos patamares pré-crise. Nos Estados Unidos, após a recuperação da economia e passados alguns anos, a quantidade de consumidores superou os patamares pré-crise e a taxa de desemprego foi diminuindo, de modo a apresentar resultado mais favorável no início da pandemia de COVID-19 do que no começo da crise de 2008. Ao contrário do que ocorreu no Brasil, o número de segurados nos Estados Unidos reduziu no primeiro ano da pandemia (Figuras 1 e 2).

Dados econômico-financeiros das empresas

A Figura 3 demonstra que a redução do número de clientes no período de recessão econômica no Brasil, de 2014 a 2016, não constituiu óbice para o aumento das receitas das empresas de planos de saúde provenientes das mensalidades pagas pelos clientes, tampouco para a redução das despesas assistenciais. O distanciamento entre as curvas de receita e despesa observado entre 2014 e 2019 sugere a ocorrência do mesmo padrão identificado entre as seguradoras americanas que utilizaram mecanismos como o aumento no valor médio dos prêmios, cancelamento de contratos, atrasos nos pagamentos e investimentos no mercado financeiro ^{26,27}.

Figura 3

Número de vínculos de consumidores a planos privados de saúde e dados econômico-financeiros das empresas de planos de saúde (receitas de contraprestações pecuniárias e despesas assistenciais). Brasil, dezembro de 2008 a dezembro de 2020.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ¹⁸.

A comparação entre o número de clientes e o desempenho contábil-financeiro das empresas brasileiras permite identificar que, em todo o período analisado, as receitas das empresas apresentaram aumento anual, com o cenário mais favorável no primeiro ano da pandemia. Nesse momento, ocorreu aumento da receita e redução das despesas em relação ao ano anterior (Figura 3), devido à redução do índice de sinistralidade decorrente da queda na realização de procedimentos eletivos e das medidas de isolamento social.

O ranking das empresas de seguro-saúde dos Estados Unidos, elaborado com base nas receitas obtidas em 2020, corrobora a tese de que a pandemia de COVID-19 não impactou negativamente no mercado privado de saúde. A maior seguradora do país, UnitedHealth Group, angariou o total de USD 257 bilhões, mais do que o dobro da seguradora Anthem, a qual aparece em segundo lugar na classificação ²⁸ (Figura 4).

No Brasil, apesar da redução do número de contratos após o início da crise, notícias veiculadas pela grande imprensa e informações divulgadas pela ANS e por empresas de consultoria sobre o balanço financeiro das empresas de planos de saúde, demonstram que estas continuaram obtendo lucros no período de recessão econômica ^{18,29,30,31,32,33}. A Qualicorp, maior administradora de benefícios do país, por exemplo, encerrou o ano de 2017 com lucro contábil de BRL 397 milhões, 3,6% a mais do no ano anterior, a despeito da redução de 47% na carteira de clientes e do decréscimo na receita líquida total. Em 2018, o lucro líquido contábil também ficou acima do observado no ano anterior ³⁴.

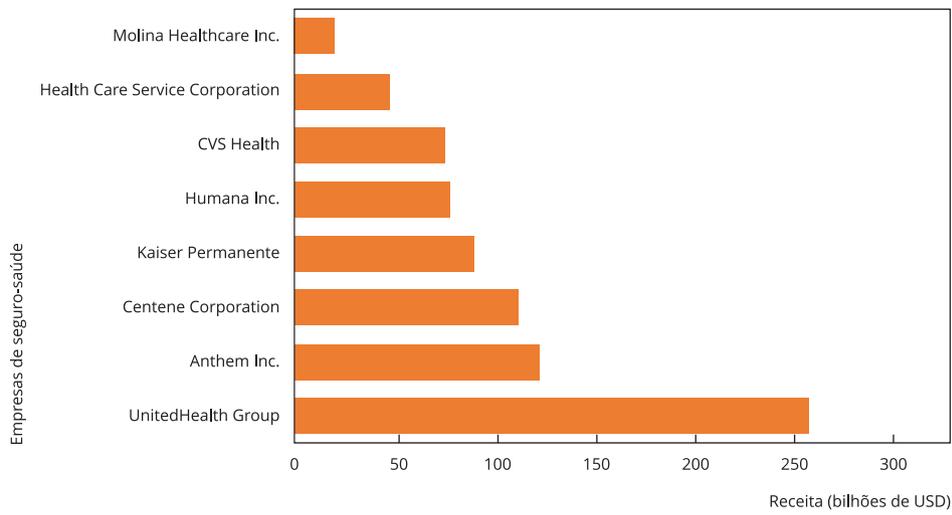
Os efeitos podem ser constatados ao analisar as margens de lucro líquido, tanto das empresas de planos de saúde que prestam assistência médico-hospitalar quanto daquelas exclusivamente odontológicas, com destaque para as últimas, que apresentaram lucros mais elevados no período analisado, dobrando a margem de lucro no ano de 2020 (Figura 5). Esse fato se justifica pela redução ainda mais expressiva dos atendimentos nesse grupo de empresas, devido ao risco de contaminação durante a realização dos procedimentos de saúde bucal.

