



## artigo original

# Operadoras de planos de saúde e seus recursos assistenciais

*Health care operators and its assistance resources*

Carla Cardoso<sup>1</sup>, Chennyfer da Rosa Paino Paim<sup>2</sup>, Paola Zucchi<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** O presente artigo buscou abordar o tema da verticalização dos recursos assistenciais das operadoras de planos de saúde do Estado de São Paulo. O fato de as operadoras terem hospital próprio faz com que os clientes não sejam atendidos em hospital diferente cada vez que precise desse serviço, o que facilita a vinculação da informação, reduzindo custos de exames e diárias de internação. **Objetivo:** Apurar a quantidade de operadoras, no Estado de São Paulo, que administram e possuem hospitais próprios. **Método:** Trata-se de pesquisa bibliográfica e de campo, tendo sido aplicado questionário com perguntas fechadas nas operadoras de planos de saúde do Estado de São Paulo, registradas na Agência Nacional de Saúde (ANS). **Resultados:** Obteve-se uma amostra de 297 operadoras; 211 (71%) delas dispunham de rede referenciada exclusivamente terceirizada; e 58 (19,5%) possuíam rede própria, todas com hospitais. **Conclusão:** As operadoras têm constantemente buscado alternativas para reduzir seus custos, como a criação de sua própria rede credenciada de sistema de saúde.

### ABSTRACT

**Introduction:** The present paper aimed to broach the theme of verticalization of health plans operators' assistance resources of São Paulo State. The fact that the health plan operators have enrolled hospitals causes the clients not to be assisted in a different hospital each time they need, which facilitates the bounding of information, thus reducing costs of exams and hospitalization daily rates. **Objective:** To investigate the number of health plan operators of São Paulo State that manage and possess hospitals. **Method:** This paper consists of a bibliographical and field research carried out by means of a questionnaire with closed questions given to health plan operators of São Paulo State which were enrolled in the National Health Agency (ANS, acronym in Portuguese). **Results:** The sample gathered 297 health plan operators; 211 (71%) of them had a reference service exclusively outsourced and 58 (19.5%) had their own system, all with hospitals. **Conclusion:** The operators have been constantly searching alternatives to reducing costs such as the creation of an enrolled health service system.

### INTRODUÇÃO

Nos últimos dois anos, o número de hospitais administrados por operadoras de planos de saúde aumentou 66% no Brasil. Segundo dados do

mercado, atualmente 500 hospitais no país são administrados por planos de saúde<sup>1</sup>.

O principal motivo para esse movimento é que as operadoras estão

querendo reduzir seus custos e melhorar o controle sobre os atendimentos dos clientes. Utilizando-se do valor de análise desses custos das operadoras com hospitais próprios, é abordada

### Palavras-chave:

Planos de pré-pagamento em saúde  
Credenciamento de instituições de saúde  
Credenciamento de hospitais  
Assistência hospitalar

### Keywords:

Prepaid health plans  
Credentialing of health institutions  
Credentialing of hospitals  
Hospital Care

Conflito de interesse: nenhum declarado  
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado  
Data de recebimento do artigo: 24/01/2010  
Data de aprovação: 23/03/2010

1. Fisioterapeuta pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

2. Gerente dos ambulatórios da Micelli Associados; Enfermeira; Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

3. Professora da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Médica; Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); Professora do Grupo Interdepartamental de Economia da Saúde (Grides) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Vice-coordenadora do Centro Paulista de Economia da Saúde (CPES).

Endereço para correspondência: Paola Zucchi, Rua Botucatu, 685 – Vila Clementino – CEP 04023-062 – São Paulo (SP), Brasil.

E-mail: pzucchi@cpes.org.br

a estrutura na operação diária de um hospital. Os principais grupos de custos envolvidos com a prestação dos serviços são: as despesas com pessoal e as compras de medicamentos de materiais e produtos hospitalares, utilizados para realização dos atendimentos e o procedimento com os pacientes<sup>2</sup>.

