



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Domínguez Ugá, Maria Alicia; Murat Vasconcellos, Miguel; Lemos Lima, Sheyla Maria;
Crisóstomo Portela, Margareth; Gerschman, Silvia

Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre
hospitais privados

Revista de Saúde Pública, vol. 43, núm. 5, outubro, 2009, pp. 832-838

Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240179012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Maria Alicia Domínguez Ugá
Miguel Murat Vasconcellos
Sheyla Maria Lemos Lima
Margareth Crisóstomo Portela
Silvia Gerschman

Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados

Mechanisms of microregulation of private hospitals by health plan operators

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os mecanismos de microrregulação aplicados pelas operadoras de planos de saúde nas práticas de gestão da clínica e de qualificação assistencial em hospitais prestadores de serviços.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado em inquérito de abrangência nacional, cujo universo foi constituído pelos hospitais prestadores de serviços às operadoras de planos de saúde em 2006. Foi construída uma amostra de 83 unidades, estratificada segundo macrorregião do Brasil e tipo de hospital. Os dados foram obtidos por meio de aplicação de questionário em entrevista aos dirigentes dos hospitais.

RESULTADOS: A microrregulação que as operadoras de planos de saúde exercem sobre os hospitais em termos da qualificação da assistência foi muito baixa ou quase nula. A atuação das operadoras foi majoritariamente destinada ao intenso controle da quantidade de serviços utilizados pelos pacientes. Os hospitais que prestavam serviços a operadoras de planos de saúde não constituíam micro-sistemas de saúde paralelos ou suplementares ao Sistema Único de Saúde (SUS). Observou-se que os prestadores hospitalares privados eram majoritariamente vinculados ao SUS. Entretanto, não pertenciam à rede alguma de prestadores privados, ainda que fossem objeto de forte regulação da utilização de seus serviços, exercida pelas operadoras de planos de saúde. A intervenção das operadoras de planos de saúde enquanto gestoras de sistemas de cuidado foi incipiente ou quase ausente. Aproximadamente a metade dos hospitais declarou adotar diretrizes clínicas, enquanto apenas 25,4% afirmaram exercer a gestão da patologia e 30,5% mencionaram a gestão dos casos.

CONCLUSÕES: As relações contratuais entre hospitais e operadoras de planos de saúde se constituem em contratos meramente comerciais com pouca ou nenhuma incorporação de aspectos relativos à qualidade da assistência contratada, limitando-se, em geral, a aspectos como definição de valores, de prazos e procedimentos para pagamento.

DESCRITORES: Saúde Suplementar, organização & administração. Sistemas Pré-Pagos de Saúde. Serviços Contratados, normas. Serviços Hospitalares. Hospitais Privados.

Departamento de Administração e Planejamento, Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Maria Alicia Domínguez Ugá
Fundação Oswaldo Cruz
R. Leopoldo Bulhões, 1480, sala 709 –
Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: domingue@ensp.fiocruz.br

Recebido: 14/4/2008
Revisado: 3/4/2009
Aprovado: 14/4/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the mechanisms employed by health plan operators for microregulation of clinical management and health care qualification within care-providing hospitals.

METHODS: A nation-wide cross-sectional study was carried out. The universe consisted of hospitals which provided care to health plan operators in 2006. A sample of 83 units was selected, stratified by Brazilian macroregion and type of hospital. Data were obtained by means of a questionnaire administered to hospital managers.

RESULTS: Microregulation of hospitals by health plan operators was minimal or almost absent in terms of health care qualification. Operator activity focused predominantly on intense control of the amount of services used by patients. Hospitals providing services to health plan operators did not constitute health micro-systems parallel or supplementary to the *Sistema Único de Saúde* (SUS - Brazilian National Health System). The private care-providing hospitals were predominantly associated with SUS. However, these did not belong to a private care-provider network, even though their service usage was subject to strong regulation by health plan operators. Operator intervention in the form of system management was incipient or virtually absent. Roughly one-half of investigated hospitals reported adopting clinical directives, whereas only 25.4% reported managing pathology and 30.5% reported managing cases.

CONCLUSIONS: Contractual relationships between hospitals and health plan operators are merely commercial contracts with little if any incorporation of aspects related to the quality of care, being generally limited to aspects such as establishment of prices, timeframes, and payment procedures.

DESCRIPTORS: Supplemental Health, organization & administration. Health Maintenance Organizations. Contract Services, standards. Hospital Services. Hospitals, Private.

