

Estado da publicação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e416>

Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à COVID-19

Adriano Massuda, Renato Tasca, Ana Maria Malik

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1320>

Submetido em: 2020-10-09

Postado em: 2020-10-09 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à COVID-19

Use of private hospital beds by public health systems in response to COVID-19

Adriano Massuda

Fundação Getúlio Vargas (FGV), Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP) – São Paulo (SP), Brasil.

a.massuda@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3928-136X>

Renato Tasca

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Organização Mundial da Saúde (OMS) – Brasília (DF), Brasil.

renato.tasca@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1407-5914>

Ana Maria Malik

Fundação Getúlio Vargas (FGV), Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP) – São Paulo (SP), Brasil

ana.malik@fgv.br

<https://orcid.org/0000-0002-0813-8886>

RESUMO Nesse estudo examinamos estratégias adotadas por países com sistemas públicos de saúde que expandiram a oferta de leitos por meio da utilização de hospitais privados na resposta à COVID-19. Utilizamos estudo de casos selecionados para explorar o contexto institucional em que as medidas foram implementadas, os instrumentos de gestão utilizados e como se caracterizou a ação governamental em oito países: Austrália, Espanha, Irlanda, Itália, Chile, México e Peru, além do Brasil. Essa análise pode auxiliar a identificar mecanismos de gestão de sistema de saúde necessários para a coordenação de ações governamentais para resposta a situações de ESP, bem como para aperfeiçoar a governança dos sistemas de saúde na relação entre setores público e privado.

PALAVRAS-CHAVE Administração de serviços hospitalares, administração de saúde pública, serviços de saúde de emergência, Parcerias do Setor Público-Privado.

ABSTRACT *In this study we examined strategies adopted by countries with public health systems that expanded the supply of beds through the use of private hospitals in*

response to COVID-19. We used selected case studies to explore the institutional context in which measures were implemented, the management instruments used and how to characterize government action in eight countries: Australia, Spain, Ireland, Italy, Chile, Mexico and Peru, in addition to Brazil. This analysis can help to identify mechanisms of health system management that can control actions to respond to ESP situations, as well as improve the governance of health systems in the relationship between public and private sectors.

KEYWORDS *Hospital Facilities Administration, Public Health Administration, Emergency Health Services, Public-Private Sector Partnerships.*

Introdução

Emergências em Saúde Pública (ESP) testam a resiliência de sistemas de saúde e exigem de governos capacidade para implementar ações rápidas e eficientes dirigidas a mitigar impactos em saúde e oferecer assistência e orientação à população^{1,2}. Na pandemia provocada pelo novo coronavírus SARS Cov-2 (COVID-19), um dos maiores impactos sobre o sistema de saúde foi o rápido aumento na demanda por internações hospitalares, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)^{3,4}. Isso exigiu dos gestores de sistemas de saúde a adoção de diferentes estratégias para expandir a capacidade instalada de oferta assistencial⁵.

Dentre as estratégias observadas para reorganizar a rede assistencial visando a absorver o aumento da demanda hospitalar destacaram-se: *mudança de rotina*, com adiamento de procedimentos, cirurgias e internações eletivas; *mudança de perfil*, por meio da redefinição da vocação de hospitais ou alocação de alas hospitalares para destinação de leitos exclusivos para internação de pacientes COVID-19; *ampliação da estrutura assistencial permanente*, mediante a transformação de leitos de enfermaria em leitos de maior complexidade, com ênfase em leitos destinados a cuidados críticos; e *ampliação de estrutura assistencial temporária*, por meio do aluguel de hotéis ou montagem de hospitais de campanha para casos de menor complexidade⁶.

Além dessas alternativas, também se verificou que alguns países fizeram uso de leitos em hospitais privados na resposta pública à COVID-19⁶. Essa medida mostrou-se efetiva pois, em muitas situações, esses leitos já dispunham de estrutura, equipamentos e pessoal para adequado funcionamento, conferindo agilidade às ações e reduzindo a necessidade de investimentos para a construção de novos leitos. Porém, a relação entre os setores público e privado na saúde tem particularidades que variaram de acordo com

o contexto de cada país e o modelo de organização de seus respectivos sistemas de saúde, podendo ser geradoras de inequidades no uso dos recursos disponíveis⁷.

Neste estudo, examinamos estratégias adotadas por países com sistemas públicos de saúde que expandiram a oferta de leitos hospitalares por meio da utilização de serviços privados na resposta à pandemia. Buscamos descrever o contexto institucional em que as medidas foram implementadas, os instrumentos de gestão utilizados e como se caracterizou o modo de ação governamental. Esta análise pode auxiliar a coordenação de ações governamentais em resposta a ESP, bem como oferecer lições para aperfeiçoar a organização e a governança dos setores público e privado nos sistemas de saúde num cenário pós-COVID.