Para os hospitais, o impacto é duplamente negativo, por exemplo: uma operadora comprou vários hospitais, que passaram a concorrer entre si ao mesmo tempo; como consequência, muitos deixaram de ser credenciados pela própria operadora. Vale informar que os planos privados com fins lucrativos, objeto desta análise, já concorrem com os privados filantrópicos, que são isentos de tributos<sup>2</sup>.

A verticalização nada mais é do que a busca das operadoras de planos de saúde em construir seus próprios recursos, ou seja, não terceirizar os serviços de saúde, a fim de obter meios próprios e reduzir custos<sup>2</sup>.

Essa verticalização das operadoras tem gerado mais um desafio para os hospitais privados. Muitas empresas de convênios médicos têm ampliado suas redes próprias de hospitais e de ambulatórios de especialidades. As operadoras de Medicina de Grupo inauguraram dez novos hospitais em 2007, aumentando para 250 o total de unidades hospitalares próprias no mercado contra 3.300 hospitais credenciados. O dado é do segmento de Medicina de Grupo<sup>2</sup>.

O surgimento das redes hospitalares no país deverá passar por fusões e aquisições, também como resposta à consolidação que deve ocorrer entre os outros segmentos da cadeia de saúde. Por ora, há apenas indícios de inícios desse movimento entre hospitais. Vale destacar que a Constituição Federal proíbe o capital estrangeiro de

ter participação societária em hospitais ou redes essenciais de atendimento à saúde. A barreira é relevante, pois é uma restrição expressiva para o setor se capitalizar e ter fôlego para promover fusões e aquisições. Muitos hospitais reivindicam mudanças da lei junto ao governo federal<sup>2</sup>.

As empresas do setor tradicionalmente possuem seus próprios serviços, mas a abertura recente de capital na Bolsa de Valores por grandes empresas do setor, como Amil e Medial, impulsionam novas aquisições. Além disso, as compras de pequenas e médias empresas de planos por grandes companhias do setor fazem com que determinadas operadoras tenham maior número de serviços sob seu controle<sup>2</sup>.

As grandes operadoras tendem a concentrar cada vez mais carteiras e unidade de negócios em sua rede privada, com previsão de crescimento por absorção estratégica de pequenos grupos; enquanto no segmento cooperativista, representado pelas Unimed(s), a tendência é de verticalizar recursos próprios e, possivelmente, de regionalização de operadoras com um novo processo de integração, por meio de concentração em grandes operadoras e transformação de pequenas em prestadoras de serviço, fazendo prever um modelo nuclear com base regional. A título de exemplo desse modelo, tem-se o surgimento recente da Unimed Cerrado, em Goiás<sup>3</sup>.

A verticalização poderá afetar a qualidade geral de atendimento, com cortes de exames e insumos hospitalares. Destaca-se ainda que o fato de estarem sendo preteridos pelos convênios poderá significar menor recursos para que continuem a investir em tecnologias<sup>4</sup>. Como algumas experiências de verticalização não foram eficientes, o custo foi maior e a qualidade pior<sup>1</sup>.

Como exemplo de país que mais investe em saúde no mundo, é possível citar os Estados Unidos, cujo PIB gasto nesse setor é estimado em 15,2%, contra 10% dos demais países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Em 2007, foram gastos US\$ 2,26 trilhões ou US\$ 7,5 mil *per capita* na área da saúde; e apesar de tanto dinheiro, o sistema americano é considerado o de mais baixa qualidade entre os países da OCDE. As taxas de expectativa de vida dos norte-americanos são menores que as de japoneses, ingleses ou canadenses. A mortalidade infantil nos Estados Unidos, por sua vez, é mais elevada do que em outros países desenvolvidos<sup>5</sup>.

Portela<sup>5</sup> relata ainda que 15,3% dos norte-americanos, ou seja, 45,7 milhões de pessoas, não têm nenhuma cobertura de assistência à saúde (dados de 2007), quadro esse piorado pela crise atual. *The Wall Street Journal* noticiou que, entre 2007 e 2008, 22% dos norte-americanos reduziram as visitas aos médicos e 11% diminuíram a compra de remédios prescritos.