Nos Estados Unidos, em 2009, as seguradoras de saúde aumentaram seus lucros em 56% em meio à recessão econômica, a despeito da redução de 2,7 milhões de clientes. No mesmo ano, as cinco maiores seguradoras à época lucraram USD 12,2 bilhões, tendo a Cigna auferido lucro de 346% em relação ao ano anterior ²⁶, conforme demonstrado na Figura 6.

Durante a pandemia de COVID-19, foi observado o mesmo cenário favorável para o crescimento das seguradoras americanas, que lograram lucros até duas vezes maiores. Na comparação entre o segundo trimestre de 2019 e o segundo trimestre de 2020, o lucro líquido da CVS Health (proprietária

Figura 4

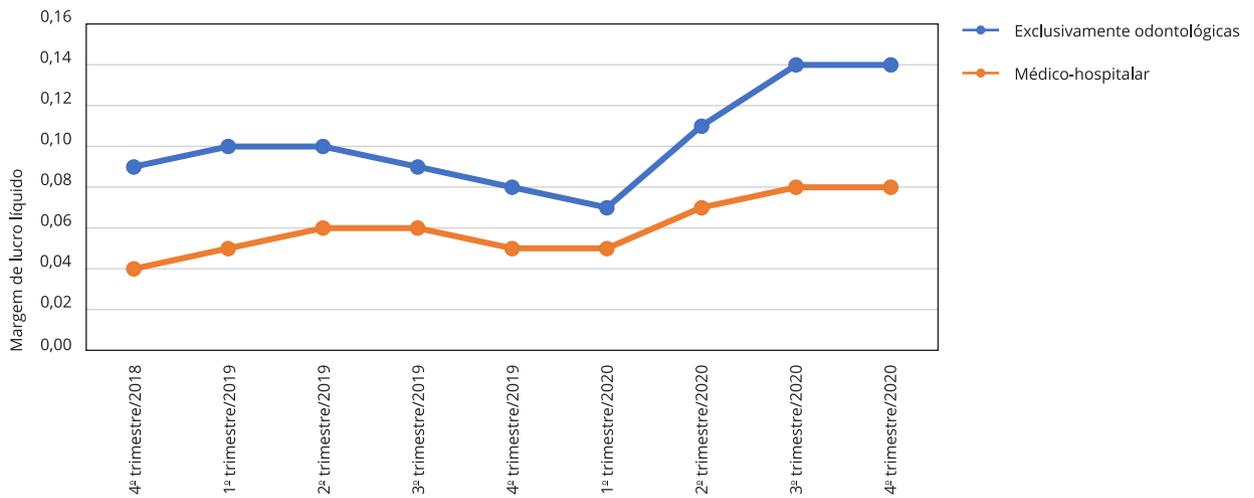
Receita das maiores seguradoras de saúde norte-americanas em 2020.



Fonte: elaboração própria a partir das informações publicadas por Price ²⁸.

Figura 5

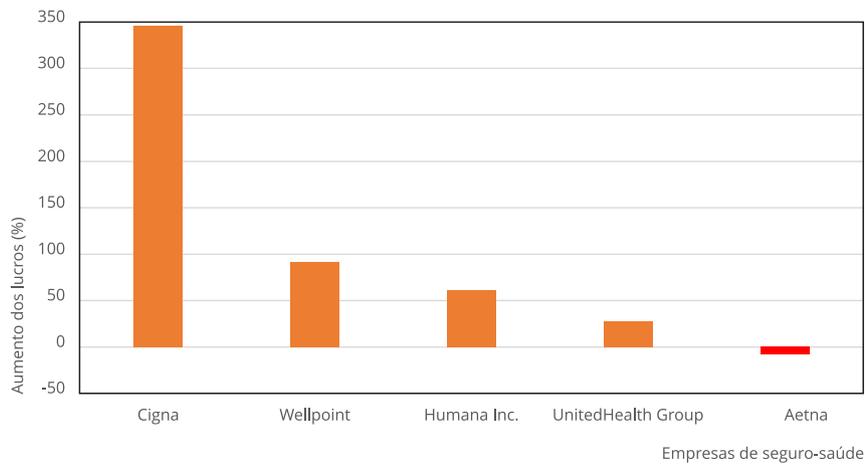
Margens de lucro líquido das empresas de planos de saúde médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas. Brasil, do 4º trimestre de 2018 ao 4º trimestre de 2020.



Fonte: elaborado a partir de dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ²¹.

Figura 6

Aumento dos lucros de seguradoras americanas, em relação ao ano anterior. Estados Unidos, 2009.



Fonte: elaboração própria a partir de informações divulgadas por Health Care for American Now ²⁶.

da Aetna) cresceu cerca de USD 1 bilhão, chegando a USD 3 bilhões. No mesmo período, a Anthem ampliou seu lucro líquido de USD 1,1 bilhão para USD 2,3 bilhões, e a UnitedHealth Group, de USD 3,4 bilhões para USD 6,7 bilhões ^{35,36}.

O adiamento de procedimentos eletivos durante a pandemia ocasionou a redução inédita de despesas das empresas norte-americanas de seguro-saúde. A sinistralidade em planos privados individuais e corporativos, que havia crescido entre 2018 e 2019, sofreu redução de dois pontos percentuais de 2019 a 2020 ³⁷.