Materiais e métodos

Utilizamos como método estudo de casos selecionados e análise qualitativa dos dados dos países estudados. Buscamos selecionar uma amostra intencional de países com sistemas públicos de saúde, que ampliaram a utilização de hospitais privados na resposta à COVID-19 e que pudessem representar modos distintos de ação governamental no uso de recursos privados pelo poder público. Para identificar os países e coletar dados de pesquisa, realizamos busca em *websites* de órgãos governamentais, organismos internacionais e imprensa, complementada por entrevistas com informantes-chave. A busca documental foi realizada entre março e maio de 2020 e foram consultados 14 informantes-chave, entre os quais pesquisadores e gestores de sistemas de saúde, do Brasil e de países selecionados.

Em seguida, buscamos caracterizar o contexto institucional, com informações sobre os sistemas de saúde dos países analisados em relação a recursos financeiros alocados na saúde (ano base 2015): gasto *per-capita* em U\$ PPA, percentual do PIB, percentual do gasto público e privado, e percentual de desembolso direto sobre gasto privado; e recursos humanos e físicos disponíveis: número de médicos e de leitos hospitalares e percentual de leitos públicos (último ano com dados disponíveis). Para coleta desses dados, consultamos informações disponíveis nos *websites* dos escritórios regionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), entres os quais Organização Pan-americana de Saúde⁸ e OMS Europa⁹, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico¹⁰, Perfil Internacional de Sistemas de Saúde¹¹ e DATASUS do Ministério da Saúde¹².

Por fim, procedemos a uma análise qualitativa, buscando caracterizar aspectos da organização do sistema de saúde, em relação a governança, financiamento e participação do setor privado, instrumentos de gestão utilizados para uso de recursos hospitalares privados e o modo de ação governamental em cada um dos países analisados.

Resultados

Encontramos oito experiências de países que expressam diferentes modos de ação governamental no uso de leitos privados por sistemas públicos. Entre eles um da Oceania: Austrália; três da Europa: Espanha, Irlanda, Itália, e três da América Latina: Chile, México, Peru, além do Brasil.

Na tabela 01, encontram-se dados sobre recursos financeiros e físicos disponíveis nos sistemas de saúde.

Tabela 01. Recursos financeiros e físicos disponíveis no sistema de saúde

	Austrália	Espanha	Irlanda	Itália	Chile	México	Peru	Brasil0
	*	*	*	*	**	**	**	**
População em milhões (2018)	24,9	46,7	4,8	60,5	18,2	130,7	32,5	210,8
Gasto per-capita em saúde U\$ PPA	4,381.2	3,024.6	4,301.9	3,129.3	1,903.1	1,080.1	671.0	1,391.5
% Gasto total em relação ao PIB	9,3	8,8	7,1	8,8	8,1	5,9	5,2	8,8
% Gasto público em saúde relação ao PIB	6,4	6,2	5,3	6,5	4,9	3,1	3,2	3,8
% Gasto público em saúde sobre total	68,8	70,5	74,6	73,9	60,5	52,5	61,5	43,2
% Gasto privado em saúde relação ao PIB	2,9	2,6	1,8	2,3	3,2	2,8	2	5
% Gasto privado em saúde relação ao total	31,2	29,5	25,4	26,1	39,5	47,5	38,5	56,8
% Desembolso direto em saúde sobre total	18,2	24	17,7	21,2	31,0	40,8	30,9	20,3
Número de médicos (mil)	90,4	180,6	15,3	241,5	32,4	267,9	40,6	460,2
Médicos por 10.000 hab.	36,1	38,7	31,8	39,9	18,0	24,0	12,7	22,0
Número de leitos hospitalares (mil)	92,8	138,5	14,2	192,5	92,4	168,8	52,0	441,8
Número de leitos por 10.000 habitantes	37	30	29	32	51	13	16	21
% leitos públicos sobre total	66,5%	68,7%	85,9%	66,7%	31,0%	73,9%	X	70,0%

Fonte: elaborado pelos autores

* OCDE, **PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas, ***DATASUS/Ministério da Saúde do Brasil.

A seguir, apresentamos uma síntese sobre o contexto institucional de cada um dos sistemas de saúde e os instrumentos utilizados para a ampliação do uso de leitos privados na resposta à COVID-19.