INTRODUÇÃO

Entende-se por microrregulação o conjunto de mecanismos de indução e de controle exercidos por um agente econômico sobre outro; neste caso, as operadoras de planos de saúde sobre os hospitais. Esses mecanismos de microrregulação, que no âmbito da experiência internacional consubstanciam os conhecidos sistemas de *managed care* (ou atenção gerenciada), têm sido objeto de inúmeros estudos^{1,2} nos Estados Unidos com o intuito de analisar seus efeitos sobre o gasto em saúde e sobre o acesso, a utilização e a qualidade dos serviços oferecidos e a satisfação de clientes e de profissionais vinculados a esses sistemas. Pesquisa realizada por Borowsky et al (1997)¹ com médicos de três planos diferentes (dois planos oferecidos por HMOS (*Health Maintenance Organizations*), conhecido por modelo “rede”, e um pelo modelo “*staff*”), identificou fatores que limitavam quantitativa e qualitativamente a oferta de serviços e influenciavam na prestação de assistência médica, tais

como limitações de acesso a serviços cobertos pelo plano e política de autorização prévia à utilização.

Estudo realizado por Davis & Schoen (1998),² também com o intuito de apurar a relação entre a satisfação dos médicos e a atenção gerenciada, apontou que a prestação da assistência regulada por esses sistemas é considerada de baixa qualidade pelos profissionais. Dois terços dos médicos relataram problemas em relação à limitação do número de dias de internação e 50% admitiram dificuldades para obter autorização para hospitalizar pacientes. Além disso, 41% dos médicos responderam que o tempo gasto com os pacientes declinou nos últimos três anos e somente 7% responderam o contrário.

No Brasil, estudo recente (Ministério da Saúde, ANS, 2005)^a analisou essa questão a partir de uma amostra de conveniência que abrangeu importantes empresas do segmento da saúde suplementar. Nas relações entre

^a Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda – Microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Regulação e Saúde 4. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

operadoras e prestadores, os pontos mais críticos são: fluxos de pagamento (inadimplência, glosas), utilização de órteses e próteses e incorporação de tecnologias de alto custo, dentre outros. Segundo o estudo, “pode-se estar vivendo uma transição tecnológica no setor saúde, [...] caracterizada não mais pela incorporação de tecnologias duras ao processo de cuidado, mas pela busca de uma verdadeira tentativa de captura de autonomia dos médicos, através de sofisticados mecanismos gerenciais que possibilitem a introdução de uma lógica administrativa e racionalizadora [...]”.

Esse assunto reflete ainda um momento peculiar das ações regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No período de atuação da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), a regulação das operadoras de planos de saúde se atinha fundamentalmente ao monitoramento, i.e., se essas empresas tinham capacidade financeira para arcar com seus compromissos contratuais. A ANS introduziu uma abordagem muito mais abrangente na regulação desse segmento, preocupando-se com a cobertura oferecida pelos planos de saúde e, atualmente, mediante a criação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.^a Assim, a ANS volta-se ao monitoramento da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde, utilizando indicadores de estrutura, processo e resultados da prática médico-assistencial.

As relações que se estabelecem entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços incluem a forma de contratualização, remuneração e os instrumentos de regulação não financeiros (tais como a existência de médico de porta de entrada, restrições na utilização de alguns serviços intermediários, a adoção de autorizações prévias, dentre outros mecanismos). Tais relações interferem no modelo assistencial, induzindo ou não à atenção mais integral ao paciente. Assim, também incidem sobre a qualidade dos serviços prestados.

Entende-se gestão da clínica como “um sistema destinado a assegurar que padrões clínicos ótimos sejam alcançados e que sejam constantemente aperfeiçoados para melhorar a qualidade das práticas clínicas. Dentre os instrumentos de gestão da clínica destacam-se: a revisão do uso dos procedimentos clínicos, a perfilação clínica, a gestão de patologia, a gestão de caso e os protocolos clínicos”.^b

O objetivo do presente estudo foi analisar a microrregulação das operadoras de planos de saúde nas práticas de gestão da clínica e de qualificação assistencial em hospitais prestadores de serviços.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado por meio de um inquérito de abrangência nacional. O universo foi constituído pelo conjunto de 3.817 hospitais privados prestadores de serviços às operadoras de planos de saúde, definido a partir do cruzamento do Cadastro de Prestadores de Serviços a Planos de Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em julho de 2006.