O presidente Obama prometeu que todos os norte-americanos terão cobertura de um sistema público de saúde e, para isso, propôs um investimento no sistema de saúde de US\$ 634 bilhões em dez anos. Do recente pacote emergencial de US\$ 787 bilhões para combater a crise econômica, US\$ 155 milhões foram destinados à criação de 126 novos centros de saúde no país, com o objetivo de ampliar o acesso a serviços de atenção primária<sup>5</sup>.

Críticos afirmam que realmente existe uma ineficiência do sistema norte-americano de saúde, visivelmente exposta pelo alto custo administrativo e baixa qualidade assistencial. A alternativa encontrada é aumentar os investimentos na atenção primária e

prevenção, buscando melhorar não só o acesso, mas também a busca da atenção à saúde primária, que representa menor custo se comparada à assistência terciária<sup>5</sup>.

A verticalização definitivamente não é a solução para operadoras com dificuldades financeiras<sup>2</sup>. Segundo estudos recentes, ela não é garantia de melhor retorno ou de redução de custos, pois isso dependerá de alinhamento de incentivos e da coordenação das atividades de administração do plano de saúde e da prestação de serviços médicos-hospitalares dentro de uma mesma estrutura.

## OBJETIVO

O objetivo do trabalho foi apurar a quantidade de operadoras, no Estado de São Paulo, que administram e possuem hospitais próprios.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Tipo de estudo

O estudo proposto é uma pesquisa exploratória quantitativa, com coleta de dados por meio de questionário com perguntas fechadas. Os dados foram coletados pelos profissionais do serviço de atendimento ao cliente (SAC) das operadoras de planos de saúde, as quais fizeram parte da pesquisa.

A abordagem quantitativa foi utilizada para as perguntas fechadas do questionário, aplicando-se cálculos simples (somatório, média, frequência e percentual), permitindo tabular alguns aspectos relativos às características dos serviços pesquisados.

### Determinação da amostra

A amostra foi determinada conforme os seguintes critérios:

- critérios de inclusão: operadoras de planos de saúde do Estado de São

Paulo, com registro na lista da Agência Nacional de Saúde (ANS), acessada em 2008<sup>6</sup>;

- critérios de exclusão: foram excluídas da pesquisa as operadoras que além de planos de saúde administram planos odontológicos; as operadoras exclusivas de planos odontológicos; as operadoras registradas como administrativas e as operadoras inativas ou canceladas segundo o registro da ANS e operadoras com números de telefone inexistentes (número errado no registro ANS e não-constantemente na internet ou no auxílio à lista telefônica).

### Pesquisa de campo

As operadoras de planos de saúde bem como os endereços eletrônicos e telefones foram identificados pela lista de operadoras com registro que se encontra disponível no site da ANS<sup>6</sup>. Após a identificação dos prestadores, foram excluídas as operadoras que se enquadram no critério de exclusão deste estudo. Em seguida, foi realizado um contato telefônico para o SAC para a aplicação do questionário.

### População, local e período

A população do estudo foi constituída pelas operadoras de planos de saúde do Estado de São Paulo, registradas na lista da ANS<sup>6</sup>.

O período estabelecido para a coleta dos dados foi de julho 2008 a fevereiro de 2009.

### Sujeitos da pesquisa

Foram considerados como sujeitos da pesquisa de campo os atendentes do SAC e/ou responsáveis por esse setor das operadoras incluídas no estudo.

### Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica e de campo:

- pesquisa bibliográfica: foram consultadas publicações nacionais e internacionais sobre o tema em livros, revistas especializadas, artigos, teses, dissertações, manuais, dicionários e informações obtidas por meio da internet e diretamente aos acervos Bireme (base de dados Lilacs, SciELO, Medline) e Periódicos Capes, PubMed. Foram utilizadas para a pesquisa nessas bases de dados os descritores serviços para saúde, processos administrativos, hospitais, hospitais de prática de grupo, hospitais privados, hospitais lucrativos, administração hospitalar, planos de assistência à saúde, programas de assistência gerenciada, organização de prestadores preferenciais, planos médico-alternativos;

- pesquisa de campo: as operadoras de planos de saúde bem como os endereços eletrônicos e telefones foram identificadas pela lista de operadoras com registro que se encontra disponível no site da ANS<sup>6</sup>. Após a identificação dos prestadores, foram excluídas as operadoras que se enquadram no critério de exclusão desse estudo. Na sequência foi realizado um contato telefônico para o serviço de atendimento ao cliente e aplicado o questionário, especificando o intuito da pesquisa.