Austrália

O sistema público de saúde australiano é universal e os três níveis de governo são coletivamente responsáveis pela prestação de assistência à saúde¹¹. O governo federal financia e apoia os estados na prestação de serviços. Os governos estaduais são responsáveis pela gestão de hospitais públicos, serviços de ambulância, serviços comunitários e de saúde mental¹¹. Os governos locais atuam na prestação de programas preventivos, como imunização. Apesar do financiamento público corresponder a 6,4% do PIB e representar 68,8% do gasto total, o setor privado tem importante participação no sistema de saúde, sendo responsável por quase 60% das cirurgias realizadas do país e por dispor de um terço dos leitos de UTI existentes¹⁰.

Para enfrentar a pandemia da Covid-19, o governo federal australiano assinou um acordo com representantes dos hospitais privados e das associações médicas e de enfermagem do país, que permitiu colocar 34 mil leitos privados à disposição do sistema público¹³. Este acordo auxiliou a manter a receita do setor, reduzida pelo cancelamento das cirurgias eletivas. A parceria também mobilizou cerca de 105 mil profissionais de saúde, dos quais 57 mil da área de enfermagem¹⁴. O acordo nacional foi adaptado a cada estado. Em Victoria e Queensland as parcerias incluíram planejamento conjunto de resposta às necessidades, compras coletivas de equipamentos, medicamentos, insumos e intercâmbio de profissionais de saúde¹⁵; na Austrália do Sul restringiram-se à contratação de leitos privados¹⁶.

Espanha

O sistema de saúde espanhol é composto de três subsistemas que coexistem: o sistema nacional de saúde (SNS), complementado por fundos mútuos para os funcionários públicos das forças armadas e do judiciário, e mutualidades focadas na assistência a acidentes e em doenças ocupacionais⁹. O SNS é universal, financiado por impostos e a governança é regional, espelhando a divisão administrativa do país em Comunidades Autônomas⁹. O gasto público em saúde é de 6,2% do PIB, correspondendo a 70,5% do

total em saúde e a maior parte dos leitos hospitalares é pública¹¹. O setor privado é suplementar ao público.

No enfrentamento à Covid-19, o setor privado de saúde teve importante papel no apoio ao SNS, porém a relação foi variável em cada região. Em geral, o número de centros de saúde e de leitos hospitalares foi ampliado e as unidades reformuladas para abrigar pacientes com a Covid-19. Seguindo o Decreto-Lei que definiu medidas urgentes na esfera econômica e para a proteção da saúde pública¹⁷, leitos privados de UTI foram estatizados provisoriamente, ficando disponíveis para atender pacientes do sistema público quando este tivesse sua capacidade esgotada¹⁸.

A ocupação dos leitos privados, entretanto, foi bastante variada, alcançado 100% dos leitos disponíveis em algumas regiões, enquanto em outras houve baixo ou quase nenhum uso^{19,20}. Além disso, o modo de organização da rede assistencial foi diferenciado. Certas regiões definiram que hospitais públicos seriam totalmente dedicados aos pacientes COVID, enquanto os privados passaram a cuidar das demais causas de internação, abrindo oportunidades para fortalecer a integração entre os setores num cenário pós-Covid-19²¹.

Irlanda

A Irlanda dispõe de um sistema universal de saúde, financiado por impostos e taxas⁹. Todos os residentes no país têm direito a receber assistência médica prestada no sistema público de saúde. O sistema privado de saúde é suplementar ao público. O país conta com 5,2 leitos de UTI por 100.000 habitantes, a maioria públicos, enquanto a média da comunidade europeia é de 11,5 por 100.000¹⁰. O gasto público em saúde é de 5,3% do PIB, correspondendo a 74,6% do gasto total¹⁰.

Na resposta à pandemia da Covid-19, todos os cerca de 2.000 leitos hospitalares (14% do total), nove laboratórios e centenas de profissionais de saúde do setor privado foram requisitados para atuar no sistema público de saúde²². O Estado manteve o controle e a administração das instalações privadas de saúde durante os meses de março e maio, período de maior demanda de casos da doença pandemia no país²³. O arranjo foi bem avaliado e poderá ser retomado caso ocorra novo aumento de casos²⁴.

Itália

O sistema nacional de saúde italiano é universal e organizado regionalmente, sendo papel do governo central definir um pacote nacional de benefícios estatutários a ser oferecido em todas as regiões^{9,11}. As 19 regiões do país e duas províncias autônomas têm a responsabilidade de organizar a prestação serviços de saúde por meio de unidades de saúde locais, com autonomia na forma de fazê-lo. A maior parte dos leitos hospitalares é pública. O gasto público em saúde é de 6,5% do PIB e corresponde a 73,9% do gasto total¹⁰. O setor privado é suplementar ao público.