Discussão

Os resultados evidenciados corroboram a hipótese de que as empresas de planos de saúde brasileiras continuaram ampliando suas receitas e auferindo lucros em ciclos econômicos recessivos, assim como as seguradoras americanas. Contudo, os vetores que impulsionam a expansão do mercado de pré-pagamento privado nos dois países possuem similaridades e particularidades.

No que se refere ao impacto da crise de 2008 no setor de seguros, incluindo os de saúde, sugere-se que os efeitos sobre as grandes seguradoras americanas, ainda que expostas diretamente aos problemas do mercado imobiliário, tenham sido limitados. Apesar dos riscos relacionados com o mercado de créditos e hipotecas terem sido revelados e as pressões sobre segmentos específicos do setor de seguros terem sido diferenciadas, a propagação da crise parece não ter ameaçado a solvência desse setor ^{38,39}.

Nos Estados Unidos, o *Affordable Care Act (ACA)*, implementado durante o governo de Barack Obama, favoreceu a inclusão de segmentos populacionais às coberturas de programas que se valem de esquemas assistenciais privados, financiados com recursos governamentais. Assim, o “Obamacare” ampliou a cobertura de planos de saúde públicos e privados. Uma das medidas foi a criação de planos de saúde subsidiados, com regras de funcionamento específicas. Além disso, foi prevista a obrigatoriedade da adesão dos trabalhadores a planos de saúde, com dedução do imposto de renda, ou a aplicação de multa no caso de não-adesão. Outra estratégia foi a extensão da cobertura do Medicaid até 25 anos de idade. O governo de Donald Trump eliminou parte dos dispositivos do ACA, como a compulsoriedade de adesão dos trabalhadores a planos de saúde, mantida, contudo, por alguns estados ⁴⁰.

Dessa forma, a expansão de coberturas, por meio da adesão a planos privados de saúde, contribuiu para a alavancagem de mercados baseados na lógica dos riscos privados e a reorganização de grandes seguradoras de saúde norte-americanas. Além disso, as grandes operações para aquisição e fusão de empresas envolvendo valores da ordem dos bilhões, sob a justificativa de reduzir custos operacionais, ilustram o dinamismo do mercado norte-americano ^{41,42}.

Os fatores que permitiram a atuação favorável das seguradoras americanas em meio a uma forte desaceleração econômica foram os intensos subsídios governamentais; a ampliação dos seguros públicos; a exclusão de idosos e de carteiras de maior sinistralidade; o aumento dos prêmios, de copagamentos e franquias; o atraso dos pagamentos de prestadores; os investimentos financeiros; a concentração dos mercados; e o fortalecimento de grandes seguradoras ^{27,35}. Os subsídios federais totalizaram USD 737 bilhões em 2019, e estima-se que esse número alcance USD 1,3 trilhão em 2029. Enquanto o apoio governamental ao setor privado de saúde aumenta, a quantidade de pessoas sem seguro de saúde nos Estados Unidos está projetada para aumentar de 30 milhões, em 2019, para 35 milhões, em 2029 ⁴³.

Durante a pandemia, as elevadas receitas e margens de lucro foram obtidas a despeito da redução do valor dos prêmios subsidiada pelo governo para aqueles que adquirissem plano de saúde ⁴⁴. Isso corroborou para o desempenho positivo, com a redução de apenas 1 a 2% do número de pessoas com seguro de saúde obtido pelo trabalho, pois muitos empregadores continuaram a fornecer cobertura aos trabalhadores demitidos ⁴⁵. As estratégias das seguradoras para lidar com os desafios impostos pela COVID-19 e os impactos das condições macroeconômicas, apontam para a aceleração das fusões, otimização de custos e capital, investimento em tecnologia e diversificação dos produtos ⁴⁶.

No Brasil, constata-se que o setor privado de saúde também conseguiu preservar e ampliar receitas nos períodos de crise econômica. Dentre os elementos que ajudam a explicar o êxito das empresas de planos de saúde brasileiras, estão a renúncia fiscal, o aumento do emprego formal e do poder de compra derivado da renda do trabalho na primeira década dos anos 2000, bem como mudanças trazidas pela *Lei nº 13.097*, de 2015, que alterou a *Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990*, permitindo a atuação do capital estrangeiro no mercado privado assistencial, atraindo investimentos e estimulando a reorganização empresarial do setor ^{24,47,48,49,50}.

A abertura do setor de saúde ao capital estrangeiro marcou a guinada do setor de planos privados de saúde, o que aqueceu as fusões e aquisições, alavancou os lucros das empresas e impulsionou as fortunas de empresários do setor. No que concerne às empresas de planos de saúde no Brasil e o seu desempenho durante a pandemia de COVID-19, evidenciam-se aumento do número de clientes, incremento das receitas com resultados operacionais positivos, controle de despesas administrativas, baixa sinistralidade das empresas verticalizadas e aumento dos lucros ⁵¹.

A crise econômica aprofundada pela pandemia parece não ter abalado as negociações do setor privado de saúde no Brasil. Enquanto em 2019 foram movimentados USD 1,641 bilhão em 73 negociações, o ano de 2020 permaneceu aquecido com mais de 60 fusões e aquisições no país, as quais envolveram USD 1,088 bilhão ⁵².