### Instrumento de coleta de dados

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Para a coleta de dados da pesquisa de campo, foi utilizado um questionário estruturado com perguntas fechadas. Após sua elaboração, o questionário foi testado antes de sua aplicação definitiva (pré-teste) em uma operadora de plano de saúde, considerada piloto.

### Tratamento dos dados

A coleta bibliográfica foi organizada e agrupada por pertinência.

Os dados bibliográficos para melhor visualização foram tratados em forma de itens, quadros e tabelas por meio do programa processador de texto *Word*.

Os dados coletados na pesquisa de campo, por meio do questionário, foram codificados numericamente de acordo com a aplicação telefônica feita pela pesquisadora. Dessa maneira, foi garantido o sigilo e o respeito aos procedimentos éticos em pesquisa, particularmente à preservação do anonimato dos participantes.

As respostas foram contadas para chegar-se à frequência em números absolutos também convertidos em porcentagens. Os resultados foram tabulados em planilhas eletrônicas – *Excel*, para melhor visualização das respostas.

Para o tratamento quantitativo foi utilizado um processo informatizado para gerar banco de dados, com quadros, tabelas, gráficos e cálculos de somatório, porcentagem, para melhor visualização, comparação e análise dos dados levantados na pesquisa de campo.

## RESULTADOS

A lista de registro das operadoras de planos de saúde da ANS apresentava um total de 1.750 operadoras registradas no Brasil, sendo 606 do Estado de São Paulo, das quais foram canceladas 40, das quais 38 por motivo de endereços inválidos, odontológicas 175, sendo excluídas 56 que estavam sem registro, conforme critério de exclusão. A resultante para este estudo constituiu-se de 297 operadoras de planos de saúde, localizadas no Estado de São Paulo (critério de inclusão). Do total real da amostra todas as operadoras participaram.

A Tabela 1 demonstra a distribuição das operadoras de planos de saúde segundo a região administrativa (RA) do Estado de São Paulo. Tomando como base os dados do Censo de 2005, o Estado de São Paulo é dividido em 16 mesorregiões ou RA: Araçatuba, Araraquara, Baixada Santista, Barretos, Bauru, Campinas, Franca, Marília, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Registro, São José dos Campos, São José do Rio Preto, Sorocaba, Piracicaba e São Paulo. Para melhor detalhamento, a região Metropolitana maior é a de São Paulo, que reúne 39 municípios do Estado, sendo eles: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Cajamar, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itapetininga, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá,

Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista. Observou-se que das 297 estudadas, 139 (46,8%) estavam localizadas em São Paulo.

A Tabela 2 descreve a distribuição das operadoras de planos de saúde considerando a classificação estabelecida pela ANS. Observou-se que das 297 estudadas, 101 (34%) eram Medicina de Grupo e 31 (10,4%) autogestão.

Em relação ao número de clientes cadastrados junto à ANS, 146 (49,2%) tinham entre 50 mil a 100 mil; 57 (19,2%) entre 101 mil a 300 mil; 47 (15,8%) tinham de 301 mil a 500 mil e mais de 501 mil vidas 47 (15,8%).

Verificou-se que em relação ao tipo de rede referenciada pelas operadoras de planos de saúde, 211 (71%) delas possuíam rede terceirizada, ou seja, somente rede contratada, 58 (19,5%) somente rede própria e 28 (9,5%) rede mista, ou seja, terceirizada e própria.

A Tabela 3 apresenta o comportamento da rede referenciada de hospitais e das operadoras de planos de saúde. Verificou-se que 167 (56,2%) possuíam rede terceirizada e apenas 58 (19,5%) das operadoras possuíam hospitais próprios.