Para responder a situações de emergência, um decreto presidencial foi publicado contendo medidas urgentes em relação à contenção e ao manejo da emergência epidemiológica do COVID-19. Aplicável em todo o território nacional, o decreto permitiu a requisição, pelo poder público, de estruturas, equipamentos e profissionais de saúde do setor privado²⁵, e abriu espaço para diálogo e construção de acordos entre os governos regionais e o setor privado, representado pelas associações locais de hospitais privados²⁶.

Em muitos casos, as unidades privadas foram utilizadas para receber pacientes do sistema público com diagnósticos que não COVID, permitindo que as estruturas públicas se concentrassem no atendimento a pacientes com quadros respiratórios²⁷. Em outras regiões, com menor capacidade de internação de pacientes críticos no setor público, unidades privadas foram dedicadas exclusivamente para atendimento de pacientes COVID²⁸. Também houve acordos do tipo “fila única”, que contemplam hospitalização em unidades públicas ou privadas de pacientes com todos os diagnósticos, não apenas COVID^{29,30}.

Chile

O Chile apresenta um sistema de saúde segmentado, que inclui um seguro público (Fundo Nacional de Saúde [FONASA]), um privado (Instituições de Seguridade Social [ISAPRE]) substitutivo ao público, e outros seguros específicos para as Forças Armadas⁸. A prestação de serviços públicos de saúde é realizada por secretarias ministeriais regionais. O gasto público em saúde é de 4,9% do PIB e corresponde a 60,5% do total. O setor privado, porém, concentra a maior parte dos leitos hospitalares¹⁰.

Em 2009, na pandemia do H1N1, o Ministério da Saúde do Chile criou um dispositivo para uso de recursos privados pelo sistema de saúde público chamado de

UGCC (*Unidad de Gestión Centralizada de Camas*) com vistas a coordenar o uso de leitos para pacientes críticos, no setor público e no setor privado³¹. Quando as unidades públicas de saúde chegam à saturação, os leitos do setor privado passam, automaticamente, a ser utilizados. A UGCC ordena o fluxo de pacientes graves seguindo uma classificação de complexidade, dando prioridade para a ocupação dos leitos públicos. Na resposta à COVID-19, o governo chileno publicou um decreto que atribui à UGCC a autoridade de regulação de todos os leitos para pacientes críticos existentes no país³². Não se verifica resistência a esta medida por parte do setor privado e os valores pagos pelas internações são pactuados previamente entre as partes^{33,34}.

México

O sistema de saúde mexicano é segmentado, composto por instituições de Seguridade Social do setor público, que cobrem trabalhadores do setor formal; o Sistema de Proteção Social em Saúde, que atende a população não coberta pela previdência social e o setor privado, que presta serviços à população com capacidade de pagamento direto⁸. O gasto público em saúde é de 3,1% do PIB, pouco superior ao privado, 52,5% do total. Observa-se alta proporção de desembolso direto para pagamento de despesas com saúde: 40% do gasto privado¹⁰. A maior parte dos leitos hospitalares está no setor público.

Em resposta à COVID-19, o governo federal e a Associação Nacional de Hospitais Privados assinaram um acordo de colaboração no qual a rede de hospitais privados disponibiliza 50% de seus leitos e equipamentos para atender pacientes não COVID-19, cobertos exclusivamente pelos seguros públicos, a fim de liberar leitos no setor público para o atendimento de pacientes com COVID-19³⁵. A estratégia, denominada “*Todos Juntos contra o COVID-19*”, colocou 3.115 leitos em hospitais privados à disposição para a população geral³⁶. O pagamento pelos serviços aí prestados será feito pelo setor público, aos preços acordados para a compra de serviços entre a seguridade social e o departamento de saúde do Governo Federal³⁷. O contrato é temporário e tem validade de um mês.

Peru

O sistema de saúde do Peru é segmentado, dividido em subsetor público, que dirige a maior parte das unidades de saúde públicas do país e presta serviços a populações

pobres por meio do sistema de Seguro Saúde Integral; um sistema de seguridade social, que possui a segunda maior rede do país e atende exclusivamente assalariados e familiares; e os serviços de saúde das Forças Armadas e da Polícia Nacional⁸. O gasto público em saúde é de 3,2% do PIB e corresponde a 61,5% do total. O subsetor privado atende principalmente a população de maior renda, sendo 30% dos gastos privados feitos por desembolso direto⁸.

No Peru, o decreto legislativo estabeleceu o "intercâmbio de benefícios", permitindo que pacientes sejam tratados em unidades com vagas disponíveis, independentemente se públicas, privadas ou da Previdência Social, a valores pré-definidos³⁸. Graças a essa medida, todas as pessoas sem cobertura privada ou da Previdência Social têm acesso ao sistema integrado. Isso inclui pessoas em situação irregular, como migrantes. Esta medida está respaldada pelo Decreto de Emergência do Peru, que autoriza o Executivo a impor aos hospitais privados a execução de "serviços extraordinários por sua duração ou natureza"³⁹.