Em 2021, ocorreu a fusão entre duas grandes empresas de planos de saúde com valor de mercado avaliado em BRL 110 bilhões ⁵², 13,6 milhões de clientes ⁵³ e receita líquida anual de cerca de BRL 16 bilhões, sendo consideradas, no jargão econômico, como um dos “maiores conglomerado de saúde no país” ⁵⁴.

De acordo com o guia para análise econômica de atos de concentração horizontal, as concentrações podem tanto “*facilitar a adoção de condutas competitivas (aumento de preços, redução da qualidade, diminuição da variedade ou redução das inovações)*” quanto aumentar o bem-estar econômico, ao proporcionar “*vantagens competitivas para as empresas participantes (economias de escala, economias de escopo e redução dos custos de transação)*” ⁵⁵ (p. 4).

É possível considerar que a tese do bem-estar econômico não se aplica ao setor privado de saúde, à medida que, a despeito das vantagens trazidas pelas fusões e aquisições em termos de economia e redução de custos para as empresas, a melhoria no desempenho econômico-financeiro não é repassada aos consumidores, que são submetidos a reajustes anuais e por faixa etária. O que se observa no setor é a intensificação das fusões e aquisições gerando maior concentração do mercado e a formação de oligopólios.

Dados da ANS ¹⁸ permitem identificar que, em março de 2021, apenas vinte grandes empresas – dentre o total de 698 – abarcavam mais de 50% dos clientes de planos médico-hospitalares. Nos planos exclusivamente odontológicos, a concentração era ainda maior, uma vez que cinco empresas – dentre as 351 existentes – detinham 52% do mercado naquele período. A concentração do mercado privado de saúde também é evidenciada nos Estados Unidos. Considerando a população americana coberta por planos de saúde em 2021, as cinco maiores seguradoras de saúde detinham 44% dos clientes ⁴⁰.

A intensificação das operações de fusão e aquisição entre empresas do setor de saúde no Brasil, durante a pandemia de COVID-19, impulsionou o desempenho contábil-financeiro das grandes empresas de planos de saúde, criando um ambiente rentável que colocou empresários da saúde no ranking mundial de bilionários. Esse enriquecimento é patrocinado pelo Estado brasileiro, e ocorre às custas do sucateamento do SUS, não gerando nenhuma contrapartida para a sociedade.

Análises financeiras do mercado privado de saúde apontam os principais efeitos para o setor diante do aumento da dívida pública, do déficit fiscal e do desemprego no país ³¹. Ainda assim, destacam “a consolidação do setor de saúde suplementar a pleno vapor” durante a crise econômica e sanitária e disseminam as estratégias adotadas pelos *players* da saúde suplementar: oferta de produtos e serviços mais baratos, verticalização, ganho de escala, investimento em tecnologia e fortalecimento de novos modelos assistenciais ^{56,57}.

Para o período pós-pandemia, a tendência esperada é que o mercado de planos de saúde intensifique o processo de consolidação do setor por meio de fusões e aquisições ⁵⁸, o que favorecerá ainda mais a expansão dos lucros do segmento privado.

Mais algumas particularidades entre Brasil e Estados Unidos podem ser mencionadas no que tange à relação entre o público e o privado na saúde. Nos Estados Unidos, o debate gira em torno das possíveis ações regulatórias para exigir maior transparência sobre o gasto dos valores excedentes dos prêmios, garantir que eles sejam devolvidos aos clientes ou que sejam usados para salvar vidas durante a pandemia, incluindo apoio das seguradoras aos departamentos de saúde pública estaduais subfinanciados e a exigência governamental para que estas gastem uma parte dos lucros excedentes com necessidades urgentes da saúde pública ³⁶. Enquanto isso, no Brasil, em setembro de 2021, foi implementada a Política Nacional de Saúde Suplementar para enfrentamento da pandemia, a qual não determina ações claras sobre as possíveis formas de interação entre os setores público e privado para mitigar os efeitos deletérios da crise sanitária ⁵⁹. Além disso, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), instaurada em abril de 2021 para apurar se houve falhas por parte do governo federal no enfrentamento da pandemia, apura indícios de irregularidades cometidas por uma empresa de planos de saúde durante o atendimento de pacientes diagnosticados com COVID-19, dentre as quais: cerceamento da autonomia médica, distribuição de medicamentos de eficácia não comprovada, aplicação terapêuticas não autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e fraude em estudo clínico ⁶⁰.

Os americanos enfrentam gastos astronômicos com saúde, tanto pelo alto custo das franquias cobradas pelos seguros ^{61,62} quanto pela não universalização do direito de acesso aos serviços de saúde ⁶². No Brasil, o limite para cobrança de coparticipação pelas empresas de planos de saúde, para que não se configure como barreira de acesso aos serviços ⁶³, e a existência do sistema de saúde público universal têm efeito protetor, impedindo que os cidadãos brasileiros venham a arcar com valores impagáveis para terem acesso à saúde.

A comparação dos impactos da crise financeira sobre os planos e seguros de saúde no Brasil e nos Estados Unidos permitiu identificar as similaridades entre os setores de saúde de ambos os países, assim como as fragilidades do sistema de saúde brasileiro, absorvido pela racionalidade do mercado, embora desfrute de um sistema de saúde público e universal. Tal fato proporciona maior semelhança com o sistema de saúde americano, caracterizado pela enorme desigualdade no acesso aos serviços, e contrasta com a visão igualitária que inspirou a formulação do SUS, o qual, por sua vez, foi inspirado no Serviço Nacional de Saúde inglês (NHS – National Health Service).