Dentre as 58 participantes que possuem hospitais próprios, constatou-se que 52 (89,6%) possuíam entre 1 e 5 hospitais próprios, 3 (5,2%) possuíam de 6 a 10 hospitais e 3 (5,2%) mais de 11 hospitais próprios.

## DISCUSSÃO

As operadoras de planos de saúde classificadas como Medicina de Grupo

**TABELA 1**

**Distribuição das operadoras de planos de saúde segundo a região administrativa (RA) do Estado de São Paulo. São Paulo, 2008**

Região administrativa	Frequência Número de operadoras (%)
Araçatuba	10 (3,3)
Araraquara	7 (2,4)
Baixada	11 (3,7)
Santista	
Barretos	9 (3)
Bauru	0 (0)
Campinas	35 (11,8)
Franca	6 (2)
Marília	10 (3,4)
Presidente Prudente	6 (2)
Ribeirão Preto	11 (3,7)
Registro	5 (1,7)
São Paulo	139 (46,8)
São José dos Campos	13 (4,4)
São José do Rio Preto	19 (6,4)
Sorocaba	16 (5,4)
TOTAL	297 (100)

(101/ 34%) foram as mais frequentes entre os participantes da amostra e 139 (46,8%) estavam localizadas em São Paulo.

Em relação ao número de usuários, 146 (49,2%) operadoras dispõem entre 50 mil a 100 mil vidas; logo, acredita-se que quanto menor o número de usuários, menor o volume de utilização dos serviços, não sendo opção das empresas oferecer serviços próprios<sup>7</sup>.

Foi possível observar que 211 (71%) operadoras possuíam rede terceirizada, ou seja, somente rede contratada; 28 (9,5%), rede mista, ou seja, terceirizada e própria; e apenas 58 (19,5%) possuíam somente recursos próprios. Dessa forma, verificamos que a classificação das 58 operadoras de planos de saúde com recursos próprios, segundo o tipo, se distribuiu da seguinte forma: 28 eram Medicina de Grupo, 19 Filantrópicas e 13 Cooperativas.

O fato de ter hospital próprio faz com que o cliente não seja atendido em hospital diferente cada vez que precisa de um médico, e ser atendido em um mesmo local ou sistema, o que facilita a vinculação da informação, sendo que, o paciente tem um único prontuário. Assim, não seria necessário realizar um exame que pode já ter sido feito algum tempo atrás. E esse mesmo plano de saúde não terá de pagar a um hospital privado as diárias de um quarto quando o paciente precisar ficar internado<sup>8</sup>.

A busca por redução dos custos é constante em todos os segmentos. A verticalização associada ao capital estrangeiro fez com que o número de hospitais pertencentes às operadoras aumentasse de 300 a 500 nos últimos anos, ou seja, um aumento de 66%<sup>9</sup>.

Pode-se dizer que com tantas exigências previstas na lei, segundo a

legislação, artigo 199 da Constituição Federal, os hospitais privados são impedidos de terem dinheiro estrangeiro, sendo que as operadoras com esse impedimento foram levadas a separar seus hospitais próprios em estrutura societária distinta, que não integra o negócio que foi levado a Bolsa de Valores para abertura de capital em 2007<sup>9</sup>.

Com isso, as operadoras de Medicina de Grupo e as Cooperativas estão na frente do mercado com a compra de hospitais, tendo um aumento cada vez maior nessa modalidade. Além disso, para se manterem no mercado estão fazendo compra de carteira de clientes de operadoras menores, utilizando serviços de menor rentabilidade, como credenciamento e preferindo utilizar sua rede própria para serviços mais rentáveis como internação e cirurgia<sup>2</sup>.

Na Medicina, só existe uma forma de reduzir custos: aumentando a qualidade do serviço, quando o diagnóstico é feito precocemente, e o problema resolvido logo no início. Na maioria das vezes consegue-se evitar que o paciente tenha complicações no futuro e leve mais custos para a operadora<sup>8</sup>.

Nos últimos meses, têm-se observado comentários e discussões sobre a proposta de reforma do sistema de saúde norte-americano pelo atual presidente Barack Obama. Dentre as principais propostas, destaca-se o princípio da universalidade, ou seja, todos os cidadãos norte-americanos poderão utilizar o sistema e a melhoria do acesso a serviços preventivos e de atenção primária, pensando em diagnóstico/tratamento precoce e evitar complicações futuras<sup>5</sup>.