Brasil

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é universal e descentralizado, com responsabilidades divididas entre as três esferas de governo. Cabem ao governo federal a definição e o financiamento de políticas nacionais de saúde; aos estados a organização regional e aos municípios a gestão da prestação da maior parte dos serviços. Apesar de o setor privado ser constitucionalmente complementar ao SUS, 56,8% do gasto em saúde é privado, o que corresponde a 5% do PIB, dos quais 20,35% por desembolso direto. O gasto público é de 3,8 do PIB. Apesar de o SUS contar com a maioria dos leitos hospitalares, a maior parte dos leitos de UTI encontra-se no setor privado.

Em razão da desigualdade no número de leitos de UTI entre os setores público e privado esteve em debate no país a implementação de uma "fila única" para acesso aos leitos de UTI para atendimento a pacientes Covid-19. Isto permitiria a hospitalização de pacientes do SUS em leitos privados, quando a capacidade pública estivesse esgotada⁴⁰. No entanto, associações de planos de saúde, hospitais privados e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se opuseram ao compartilhamento de leitos⁴¹. Até o mês de agosto de 2020 não houve registro de ação federal para orientar o uso de recursos privados para ampliar a capacidade do SUS.

Por outro lado, verificam-se iniciativas em estados como o Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Maranhão que publicaram, respectivamente, edital de chamamento público para leitos privados atenderem ao SUS, portaria que estabeleceu a possibilidade de uso de recursos privados quando a rede pública for insuficiente e decreto determinando a requisição administrativa dos serviços privados em caso de necessidade⁴²⁻⁴⁴. Em âmbito municipal, a Prefeitura de Curitiba publicou decreto estabelecendo condições e regras para a requisição de bens e serviços de assistência à saúde na pandemia e a de São Paulo publicou decreto estabelecendo parâmetros para abrir até 20% da rede privada para atender pacientes do SUS⁴⁵⁻⁴⁶. A tabela 02 apresenta uma síntese dos resultados encontrados.

Tabela 02. Quadro síntese

País	Contexto institucional	Instrumentos de gestão	Tipo de ação governamental
Austrália	Sistema nacional sob administração regional Financiamento predominante público Setor privado com forte atuação na prestação de serviços	Acordos nacional e sub-acordos regionais para uso de leitos privados pelo sistema público. Coordenação do acesso aos leitos definido em cada estado/território	Negociação nacional e acordos regionais
Espanha	Sistema nacional sob administração regional Financiamento predominante público Setor privado complementar	Decreto de emergência no país aplicável por cada região Coordenação do acesso aos leitos definida em cada comunidade autônoma	Determinação nacional e implantação regional
Irlanda	Sistema nacional de saúde sob administração federal Financiamento predominante público Setor privado complementar	Requisição total de serviços privados Coordenação nacional do acesso aos leitos	Determinação nacional e implantação nacional
Itália	Sistema nacional de saúde sob administração regional Financiamento predominante público Setor privado complementar	Decreto de emergência no país permite requisição de serviços do setor privado. “Fila única” para hospitalização instituída por região para todos os diagnósticos	Determinação nacional e implantação regional
Chile	Sistema misto, que inclui um seguro público e privado Financiamento predominante público Setor privado substitutivo	Decreto presidencial autorizou uso de leitos privados pelo sistema público Regulação do acesso aos leitos por UGCC (<i>Unidad de Gestión Centralizada de Camas</i>)	Determinação nacional e implantação nacional
México	Sistema segmentado, composto por seguridade social e sistema de Proteção Social públicos Financiamento privado semelhante ao público Setor privado substitutivo ao	Acordo entre o governo federal e a Associação Nacional de Hospitais Privados, por meio do qual a rede de hospitais privados disponibiliza 50% de seus leitos para atender pacientes não COVID-19	Negociação nacional e implantação nacional

	público		
Peru	Sistema segmentado, composto por seguridade social pública Financiamento predominante público Setor privado substitutivo ao público	Decreto legislativo estabeleceu o "intercâmbio de benefícios". Pacientes acessam unidades com vagas disponível, independentemente se públicas, privadas ou da Previdência Social	Determinação nacional e implantação nacional
Brasil	Sistema nacional sob gestão predominante municipal Financiamento predominante privado Setor privado suplementar ao público	Editais, portarias e decretos publicados por municipais e estaduais	Ausência de coordenação nacional Atuação localizada por estados e municípios

Fonte: Elaborado pelos autores.