A mistura de traços ideológicos igualitários e liberais na formulação de políticas de saúde é usual na maioria dos países ¹². No entanto, quanto mais nos aproximamos da visão liberal, mais nos distanciamos de um preceito de fundamental relevância, isto é, o acesso aos cuidados em saúde como direito de todo cidadão.

Considerações finais

O que os períodos históricos de crise econômica e de crise sanitária têm em comum? O desempenho contábil-financeiro favorável das empresas de planos e seguros de saúde, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos. Especificamente no Brasil, a obtenção de maiores lucros pelas empresas ocorre enquanto a saúde pública padece com o corte de recursos, fato que precede a pandemia e que foi exacerbado por ela.

A conjuntura recessiva no Brasil, entre 2014 e 2016, refletiu-se na queda do número de consumidores de planos de saúde. No entanto, não foram observados impactos nas receitas das empresas, as quais adotaram comportamentos similares aos das seguradoras de saúde dos Estados Unidos após a crise mundial iniciada em 2008, tendo em vista que foram empregados mecanismos para preservar o mercado e manter a lucratividade do setor. O mesmo padrão foi identificado durante a pandemia de COVID-19, quando as empresas de planos e seguros de saúde brasileiras e norte-americanas continuaram angariando lucros, a despeito da crise econômica e sanitária.

Verificar somente o número de consumidores de planos de saúde não é suficiente para medir os impactos dos períodos de crise econômica sobre o setor privado. As receitas e despesas das empresas e o ritmo de ocorrência de fusões e aquisições também merecem destaque e dão o tom imprescindível para melhor compreensão e diagnóstico.

Nesse sentido, estudar o comportamento do mercado privado torna-se relevante, a fim de levantar evidências científicas para a formulação de políticas públicas concernentes à comercialização do acesso aos cuidados de saúde, com a dinâmica de aumento dos lucros de empresas de planos de saúde diante do sucateamento do SUS.

Colaboradores

D. C. A. R. Costa trabalhou na concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. L. Bahia trabalhou na concepção da pesquisa, interpretação dos dados, revisão do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Informações adicionais

ORCID: Danielle Conte Alves Riani Costa (0000-0001-9691-9748); Ligia Bahia (0000-0001-8730-2244).

Agradecimentos

As autoras agradecem ao Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro ao projeto *Crise Financeira e Impactos sobre as Empresas de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: uma Análise Exploratória* – (Chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016 – processo nº 432128/2016-6).

Referências

1. Varoufakis Y. O minotauro global: a verdadeira origem da crise financeira e o futuro da economia global. São Paulo: Autonomia Literária; 2018.
2. Carvalho L. Valsa brasileira: do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia; 2018.
3. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2016; 15 dez.
4. Funcia FR. Sistema Único de Saúde – 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016. In: Associação Nacional dos Auditores-Fiscais; Receita Federal do Brasil, organizadores. 30 anos da seguridade social: avanços e retrocessos. Brasília: Associação Nacional dos Auditores-Fiscais; 2018. p. 89-103.
5. Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. SER Social 2020; 22:9-32.

6. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Construir un nuevo futuro: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad (LC/SES.38/3-P/Rev.1). Santiago: Comisión Económica para América Latina y El Caribe; 2020.
7. Schramm JM, Paes-Sousa R, Mendes LVM. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. (Textos para Debate, 1).
8. Costa DCAR, Bahia L, Carvalho EMCL, Cardoso AM, Souza PMS. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde Debate* 2020; 44(spe 4):232-47.
9. Grupo de Pesquisa e Documentação Sobre Empresariamento na Saúde; Grupo de Estudos Sobre Planos de Saúde. Recursos para o enfrentamento da COVID-19: orçamento, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual. Rio de Janeiro: Grupo de Pesquisa e Documentação Sobre Empresariamento na Saúde; 2020. (Nota Técnica GPDES/UFRJ e GEPS/USP).
10. Secretaria do Tesouro Nacional, Ministério da Fazenda. Aspectos fiscais da saúde no Brasil. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional; 2018.
11. Faveret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planej Polít Públicas* 1990; 3:139-62.
12. Wagstaff A, Doorslaer EV. Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP, organizadores. *Handbook of health economics*. v. 1B. North Holland: Elsevier; 2000. p. 1803-62.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.
14. Costa DCAR. Crise econômica e gasto público e privado em saúde: tendências dos sistemas de saúde na América Latina. In: Sestelo JAF, Bahia L, Costa DCAR, organizadores. *A crise econômica e os sistemas universais de saúde na América Latina*. Salvador: Edufba; 2022. p. 61-83.
15. Andrietta LS, Monte-Cardoso A, Sestelo JAF, Scheffer MC, Bahia L. Empresas de plano de saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão. (Textos para Discussão, 51). https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/PJSSaudeAmanha_Texto0051_v04.pdf (acessado em 27/Jul/2021).
16. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, Comitê de Monitoramento e Avaliação de Subsídios da União. Relatório de avaliação: dedução das despesas médicas do IRPF. Ciclo 2020. https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/subsidios/relatorio_avaliacao-cmas-2020-deducao-despesas-medicas.pdf (acessado em 14/Abr/2022).
17. World Bank. World Bank Open Data. World development indicators. <https://data.worldbank.org/> (acessado em 15/Abr/2021).
18. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> (acessado em 05/Jul/2021).
19. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS: números de maio reafirmam crescimento no setor. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-numeros-de-maio-reafirmam-crescimento-no-setor> (acessado em 06/Jul/2021).
20. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim Covid-19. https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2021/boletim-covid-19-ans_2021-julho.pdf (acessado em 25/Jul/2021).
21. Agência Nacional de Saúde Suplementar. PRISMA Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar 2017; 8(2). <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/prisma-economico-financeiro-da-saude-suplementar> (acessado em 25/Jul/2021).
22. United States Census Bureau. Health insurance data. <https://www.census.gov/topics/health/health-insurance/data.html> (acessado 21/Nov/2021).
23. Joint Committee on Taxation. Congress of United States. Estimates of Federal tax expenditures for fiscal years 2017-2021. <https://www.jct.gov/publications/2018/jcx-34-18/> (acessado em 25/Mai/2018).
24. Marques RM, Ximenes SB, Ugino CK. Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. *Brazilian Journal of Political Economy* 2018; 38:526-47.
25. Dorn S. The Covid-19 pandemic and resulting economic crash have caused the greatest health insurance losses in American history. <https://www.familiesusa.org/resources/the-covid-19-pandemic-and-resulting> (acessado em Jul/2020).
26. Health Care for American Now. Health insurers break profit records as 2.7 million Americans lose coverage. <http://pnhp.org/sites/default/files/docs/2010/Health-Insurers-Break-Profit-Record.pdf> (acessado em Jul/2021).
27. Schoen C, Collins SR. The Big Five Health Insurers' membership and revenue trends: implications for public policy. *Health Aff (Millwood)* 2017; 36:2185-94.
28. Price S. Largest health insurance companies of 2021. Value Penguin 2021. <https://www.valuepenguin.com/largest-health-insurance-companies#biggest> (acessado em 25/Jul/2021).
29. Lucro líquido da Qualicorp soma R\$ 69,7 milhões no 2º trimestre, queda de 1,6%. Isto É Dinheiro 2016; 1 ago. <https://www.istoedinheiro.com.br/lucro-liquido-da-qualicorp-soma-r-697-milhoes-no-2o-trimestre-queda-de-16/>.