Pensando em universalidade e acesso, podem ser feitas interessantes comparações com o atual Sistema de

**TABELA 2**  
**Distribuição das operadoras de planos de saúde da região metropolitana de São Paulo, segundo a classificação estabelecida pela Agência Nacional de Saúde (ANS). São Paulo, 2008**

Classificação	Frequência Número de operadoras (%)
Seguradora	86 (29)
Autogestão	31 (10,4)
Medicina de grupo	101 (34)
Cooperativa	46 (15,5)
Outras	33 (11,1)
Total	297 (100)

**TABELA 3**  
**Distribuição das operadoras de planos de saúde do Estado de São Paulo, segundo o comportamento da rede referenciada de hospitais. São Paulo, 2008**

Tipo de rede de hospitais credenciada	Frequência Número de operadoras (%)
Própria	58 (19,5)
Terceirizada	167 (56,2)
Mista	72 (24,3)
Total	297 (100)

Saúde Brasileiro (SUS); e, segundo Bossi<sup>9</sup>, é possível ressaltar:

1. os Estados Unidos priorizam e alocam os investimentos em saúde melhor que o Brasil, este cerca de 7,5% e aquele, 17% dos respectivos PIBs, também decorrentes da riqueza da nação, ou seja, o investimento absoluto e relativo dos Estados Unidos é muito maior que o brasileiro<sup>9</sup>;

2. Brasil e Estados Unidos apresentam predomínio de financiamento em saúde privada;

3. o acesso à saúde em ambos os países gera polêmicas. O sistema norte-americano fornece dados e informações que permitem reconhecer clara e prontamente suas deficiências.



Há cerca de 50 milhões de excluídos e desassistidos, porém todos têm acesso a um sistema de saúde em situações de urgência ou emergência. No Brasil, esses dados são discutíveis<sup>9</sup>.

4. o reconhecimento do problema e a busca de soluções de forma transparente, objetiva e pública, diferenciam ambos os países. No modelo norte-americano, os responsáveis pelo financiamento privado do sistema são o emprego e a vida produtiva. Idosos, desempregados, incapacitados, ou crianças de famílias menos favorecidas do ponto de vista econômico são dependentes do financiamento público integral ou parcial (Medicaid, Medicare e SCHIP). Embora não seja um sistema universal e haja muita ineficiência no uso do recurso, tal modelo está estruturado e tem regras claras de inclusão e proteção social. Há o respeito e a valorização à responsabilidade, decisão e escolha individual, embora algumas dessas ações aconteçam em detrimento do coletivo. No Brasil, pouco mais de 40 milhões de brasileiros têm acesso a ambos os sistemas, ao público por toda a vida e ao suplementar por parte da vida, enquanto contribuinte. Há 150 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente do sistema público, porém o utiliza na maioria das vezes só nas situações de urgência e emergência<sup>9</sup>.

A proposta de Obama é aumentar impostos dos mais ricos, criando um fundo de reserva de US\$ 634 bilhões, sendo US\$ 318 bilhões formados pelo aumento de impostos dos mais ricos (durante dez anos). Os impostos sobre os mais ricos incidirão sobre a parcela do rendimento familiar que exceder US\$ 250 mil por ano. Para essa faixa

a alíquota subirá de 35 para 39,6%. A outra parte viria de cortes nos gastos do governo norte-americano com saúde, como redução nos subsídios para hospitais e seguradoras. As indústrias farmacêuticas também terão que aumentar o desconto nos medicamentos vendidos ao governo<sup>10</sup>.

Outra proposta é expandir o acesso aos seguros, melhorar o atendimento e coibir custos excessivos, sem interromper investimentos. Diferentemente de tentativas fracassadas do passado, o novo governo não pretende enviar uma lei pronta para análise ao Congresso, e sim negociar com legisladores a partir de princípios básicos, como o objetivo de universalização do atendimento, reduzir mensalidades dos planos, enfraquecer o elo entre emprego e seguradoras e pagar as reformas com a redução de custos a longo prazo<sup>10</sup>.