Análise e discussão

As experiências analisadas demonstram que o uso de leitos em hospitais privados por sistemas públicos pode ser uma alternativa para rápida expansão da capacidade hospitalar na resposta à COVID-19. Entretanto, o modo de utilização é variado, sendo influenciado pelo contexto institucional, pela estrutura do sistema de saúde e, especialmente, pela ação governamental. Entre as experiências analisadas pode-se observar três tipos de ação governamental.

Um primeiro tipo é ação nacional de “determinação” da requisição de serviços privados, embasada em leis para situações de emergência ou decreto presidencial. A requisição pode ser total, como na Irlanda; conforme a necessidade apresentada pelo sistema público, como no Chile e no Peru; ou decidida regionalmente, como na Espanha e Itália. Nessas experiências a regulação de acesso ao leito é feita por meio de “fila única” coordenada pelo sistema público de saúde, nacional ou regionalmente.

Um segundo tipo de ação nacional é a “negociação” entre o governo federal e representantes do setor privado hospitalar, sendo estabelecidos acordos para colocar um determinado número de leitos privados à disposição para uso do sistema público de saúde. Na experiência da Austrália, o acordo nacional foi adaptado regionalmente, permitindo aprofundar a integração público/privada de acordo com as necessidades de cada região. Nesses casos ocorreu uma expansão da capacidade hospitalar pública sem necessidade de fila única.

Por fim, um terceiro tipo de ação é realizada por níveis subnacionais de governo, diante da ausência de coordenação nacional, como ocorre na resposta à COVID no

Brasil. Nesse caso, a expansão da capacidade hospitalar por meio do uso de serviços privados é limitada ao tipo de ação definido em cada local, que varia desde a contratação de número determinado de leitos até a requisição conforme necessidade.

Nossa análise, entretanto, apresenta limitações que precisam ser exploradas em estudos futuros. Por exemplo, se existe correlação entre orientação política de governos, estrutura de Estado, modelo de financiamento e organização dos sistemas de saúde no modo de ação governamental sobre o uso de recursos privados na resposta a COVID-19. Além disso, é preciso aprofundar a análise sobre algumas questões relativas à relação público-privada em situações de Emergência de Saúde Pública:

- *Dilema ético-institucional*: se houver vagas disponíveis em hospitais privados, como negar acesso em meio a uma Pandemia?
- *Responsabilidade sanitária do setor privado*: esgotada a capacidade pública, a disponibilidade de serviços privados mediante medidas compensatórias adequadas não deveria uma responsabilidade social dessas empresas?
- *Remuneração*: como estabelecer remuneração adequada para os hospitais privados, visando a reembolsar os custos reais?
- *Equidade*: como garantir que o paciente do sistema público receba cuidado com a mesma qualidade oferecida no setor privado?

Considerações finais

As experiências estudadas demonstraram que existem diferentes possibilidades de uso de estruturas hospitalares privadas por sistemas públicos de saúde para promover rápida ampliação da capacidade assistencial em situações de Emergências em Saúde Pública. A forma da utilização, porém, é influenciada pelo contexto e pela política institucional estabelecida em cada país e pelos instrumentos de gestão utilizados para operacionalizar a relação público-privada. Sistemas públicos de saúde fortes, com adequado financiamento público, governança e capacidade de alocação de recursos têm maior capacidade de coordenar a relação entre setores público e privado, ampliando a capacidade assistencial sem comprometer a equidade no acesso a serviços de saúde. As lições apreendidas no enfrentamento da Covid-19 devem ser utilizadas para fortalecer sistemas públicos de saúde num cenário pós-pandemia.

Referências

1. Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912.
2. Organização Mundial de Saúde. Public health emergencies: preparedness and response. Annual report on the implementation of the International Health Regulations (2005). [acesso em 2019 abr 4]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328559/A72_8-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*.
4. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*. 2020 Apr 11;395(10231):1225-8.
5. Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-americana de Saúde. Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19. [acesso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-reorganizacion-ampliacion-progresiva-servicios-salud-para-respuesta>
6. Tasca R, Massuda A. Estratégias para reorganização da Rede de Atenção à Saúde em resposta à Pandemia COVID-19: a experiência do Sistema de Saúde Italiano na região de Lazio. *APS EM REVISTA*. 2020 Apr 15;2(1):20-7.
7. Santos, I. S. (2011). Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2743-2752.
8. Organização Mundial da Saúde - Organização Pan-americana de Saúde. PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas. [acesso em 2020 mai. 20] Disponível em: https://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=347
9. Organização Mundial da Saúde; Escritório Regional para Europa. Países. [acesso em 2020 mai. 20] Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/countries>.

10. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Country Health Profiles 2019. [acesso em 2020 mai. 20] Disponível em: <http://www.oecd.org/health/country-health-profiles-EU.htm>
11. The Commonwealth Fund. International Health Care System Profiles. [acesso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://international.commonwealthfund.org/>
12. Ministério da Saúde do Brasil; DATASUS/. [acesso em 2020 mai. 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
13. Biggs A. COVID-19: Major partnership with private hospitals [internet]. Parliament of Australia. 2020 abr. 20 [acesso em 2020 mai. 20]. Disponível em: https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/FlagPost/2020/April/Agreement_with_private_hospitals
14. Private hospitals to free up thousands of beds in deal with Federal Government to tackle coronavirus [internet]. ABC News. 2020 mar. [acesso em 2020 mai. 20]. Disponível em: <https://www.abc.net.au/news/2020-03-31/coronavirus-agreement-to-keep-private-hospitals-open/12106496>
15. Australian Competition and Consumer Commission. Private and public hospitals to cooperate on COVID-19 in Victoria and Queensland. 2020 abr. 07. [acesso em 2020 mai. 20]. Disponível em: <https://www.accc.gov.au/media-release/private-and-public-hospitals-to-cooperate-on-covid-19-in-victoria-and-queensland>
16. Government of South Australia. Historic alliance between Public and Private hospitals to defeat COVID-19. 2020 abr. 04 [acesso em 2020 mai. 20]. Disponível em <https://www.premier.sa.gov.au/news/media-releases/news/historic-alliance-between-public-and-private-hospitals-to-defeat-covid-19>
17. Governo da Espanha. Real Decreto 463/2020. 2020 mar.14.. [acesso em 2020 mai. 20]. Disponível em: <https://boe.es/boe/dias/2020/03/11/pdfs/BOE-A-2020-3434.pdf#BOEa>
18. Ricart M. La Covid-19 monopoliza la sanidad privada en las áreas donde afecta más. [internet] La Vanguardia, Barcelona, 2020 abr. 04. [acesso em 2020 mai. 20]. Disponível em: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200404/48287491681/covid-19-monopoliza-sanidad-privada-areas-afecta-mas.html>
19. Alsedo Q. 2.200 camas UCI estuvieron libres en España mientras 12.000 ancianos morían sin asistencia en las residências. [internet] El Mundo, Madrid 2020 abr. 2020 [acesso em 2020 mai. 20]. Disponível em:

<https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/04/19/5e9b579521efa084288b45de.html>

20. Rejo R. La sanidad privada calcula que tiene 2.200 camas de UCI sin usar en toda España. [internet] El Diario. 2020 abr. 02. [acceso em 2020 mai. 20]. Disponível em:
https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-privada-calcula-UCI-Espana_0_1012449010.html
21. Socorro EO. Sanidad pública y privada tendrán que reforzar su alianza en la era post Covid-19. [internet] El Espanol. 2020 abr. 26 [acceso em 2020 mai. 20].
https://www.elespanol.com/invertia/observatorios/sanidad/20200426/sanidad-publica-privada-reforzar-alianza-post-covid-19/485202030_0.html
22. Horgan-Jones J. Private hospitals in State to cater for Covid-19 cases only as pandemic spreads. [internet] The Irish Times. 2020 mar. 25. [acceso em 2020 mai. 20]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/private-hospitals-in-state-to-cater-for-covid-19-cases-only-as-pandemic-spreads-1.4211349>
23. Lehane M. Government seeks new deal with private hospitals in pandemic. [internet] RTE. 2020 mai. 29. [acceso em 2020 jul. 30]. Disponível em: <https://www.rte.ie/news/coronavirus/2020/0529/1143415-coronavirus-private-hospitals/>
24. Kenny A. Arrangement with private hospitals met urgent objective, says Dept head. [internet] RTE. 2020 jul. 02. [acceso em 2020 jul. 30]. Disponível em: <https://www.rte.ie/news/ireland/2020/0602/1144866-dail-covid-19-committee/>
25. Governo da Itália. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. 2020 mar. 09. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/09/20A01558/sg>
26. Gli ospedali privati scendono in campo nell'emergenza Covid-19. Siglato accordo con la Regione: arrivano 3.750 posti letto in più. [internet] Ravenna Notizie. 2020 mar. 21. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.ravennanotizie.it/0-copertina/2020/03/21/gli-ospedali-privati-scendono-in-campo-nellemergenza-covid-19-siglato-accordo-con-la-regione-arrivano-3-750-posti-letto-in-piu/>
27. Ospedali privati a supporto del Covid-19: già 40 pazienti dimessi da Villa Serena. [internet] Telenord. 2020 abr. 27. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://telenord.it/ospedali-privati-a-supporto-del-covid-19-gia-40-pazienti-dimessi-da-villa-serena>