30. Koike B. Lucro das operadoras de planos de saúde sobe 70,6% em 2016, afirma ANS. Valor Econômico 2017; 12 jun. <https://www.valor.com.br/empresas/5001906/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-sobe-706-em-2016-afirma-ans>.
31. Casemiro L, Cavalcanti G. Operadoras de plano de saúde ampliam receita, apesar de perda de clientes. O Globo 2017; 2 jul. <https://oglobo.globo.com/economia/operadoras-de-plano-de-saude-ampliam-receita-apesar-de-perda-de-clientes-21544177>.
32. Salu E. Operar plano de saúde é lucro certo, exceto para auto-gestão! Saúde Business 2018; 29 mar. <https://beta.saudebusiness.com/hospital/operar-plano-de-saude-lucro-certo-exceto-para-auto-gestao>.
33. Silveira FM. Queda na sinistralidade foi o destaque em 2017! <http://www1.coinvalores.com.br/arquivos3/analise/resultados/odpvar4t17.pdf> (acessado em 12/Abr/2019).
34. Grupo Qualicorp. Demonstrações financeiras para os exercícios findos em 31 de dezembro de 2018 e 2017. <https://globalreports.com.br/wp-content/uploads/2019/12/qualicorpdf-2018-1.pdf> (acessado em 12/Abr/2019).
35. Abelson R. Major U.S. health insurers report big profits, benefiting from the pandemic. New York Times 2020; 5 ago. <https://www.nytimes.com/2020/08/05/health/covid-insurance-profits.html> (acessado em 26/Jul/2021).
36. Plott CF, Kachalia AB, Sharfstein JM. Unexpected health insurance profits and the COVID-19 crisis. JAMA 2020; 324:1713-4.
37. McDermott D, Stolyar L, Hinton E, Ramirez G, Cox C, Biniek JF, et al. Health insurer financial performance in 2020. <https://www.kff.org/private-insurance/issue-brief/health-insurer-financial-performance-in-2020/> (acessado em 03/Mai/2021).
38. Schich S. Insurance companies and the financial crisis. Financial Market Trends 2009; (2). <https://www.oecd.org/finance/insurance/44260382.pdf>.
39. Capgemini. World insurance report: past, present and future. <https://worldinsurancereport.com/wp-content/uploads/sites/6/2018/10/World-Insurance-Report-%E2%80%93-Past-Present-and-Future.pdf> (acessado em 08/Jul/2021).
40. Medici AC. O desafio da cobertura universal de saúde nos Estados Unidos: de Barack Obama a Joe Biden. s.l.: Universal Health Monitor; 2021.
41. Brown K, Webb O. The big tech of health care. The American Prospect 2021; 5 abr. <https://prospect.org/health/big-tech-of-health-care-united-optum-change-merger/> (acessado em 05/Jul/2021).
42. Gerencher K. How the big health insurer mergers will impact you. Bloomberg Business 2015; 24 set. <https://www.marketwatch.com/story/how-the-big-health-insurer-mergers-will-impact-you-2015-09-21>.
43. Congress of the United States; Congressional Budget Office. Federal subsidies for health insurance coverage for people under age 65: 2019 to 2029. https://www.cbo.gov/system/files/2019-05/55085-HealthCoverageSubsidies_0.pdf (acessado em 25/Jul/2021).
44. America's Health Insurance Plans. New study: without extension of ARPA benefits, americans could face higher premiums in exchanges. <https://www.ahip.org/new-study-without-extension-of-arpa-benefits-americans-could-face-higher-premiums-in-exchanges/> (acessado em 08/Jul/2021).
45. Mulligan C. Three cheers for employer health insurance. WSJ Opinion 2021; 16 jul. <https://www.wsj.com/articles/employer-health-insurance-medicare-for-all-medical-costs-socialized-medicine-11626467608> (acessado em 27/Jul/2021).
46. Santenac I. 2021 global insurance outlook: accelerating change to create value. https://www.ey.com/en_gl/insurance/2021-global-insurance-outlook-accelerating-change-to-create-value (acessado em 25/Jul/2021).
47. Brasil. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; prorroga os benefícios previstos nas Leis nºs 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.440, de 14 de março de 1997, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.196, de 21 de novembro de 2005, 12.024, de 27 de agosto de 2009, e 12.375, de 30 de dezembro de 2010; altera o art. 46 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõe sobre a devolução ao exterior ou a destruição de mercadoria estrangeira cuja importação não seja autorizada; altera as Leis nºs 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 12.546, de 14 de dezembro de 2011, 12.973, de 13 de maio de 2014, 9.826, de 23 de agosto de 1999, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 10.865, de 30 de abril de 2004, 11.051, de 29 de dezembro de 2004, 11.774, de 17 de setembro de 2008, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 12.249, de 11 de junho de 2010, 10.522, de 19 de julho de 2002, 12.865, de 9 de outubro de 2013, 10.820, de 17 de dezembro de 2003, 6.634, de 2 de maio de 1979, 7.433, de 18 de dezembro de 1985, 11.977, de 7 de julho de 2009, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.076, de 30 de dezembro de 2004, 9.514, de 20 de novembro de 1997, 9.427, de 26 de dezembro de 1996, 9.074, de 7 de julho de 1995, 12.783, de 11 de janeiro de 2013, 11.943, de 28 de maio de 2009, 10.848, de 15 de março de 2004, 7.565, de 19 de dezembro de 1986, 12.462, de 4 de agosto de 2011, 9.503, de 23 de setembro de 1997, 11.442, de 5 de janeiro de 2007, 8.666, de 21 de junho de 1993, 9.782, de 26 de janeiro de 1999, 6.360, de 23 de setembro de 1976, 5.991, de 17 de dezembro de 1973, 12.850, de 2 de agosto de 2013, 5.070, de 7 de julho de 1966, 9.472, de 16 de julho de 1997, 10.480, de 2 de julho de 2002, 8.112, de 11 de dezembro