A partir desse universo, foi construída uma amostra estratificada por macrorregiões geográficas e segundo o tipo de hospital (geral ou especializado). A alocação do tamanho total da amostra nos estratos naturais foi feita de forma proporcional ao número de leitos de cada estrato natural. Para aumentar a eficiência da amostra em cada estrato natural foi aplicado o algoritmo de Hedlin (2000)³ para determinar o ponto de corte (número de leitos) entre um estrato-certo (*take-all*) e um estrato amostrado (*take-some*), de forma a minimizar a variância do número de leitos dado um tamanho pré-fixado de amostra no estrato natural. O tamanho da amostra foi de 83 unidades.

Procedeu-se posteriormente à ampliação da amostra para generalização e, tendo em vista que se trabalhou com uma amostra estratificada, foram aplicados pesos diferenciados a cada estrato, segundo o tamanho do universo de cada um. O resultado final se constitui em um universo estimado de 3.799 hospitais.

No que se refere ao instrumento de coleta de dados, foi elaborado um questionário contemplando as seguintes dimensões:

- capacidade instalada e produção assistencial do prestador;
- práticas e estruturas de garantia e monitoramento da qualidade assistencial dos serviços prestados;
- aspectos organizacionais e assistenciais considerados no processo de regulação entre operadoras de planos de saúde e prestadores;
- mecanismos, práticas e incentivos utilizados no processo de regulação entre operadoras e prestadores; caracterização do processo de contratualização entre prestadores e operadoras – negociação, formalização, mecanismos de acompanhamento, incentivos, dentre outros;
- satisfação dos prestadores em relação à regulação praticada pelas operadoras;
- percepção dos prestadores sobre o papel da ANS na regulação do campo da saúde suplementar.

^a Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de qualificação de saúde suplementar. [citado 2009 ago 16] Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/apresentacao_final.pdf

^b Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Além das perguntas estruturadas, o questionário continha uma pergunta aberta para a livre manifestação dos dirigentes hospitalares sobre sua relação com as operadoras de planos de saúde.

A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2006, por meio de entrevista com os dirigentes das 83 unidades hospitalares. Os pesquisadores de campo foram treinados para esta atividade. Os dados foram digitados pelos próprios pesquisadores de campo em formulário eletrônico encaminhado por meio digital para um banco de dados próprio. Os dados foram processados utilizando-se o programa SAS.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

RESULTADOS

O parque hospitalar privado que presta serviços a operadoras de planos de saúde foi majoritariamente composto de unidades de pequeno porte, sendo quase a metade de alta complexidade. A maior parte (72,0%) desses hospitais privados também tinham inserção no sistema público.

A principal operadora concentrava mais da metade, em média, do faturamento de cada hospital, o que denota forte concentração na origem das receitas provenientes da prestação de serviços a operadoras de planos de saúde.

Uma grande parte dos hospitais possuía áreas e ou serviços diferenciados que lhes conferiam poder competitivo, tendo sido o mais citado o serviço de traumatismo-ortopedia. Entretanto, esta diferenciação não se traduziu, em grande parte dos casos, em algum papel de referência em rede de serviços, pois menos da metade (46,5%) dos hospitais referiu integrar uma rede de prestadores de alguma operadora de planos de saúde. Dos hospitais que declararam pertencer a alguma rede de prestadores de alguma(s) operadora(s), 74,1% deles mencionaram possuir algum serviço de referência. Ainda, dentre os hospitais que integravam alguma rede de prestadores, 65,6% declararam encaminhar pacientes para outros hospitais integrantes da referida rede.

No que se refere às práticas assistenciais e microrregulação pelas operadoras de planos de saúde, houve maior adoção de diretrizes clínicas principalmente nos hospitais de maior complexidade assistencial (gerais ou especializados, com UTI). Tais diretrizes tinham por objeto principal o tratamento do infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, assistência ao parto, diabetes, infecção hospitalar e hipertensão arterial. Entretanto, essa presença de diretrizes clínicas deve ser relativizada, pois foi baixa a adesão dos médicos a tais procedimentos, bem como a difusão das diretrizes entre os pacientes.

A intervenção das operadoras de planos de saúde enquanto gestoras de sistemas de cuidados é incipiente ou quase ausente.