## CONCLUSÃO

Há anos os planos e operadoras de saúde ganharam cada vez mais espaço no Brasil. Seguindo essa linha, muitos hospitais buscaram lançar planos próprios para atrair mais clientes.

Os planos de saúde com hospitais próprios têm um conflito de interesse, visto que aqueles querem gerar serviços, e as operadoras de planos de saúde querem diminuir a demanda destes; por isso, o hospital deve ter duas linhas de negócios: uma para vender os serviços do hospital para as operadoras que não têm hospitais próprios; outra para fazer com que seu hospital reduza o custo assistencial como operadora.

Observa-se, ainda, que o número de operadoras que dispõem de hospitais próprios é pequeno, sendo apenas 58 das 297 elencadas nesta pesquisa; as

operadoras têm buscado constantemente alternativas para reduzir seus custos, e a criação da rede referenciada própria tem sido uma delas; o processo, entretanto, está sendo feito lentamente.

## REFERÊNCIAS

1. Hospital Business. Disponível em: <http://www.hospitalbusiness.com.br>. Acesso em 20 set. 2008.
2. Jornal Valor Econômico. Últimas Notícias. Finanças. Disponível em: <http://www.valoronline.com.br/?online/financas/10/6284934/fmi-esperareducao-da-volatilidade-dos-mercados-ate-o-fim-do-ano>. Acesso em 15 nov. 2008.
3. Unimed do Brasil (Unimed). Sobre a Unimed. Relatório de Gestão. Disponível em: [http://www.unimedjm.com.br/UnimedJM\\_Relatorio%20de%20Gestao\\_2009\\_VISUALIZACAO.pdf](http://www.unimedjm.com.br/UnimedJM_Relatorio%20de%20Gestao_2009_VISUALIZACAO.pdf). Acesso em 10 dez. 2008.
4. Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). Links. Empresariais. Disponível em: <http://www.abramge.com.br/imagens/banco/file/Revista/Revista204.pdf>. Acesso em 10 dez. 2008.
5. Portela LF. O que o Brasil pode aprender com Obama e o sistema de saúde americano? Revista Saúde e Ciência [on-line]. 11 mar. 2009. Disponível em: <http://www.nublog.com.br/exibecompleta.php?codnot=1068&pagina=3&mes=>. Acesso em 19 abr. 2004.
6. Agência Nacional de Saúde (ANS). Lista de registro das Operadoras de Planos de Saúde. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/site/d\\_oper/Dados\\_Operadoras.asp?arq=xls](http://www.ans.gov.br/portal/site/d_oper/Dados_Operadoras.asp?arq=xls). Acesso em 10 jun. 2008.
7. Paim CRP. Auditoria de avaliação dos serviços de saúde no processo de credenciamento. Tese (Mestrado em Economia da Saúde). Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, 2007.
8. Westin R. Planos de saúde investem em hospitais próprios. O Estado de São Paulo, 10 jul. 2006. Disponível em: [http://cvirtual-economia.saude.bvs.br/tiki-read\\_article.php?articleId=64](http://cvirtual-economia.saude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=64). Acesso em 20 abr. 2009.
9. Bossi M. Obama, o desafio da saúde e o Brasil. A Tribuna Piracicabana, São Paulo, 17 abr. 2009. Disponível em: <http://www.tribunatp.com.br/modules/publisher/item.php?itemid=539&keywords=Obama+desafio+da+sa%FAde+Brasil>. Acesso em 20 abr. 2009.
10. Hospitalar. Veículo: Site Hospitalar Editoria: Notícia, São Paulo, 3 mar. 2009. Disponível em: [http://www.abraidi.com.br/docs/pdf\\_not/Obama%20prop%C3%B5e%20universalizar%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde%20nos%20EUA%20-%2016.03.091.doc](http://www.abraidi.com.br/docs/pdf_not/Obama%20prop%C3%B5e%20universalizar%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde%20nos%20EUA%20-%2016.03.091.doc). Acesso em 21 abr. 2009.