- de 1990, 6.530, de 12 de maio de 1978, 5.764, de 16 de dezembro de 1971, 8.080, de 19 de setembro de 1990, 11.079, de 30 de dezembro de 2004, 13.043, de 13 de novembro de 2014, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, 10.925, de 23 de julho de 2004, 12.096, de 24 de novembro de 2009, 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, o Decreto-Lei nº 745, de 7 de agosto de 1969, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; revoga dispositivos das Leis nos 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.360, de 23 de setembro de 1976, 7.789, de 23 de novembro de 1989, 8.666, de 21 de junho de 1993, 9.782, de 26 de janeiro de 1999, 10.150, de 21 de dezembro de 2000, 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 12.973, de 13 de maio de 2014, 8.177, de 1º de março de 1991, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 10.865, de 30 de abril de 2004, 11.051, de 29 de dezembro de 2004 e 9.514, de 20 de novembro de 1997, e do Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2015; 20 jan.
48. Tavares LR, Martins SJC, Silva Junior JCA. A saúde suplementar do Brasil e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). In: De Luca L, organizador. Governança corporativa em saúde. São Paulo: Saint Paul; 2014. p. 44-72.
 49. Bahia L, Scheffer M, Tavares LR, Braga IF. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública 2016; 32 Suppl 2:e00154015.
 50. Sestelo JAF. Planos de saúde e dominância financeira. Salvador: Edufba; 2018.
 51. Oliveira V, Silva U. Passado, presente e futuro da saúde suplementar: análise de mercado. <https://xvifinance.com.br/passado-presente-futuro-da-saude-suplementar-i/> (acessado em 25/Jul/2021).
 52. Costa M. Setor de saúde concentrou mais de 60 fusões e aquisições em 2020 no Brasil. Veja 2021; 4 mar. <https://veja.abril.com.br/blog/radar-economico/setor-de-saude-concentrou-mais-de-60-fusoes-e-aquisicoes-em-2020-no-brasil/> (acessado em 02/Abr/2021).
 53. Gimenes R. Hapvida e NotreDame buscam lançar planos mais acessíveis após a fusão. Veja 2021; 9 mar. <https://veja.abril.com.br/economia/hapvida-e-notredame-buscam-lancar-planos-mais-acessiveis-apos-a-fusao/> (acessado em 02/Abr/2021).
 54. Omena M. Hapvida e NotreDame finalizam acordo de fusão que pode criar o maior conglomerado de saúde do país. Forbes Money 2021; 28 fev. <https://forbes.com.br/forbes-money/2021/02/hapvida-e-notre-dame-finalizam-acordo-de-fusao-que-pode-criar-o-maior-conglomerado-de-saude-do-pais/> (acessado em 03/Abr/2021).
 55. Conselho Administrativo de Defesa Econômica. Portaria Conjunta SEAE/SDE nº 50, de 1 de agosto de 2001. Aprova o Guia para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal. Diário Oficial da União 2001; 17 ago.
 56. Branco A. Dois efeitos principais da crise econômica para a saúde suplementar. <https://xvifinance.com.br/efeitos-da-crise-economica-para-a-saude-suplementar/> (acessado em 25/Jul/2021).
 57. Lopes J. Reflexões estratégicas sobre a saúde suplementar. <https://xvifinance.com.br/reflexoes-estrategicas-sobre-a-saude-suplementar/> (acessado em 25/Jul/2021).
 58. Deungaro E, Rezende U. Para além da pandemia: reflexões sobre gestão de crises. <https://xvifinance.com.br/para-alem-da-pandemia-reflexoes-sobre-gestao-de-crises/> (acessado em 25/Jul/2021).
 59. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Suplementar para o enfrentamento da pandemia da Covid-19. <https://www.gov.br/participamaisbrasil/pnss-covid-19> (acessado em 24/Jun/2021).
 60. Agência do Senado. CPI aprova requerimentos para investigar denúncias de irregularidades na Prevent Senior. Agência Senado de Notícias 2021; 1 out. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/01/cpi-aprova-requerimentos-para-investigar-denuncias-de-irregularidades-na-prevent-senior>.
 61. Roehr B. The health of private insurance in the US during covid-19. BMJ 2020; 370:m2606.
 62. Wapner J. Covid-19: medical expenses leave many Americans deep in debt. BMJ 2020; 370:m3097.
 63. Conselho de Saúde Suplementar. Resolução CONSU nº 08, de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União 1998; 4 nov.

Abstract

The economic crisis that began in the United States in 2008 and its impact in Brazil starting in 2014 preceded the health crisis triggered by the COVID-19 pandemic. Considering these three time intervals, this article analyzes the susceptibility of health plan and insurance companies to economic cycles of recession in Brazil and the United States. There is evidence of a relationship between periods of economic crisis and retraction of actions and services in national health systems. However, both the United States and Brazil showed a growth in the number of health and insurance plans. The vectors driving the expansion of the private market in both countries have similarities and singularities. The “Obamacare” marks the beginning of the inclusion of population segments in the coverage of programs that use private care schemes, funded with government resources. In Brazil, despite negative general economic indices and reduction in the public health budget, health plan companies increased revenues and profits, even in the context of the pandemic and the growing economic crisis in the country. Business strategies to attract foreign investors were combined with actions to obtain credits from public institutions and increase tax deductions and exemptions, preserving financial gains. A comparison between the impacts of the financial crisis on the Brazilian and American private health markets allowed us to identify the weaknesses of our universal public system absorbed by market rationality.

Health Systems; Supplemental Health; Prepaid Health Plans; Health Insurance; Economic Recession

Resumen

La crisis económica que estalló en los EE.UU. en 2008 y sus repercusiones en Brasil, a partir de 2014, se superpusieron con la crisis sanitaria desencadenada por la pandemia de COVID-19. Teniendo en cuenta estos tres intervalos temporales, el artículo analiza la susceptibilidad de las compañías de planes y seguros de salud a los ciclos económicos recesivos en Brasil y los EE.UU. Existe evidencia sobre las relaciones entre los períodos de crisis económica y la retracción de acciones y servicios en los sistemas nacionales de salud. Sin embargo, tanto en EE.UU. como en Brasil hubo crecimiento de los planes y seguros de salud. Los vectores que impulsan la expansión del mercado privado en los dos países tienen similitudes y singularidades. El “Obamacare”, marca el inicio de la inclusión de segmentos de la población a las coberturas de programas que se valen de esquemas asistenciales privados, financiados con recursos gubernamentales. En Brasil, a pesar de los índices económicos generales negativos y de recorte en el presupuesto público para salud, se constató que las empresas de planes de salud aumentaron sus ingresos y ganancias, incluso en el contexto de la pandemia y la profundización de la crisis económica en el país. Las estrategias empresariales para atraer a los inversores extranjeros se combinaron con acciones para obtener créditos de las instituciones públicas y aumentar las deducciones y exenciones fiscales, preservando ganancias financieras. La comparación entre los impactos de la crisis financiera en los mercados de salud privados brasileño y americano permitió identificar las fragilidades de nuestro sistema público universal absorbido por la racionalidad del mercado.

Sistemas de Salud; Salud Complementaria; Planes de Salud de Prepago; Seguro de Salud; Recesión Económica

Recebido em 01/Jan/2022

Versão final reapresentada em 09/Jul/2022

Aprovado em 18/Jul/2022