Aproximadamente a metade (51,6%) dos hospitais declararam adotar diretrizes clínicas, enquanto apenas 25,4% do universo do estudo afirmou exercer a gestão da patologia e 30,5% mencionou gestão de casos. Observou-se que as operadoras eram ausentes na indução dessa prática: os 1.961 hospitais que adotaram diretrizes clínicas o fizeram em função da política do hospital, independentemente de demandas externas (93,5% dos casos) ou de iniciativas de grupos/serviços médicos específicos (6,5% dos casos).

No que se refere à indução da gestão de patologias, também foi pouca a participação das operadoras, correspondendo a 7,9% dos casos que adotaram esta prática. Na maioria (73,2%) dos casos, ela resultou de política do hospital independentemente de demandas externas, enquanto em 30,4% dos casos ela decorreu de iniciativas de grupos ou serviços médicos específicos. Estas duas situações não eram excludentes.

Por sua vez, a gestão dos casos, observada em 1.158 hospitais, também ocorreu sem nenhuma indução por parte das operadoras: 93,8% dos hospitais fizeram essa prática como decorrência de política própria, independentemente de demandas externas e, em alguns casos, também por iniciativa de grupos ou serviços médicos específicos.

Considerando-se outras ferramentas da gestão da clínica, observa-se que tampouco foram objeto de qualquer indução por parte das operadoras de planos de saúde. Por exemplo, quanto à exigência de segunda opinião médica para procedimentos específicos, os hospitais que a adotaram o fizeram por decorrência de política própria (60,5% dos casos) e/ou por iniciativa de alguns grupos ou serviços médicos (50% dos casos). O mesmo ocorre com a realização de estudos sobre variações na prática médica: dentre os 842 hospitais que os fizeram, apenas um o fez em decorrência da indução de alguma operadora de planos de saúde. Na maior parte dos casos (86,6%), essa prática decorreu da política própria do hospital e/ou (menos frequentemente) da iniciativa de grupos ou serviços médicos específicos.

Ainda, indicadores mais específicos de qualidade da gestão assistencial mostraram baixa presença de práticas tais como: orientação para reperfusão coronariana no infarto agudo do miocárdio, acompanhamento de diagnóstico de câncer de mama e acompanhamento de rastreamento de câncer de colo uterino e de próstata.

Assim, as práticas de qualificação da atenção decorreram fundamentalmente de iniciativas da direção do hospital ou de grupos médicos, sem interferência das operadoras em tais direcionamentos.

A Tabela 1 apresenta algumas estruturas e práticas de garantia e monitoramento da qualidade, induzidas ou não por operadoras. Na maioria dos casos (entre 73,4% e 100,0%), tais práticas foram adotadas por iniciativa própria do hospital, tendo as operadoras um papel indutor ínfimo ou nulo nesse aspecto.

Houve indução exercida pelas operadoras de planos de saúde apenas no que se refere à presença de comissão de controle de infecção hospitalar sem busca ativa (13,2% dos hospitais) e com busca ativa (8,1%) e de comissão de revisão de óbitos com atuação sistemática (7,6%). Observou-se participação pouco expressiva no estímulo à criação de comissão de ética médica com atuação sistemática (4,5% dos hospitais), de pesquisa de satisfação de usuários com atuação sistemática (4,4%) e, finalmente, de comissão de farmácia e terapêutica (4,1%).

Quanto à contratualização entre operadoras de planos de saúde e hospitais, 91,2% dos hospitais se relacionava com todas as operadoras de planos de saúde mediante contrato formal, dos quais 76,4% estabeleceram negociação prévia e 18,5% foram objeto de visita técnica (Tabela 3). Esses mecanismos não foram excludentes. Poucos hospitais relacionavam-se mediante acordo verbal ou operavam sem contrato (alternativas apresentadas como distintas no questionário), correspondendo, por sua vez, a uma parcela muito pequena de operadoras a quem prestavam serviços.

A Tabela 4 mostra que 94,5% dos hospitais realizava contratos formais incluindo todos os serviços hospitalares, dos quais 73,3% praticavam essa modalidade de contrato com todas as operadoras. Poucos hospitais realizavam contratos para a oferta de apenas parte

Tabela 1. Distribuição dos hospitais com estruturas e práticas de garantia e monitoramento da qualidade assistencial segundo indução de operadoras de planos de saúde. Brasil, 2006.

Estruturas e práticas de garantia e monitoramento da qualidade assistencial	Hospital					
	Com indução ^a		Sem indução ^b		NSI ^c	
	n	%	n	%	n	%
Comissão de farmácia e terapêutica	77	4,1	1818	95,9	0	0,0
Comissão de revisão de prontuários com atuação sistemática	0	0,0	1722	87,5	247	12,5
Comissão de revisão de prontuários sem atuação sistemática	0	0,0	631	100,0	0	0,0
Comissão de controle de infecção hospitalar com busca ativa	191	8,1	1722	73,4	433	18,5
Comissão de controle de infecção hospitalar sem busca ativa	131	13,2	795	79,8	70	7,0
Comissão de revisão de óbitos com atuação sistemática	76	7,6	741	73,7	188	18,7
Comissão de revisão de óbitos sem atuação sistemática	0	0,0	526	93,4	37	6,6
Comissão de ética médica com atuação sistemática	76	4,5	1433	84,5	187	11,0
Comissão de ética médica sem atuação sistemática	0	0,0	782	86,2	125	13,8
Pesquisa de satisfação de usuários com atuação sistemática	77	4,4	1667	95,6	0	0,0
Pesquisa de satisfação de usuários sem atuação sistemática	0	0,0	1120	99,9	1	0,1

^a Com indução corresponde à soma do número de hospitais que implantaram a comissão em função de exigência de umas das 5 principais operadoras e exigência de outra operadora.

^b Sem indução corresponde à soma do número de hospitais que implantaram a comissão independentemente de demandas externas e por iniciativas de grupos/serviços médicos.

^c Não sabe informar

A Tabela 2 apresenta dados sobre a influência das operadoras sobre o sistema de informação assistencial. A maioria absoluta (98,0%) dos hospitais que tinham um sistema de informação sobre a produção assistencial o implantaram por iniciativa própria. Da mesma forma, dos 142 hospitais que tinham cadastro eletrônico, nenhum declarou ter sido objeto de indução das operadoras a esse respeito. Por sua vez, o cadastro de pacientes, presente em 3.578 hospitais, foi predominantemente feito por iniciativa própria destas unidades; em apenas 2% destes casos houve influência das operadoras de planos de saúde.

Tabela 2. Distribuição dos hospitais com sistemas de informação assistencial segundo indução de operadoras de planos de saúde. Brasil, 2006.

Tipo de informação assistencial	Hospital			
	Com indução		Sem indução	
	n	%	n	%
Sistema de informação sobre a produção assistencial	55	2,0	2.931	98,0
Prontuário eletrônico	0	0,0	142	100,0
Cadastro de pacientes	73	2,0	3.505	98,0

Tabela 3. Distribuição de hospitais segundo situação e forma de relação comercial com suas operadoras planos de saúde. Brasil, 2006.

Forma de relação comercial	Todas as operadoras		A maioria das operadoras		A minoria das operadoras		Nenhuma operadora		NSI ^a	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contrato formal	3465	91,2	263	6,9	0	0,0	0	0,0	71	1,9
Negociação prévia	2903	76,4	297	7,8	132	3,5	321	8,5	144	3,8
Visita técnica	703	18,5	597	15,7	1720	45,3	565	14,9	214	5,6
Acordo verbal ^b	0	0,0	0	0,0	261	6,9	3467	91,2	71	1,9
Sem contrato ^b	0	0,0	0	0,0	154	4,1	3574	94,1	71	1,9

^a Não sabe informar^b Estas duas respostas foram apresentadas no questionário como alternativas distintas

de seus serviços, tais como: somente ambulatoriais (17%), somente internação (13,7%) ou somente para alguns procedimentos (9,8%). Portanto, em torno de 80% dos hospitais não praticava contratos formais com operadoras de planos de saúde para oferta parcial de seus serviços.

Para a maioria dos hospitais o percentual médio de glosas de suas contas, pelas operadoras, encontrava-se abaixo de 10%, com média de 8%; 30% não recuperaram mais da metade das glosas em 2006.

No que se refere a reajuste de preços, 43,8% dos hospitais apresentavam periodicidade anual nos reajustes do preço dos serviços oferecidos às operadoras de planos de saúde.

A forma de remuneração mais utilizada pelas operadoras foi o pagamento por ato médico ou unidade de serviço. Outras modalidades – tais como orçamento global, capitação ou caso tratado (pacote) – foram pouco praticadas. Assim, poucos hospitais (131) relacionavam-se com todas suas operadoras tendo como forma de pagamento “caso tratado” e apenas 77 hospitais (não necessariamente distintos daqueles 131) tiveram a forma de pagamento por capitação praticada pela minoria de suas operadoras. Ainda, 303 hospitais referiram o orçamento global como a forma praticada pela minoria de suas operadoras.

DISCUSSÃO

As análises das relações contratuais entre os prestadores hospitalares e operadoras de planos de saúde mostram uma forte tendência para a formalização dessas relações. Entretanto, são contratos meramente comerciais com pouca ou nenhuma incorporação de aspectos relativos à qualidade da assistência contratada. Limitam-se, em sua quase totalidade, a definição de valores, de prazos e procedimentos para pagamento ou unidade de pagamento. Assim, os hospitais relataram inexistência

ou baixa prevalência, nos contratos, de critérios para glosa das contas apresentadas, da exigência de indicadores qualitativos e quantitativos da qualidade assistencial, critérios de indicação de procedimentos (uso de diretrizes clínicas), informações curriculares dos profissionais de saúde, entre outros indicadores básicos para as operadoras exercerem a prática da regulação assistencial voltada para maiores benefícios de seus clientes.

Ainda nessa mesma linha de conduta, as operadoras pareceram não se preocupar com as instalações dos hospitais que contratam e a qualidade da atenção prestada. Da mesma forma, quase nunca foi verificada a existência de comissões básicas para a boa qualidade assistencial (de ética médica, de revisão de óbitos ou de controle de infecção hospitalar). Notou-se baixa importância dada a aspectos legais obrigatórios como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a Vigilância Sanitária e o Sistema de Qualificação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Embora as conclusões apresentadas no presente artigo devam ser relativizadas, pois expressam apenas a percepção dos dirigentes dos hospitais prestadores de serviços às operadoras, indicam que é baixíssima – ou quase nula – a microrregulação que as operadoras de planos de saúde exercem sobre os hospitais, em termos da qualificação da assistência. É baixo, ainda, o grau de construção de redes assistenciais, tendo em vista que menos da metade dos prestadores hospitalares referiu pertencer a alguma rede formada por operadoras.

Os achados do presente estudo coincidem com os resultados do estudo do Ministério da Saúde/ANS,^a de que a microrregulação exercida pelas operadoras sobre os hospitais são centradas no controle ou disciplinamento da prática médica e hospitalar, no direcionamento da clientela para prestadores preferenciais e no controle do consumo excessivo do “sistema” por parte dos usuários.

^a Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda – Microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Regulação e Saúde 4. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

Tabela 4. Distribuição de hospitais segundo abrangência dos contratos formais com suas operadoras. Brasil, 2006.

Abrangência dos contratos formais	Todas as operadoras		A maioria das operadoras		A minoria das operadoras		Nenhuma operadora		NSI ^a	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total (todos os serviços do hospital)	2785	73,3	597	15,7	209	5,5	125	3,3	83	2,2
Somente para os serviços ambulatoriais	37	1,0	0	0,0	609	16,0	2974	78,3	178	4,7
Somente para a internação	67	1,8	132	3,5	317	8,4	3116	82,0	167	4,4
Somente para alguns procedimentos/ serviços	96	2,5	125	3,3	153	4,0	3247	85,5	178	4,7

^a Não sabe informar

Da mesma forma, o presente estudo conclui que os hospitais que prestam serviços a operadoras de planos de saúde não constituem microssistemas de saúde paralelos (ou suplementares) ao SUS. Com efeito, o que se observa é a existência de um vasto conjunto de

prestadores hospitalares privados, majoritariamente vinculados ao SUS, que não se sentem pertencentes a rede alguma de prestadores privados, sendo, entretanto, objeto de forte regulação no uso de seus serviços exercida pelas operadoras de planos de saúde.

REFERÊNCIAS

1.

Borowsky SJ, Davis MK, Goertz C, Lurie N. Are all health plans created equal? The physician's view. *JAMA*. 1997;278(11):917-21. DOI: 10.1001/jama.278.11.917

2.

Davis K, Schoen C. Assuring Quality, Information, and Choice in Managed Care. *Inquiry*. 1998;35(2):104-14.

3.

Hedlin D. A procedure for stratification by an extended Ekman rule. *J Off Stat*. 2000;16(1):15-29.