28. Scagliarini M. Puglia, ospedali Covid, in campo i privati: altri 220 posti realizzati in tempo record. [internet] La Gazzetta del Mezzo Giorno. Bari, 2020 abr. 02. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.lagazzettadelmezzogiorno.it/news/home/1216234/puglia-ospedali-covid-in-campo-i-privati-altri-220-posti-realizzati-in-tempo-record.html>
29. Virus: in campo anche cliniche private, ospiteranno pazienti Covid e no Covid. [internet] Abruzzoweb. L'Aquila. 2020 abr. 09. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.abruzzoweb.it/contenuti/coronavirus-coinvolte-cliniche-private-contratti-per-pazienti-covid-e-no-covid/727540-4/>
30. Cliniche private Covid, Nieddu: "Scelta nell'interesse della salute dei sardi". [internet] L'unione Sarda. Cagliari, 2020 abr. 25. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.unionesarda.it/articolo/news-sardegna/cagliari/2020/04/25/cliniche-private-covid-nieddu-scelta-nell-interesse-della-salute-136-1012237.html>
31. Ministério da Saúde do Chile. Unidad de Gestión Centralizada de Camas, UGCC. Período Enero 2014 – Diciembre 2017. 2018 jan. 31. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-UGCC-2014-2018.pdf>
32. Ministério da Saúde do Chile. Dispone instrucciones para la coordinación de la red pública y privada de salud por parte de la subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, 2020 abr. 01. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/1747890.pdf>
33. Ministério da Saúde do Chile. Dispone precios máximos que indica. Santiago, 2020 abr. 13. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/DO_1751692.pdf
34. Claro H. El decreto que permite al Gobierno usar camas de hospitales privados por coronavirus. [internet] El Dinamo, 2020 mar. 17. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.eldinamo.com/nacional/2020/03/17/chile-coronavirus-alerta-sanitaria-uso-de-camas-privadas-sistema-publico/>
35. Governo do México. Secretaria de Saúde. Sector Salud suscribe convenio con hospitales privados para hacer frente a la pandemia de COVID-19. [acceso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.gob.mx/salud/prensa/105-sector-salud-suscribe-convenio-con-hospitales-privados-para-hacer-frente-a-la-pandemia-de-covid-19>

36. Governo do México. Todos juntos contra el COVID. [acesso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://coronavirus.gob.mx/todos-juntos/>
37. Machorro JC. Hospitales privados ponen 50% de sus camas por contingencia de COVID-19. [internet] Expok, 2020 abr. 14. [acesso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.expoknews.com/hospitales-privados-ponen-50-de-sus-camas-por-contingencia-de-covid-19/>
38. Governo do Peru. Decreto Legislativo. N° 1466. 2020 abr. 26. [acesso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-aprueba-disposiciones-para-fortalece-decreto-legislativo-n-1466-1865659-1/>
39. Vega ES. Clínicas privadas quedan bajo dirección del Minsa durante la emergência. [internet] OJO2020 mar. 17. [acesso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://ojo-publico.com/1676/clinicas-privadas-quedan-bajo-direccion-del-minsa-durante-emergencia>.
40. Gragnani J. Fila única por leitos de UTI? As propostas para fechar conta de desigualdade entre SUS e planos de saúde. [internet] BBC Brasil. 2020 abr. 23. [acesso em 2020 mai. 20] Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52375980>
41. Agência Nacional de Saúde Suplementar. PROCESSO N°: 33910.010106/2020-60 VOTO N° 11/2020/DIGES. 2020 mai. 26. [acesso em 2020 jul. 20] Disponível em: https://static.congressoemfoco.uol.com.br/2020/06/76499_Voto-11.pdf
42. Governo do Rio Grande do Sul; Secretaria de Estado da Saúde. Edital de Chamamento No. 015/2020. Porto Alegre 2020 jul. 23. [acesso em 2020 jul. 30] Disponível em: <https://coronavirus-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202008/17104642-edital-de-chamamento-n15.pdf>
43. Governo do Espírito Santo; Secretaria de Estado da Saúde. Portaria SESA N° 77. 2020 mai. 04 [acesso em 2020 jul. 30] Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=394332>
44. Governo do Maranhão. Decreto 35.797. 2020 mai. 10. [acesso em 2020 jul. 30] Disponível em: <https://www.corona.ma.gov.br/public/uploads/arquivos/atos/33-5eb84b8d7c899.pdf>
45. Prefeitura Municipal de Curitiba. Decreto 407. 2020 mar. 17. [acesso em 2020 jul. 30] Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391117>

46. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Decreto 59.396. 2020 mai. 05 [acesso em 2020 jul. 30]. Disponível em: http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/nav_v5/index.asp?c=1&e=20200506&p=1

Recebido em 07/06/2020

Aprovado em 17/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve