

Sheyla Maria Lemos Lima

Margareth C Portela

Maria Alicia Dominguez Ugá

Pedro Ribeiro Barbosa

Silvia Gerschman

Miguel Murat Vasconcellos

Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil

Philanthropic hospitals and the operation of provider-owned health plans in Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o desempenho gerencial de hospitais filantrópicos com operadoras de planos de saúde em comparação com o conjunto de hospitais filantrópicos no Brasil.

MÉTODOS: Foram comparadas as estruturas gerenciais presentes nos hospitais filantrópicos com operadoras próprias de planos de saúde com aquelas observadas num conjunto representativo do setor hospitalar filantrópico, em seis dimensões: direção e planejamento, econômico-financeira, recursos humanos, serviços técnicos, serviços logísticos e tecnologia de informações. Consideraram-se os dados de uma amostra aleatória de 69 hospitais, extraída do setor hospitalar filantrópico, e 94 hospitais filantrópicos com operadoras próprias de planos de saúde. Nos dois casos incluíram-se apenas os hospitais com menos de 599 leitos.

RESULTADOS: Foram identificados resultados mais positivos para o conjunto de hospitais com operadoras próprias de planos de saúde em todas as dimensões gerenciais comparadas. Em particular, destacaram-se as dimensões econômico-financeira e de tecnologia de informações, nas quais mais de 50% dos hospitais com operadoras apresentaram quase todas as condições consideradas.

CONCLUSÕES: O setor hospitalar filantrópico é importante na prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde. Os desafios para a sua manutenção e desenvolvimento impõem encontrar alternativas. O fomento de uma parceria público-privado neste segmento, por meio da operação de planos próprios ou prestação de serviços a outros planos de saúde convivendo com o SUS, constitui um campo que merece uma análise mais aprofundada.

DESCRIPTORIOS: Hospitais filantrópicos. Planos de pré-pagamento em saúde. Saúde suplementar. Administração em saúde. SUS (BR).

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the management performance of philanthropic hospitals that operate their own health plans, in comparison with philanthropic hospitals as a whole in Brazil.

METHODS: The managerial structures of philanthropic hospitals that operated their own health plans were compared with those seen in a representative group from the philanthropic hospital sector, in six dimensions: management and planning, economics and finance, human resources, technical services, logistics services and information

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

Correspondência | Correspondence:
Sheyla Maria Lemos Lima
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 7º andar
Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: slemos@ensp.fiocruz.br

Recebido: 4/1/2006 Revisado: 11/9/2006
Aprovado: 3/10/2006

technology. Data from a random sample of 69 hospitals within the philanthropic hospital sector and 94 philanthropic hospitals that operate their own health plans were evaluated. In both cases, only the hospitals with less than 599 beds were included.

RESULTS: The results identified for the hospitals that operate their own health plans were more positive in all the managerial dimensions compared. In particular, the economics and finance and information technology dimensions were highlighted, for which more than 50% of the hospitals that operated their own health plans presented almost all the conditions considered.

CONCLUSIONS: The philanthropic hospital sector is important in providing services to the Brazilian Health System (SUS). The challenges in maintaining and developing these hospitals impose the need to find alternatives. Stimulation of a public-private partnership in this segment, by means of operating provider-owned health plans or providing services to other health plans that work together with SUS, is a field that deserves more in-depth analysis.

KEYWORDS: Hospitals, voluntary. Prepaid health plans. Supplemental health. Health administration. SUS (BR).

INTRODUÇÃO

O segmento hospitalar filantrópico é importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor de Saúde Suplementar no Brasil por diversas razões:^{5,6} possui cerca de um terço dos leitos existentes no País; apresenta uma rede capilarizada por todo território nacional, com grande número de pequenos hospitais de baixa complexidade distribuídos em municípios do interior do País, incluindo alguns hospitais de elevada complexidade, geralmente localizados em regiões metropolitanas; e metade do seu parque constitui-se nos únicos hospitais dos seus municípios. Entretanto, emergem preocupações em relação ao seu nível de desenvolvimento gerencial, ainda predominantemente caracterizado pela ausência de inúmeras estruturas e instrumentos básicos. A condição incipiente em vigor repercute em riscos para a sua sobrevivência, demandando adequada incorporação e uso eficiente de instrumentos de gestão, bem como medidas de ajustes por parte de seus próprios dirigentes e agentes públicos.⁵

Os hospitais filantrópicos têm como principais fontes de receita o SUS (64,0%) e convênios com operadoras (16,0%). Entretanto, a operação de planos próprios pode constituir na segunda fonte de receita, inferior apenas à fonte SUS.* Alguns hospitais filantrópicos diferenciam-se, portanto, mediante a operação de planos próprios de saúde, vista como estratégia de viabilização da sustentabilidade financeira dessas organizações.

Em geral, hospitais com planos de saúde próprios praticam preços menores do que aqueles das demais operadoras do mercado, constituindo-se em alternativa para os segmentos médios da população que não podem arcar com os preços médios observados. Os menores preços são viabilizados pela prestação direta de serviços de saúde para seus planos – na maioria das vezes o hospital é o principal prestador dos seus planos –, pelos incentivos fiscais disponíveis para o setor filantrópico, e pela amortização de parte de seus investimentos por meio de financiamentos públicos proporcionados pela oferta concomitante de serviços ao SUS.

O papel desempenhado pelo setor é importante ao se identificar estratégias que garantam sua manutenção, desenvolvimento e maior integração ao sistema de saúde brasileiro. Considerando, ainda, que a operação de planos de saúde é uma das estratégias possíveis, o presente artigo objetivou descrever aspectos do desempenho gerencial de hospitais filantrópicos com operadoras de planos de saúde, em comparação com o conjunto de hospitais filantrópicos.

MÉTODOS

O estudo teve caráter descritivo exploratório e focalizou a comparação de algumas variáveis gerenciais entre os hospitais com operadoras de planos próprios de saúde e os hospitais filantrópicos no seu conjunto, com e sem operadoras de planos de saúde.

Compararam-se as estruturas gerenciais presentes nos

*Barbosa PR, Portela MC, Ugá MAD, Vasconcellos MM, Lima SML, Gerschman SL. Hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: BNDES; 2002. (Caderno Social, 5, v. I- III).

hospitais filantrópicos com operadoras com aquelas observadas em um conjunto representativo do setor, utilizando-se de dois estudos de abrangência nacional: Estudo sobre o setor filantrópico hospitalar no Brasil, desenvolvido com financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) entre 2000 e 2002;^{5,6} e o Estudo das Operadoras de Planos de Saúde de Hospitais Filantrópicos,* desenvolvido, entre 2003 e 2004, com financiamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde responsável pela regulação dos diferentes tipos de operadoras de planos de saúde atuando no mercado.

Os estudos utilizados foram transversais, sendo objeto do primeiro a totalidade dos hospitais filantrópicos e do segundo, o subconjunto dos hospitais filantrópicos com operadoras próprias de planos de saúde.

Nos dois estudos, os cadastros de seleção das amostras foram construídos a partir do cruzamento de diversos cadastros (Sistema de Informações Hospitalares do SUS, Conselho Nacional de Assistência Social, Confederação e Federações Regionais dos Hospitais Filantrópicos e ANS), com confirmação de dados institucionais por contato telefônico para assegurar o enquadramento das unidades nos critérios de inclusão estabelecidos.

Ambos os estudos tiveram como um dos objetivos a caracterização do nível de desenvolvimento gerencial dos hospitais, envolvendo coleta de dados por meio de entrevistas com seus dirigentes. Os questionários, aplicados por pesquisadores treinados, foram muito semelhantes, captando a existência de estruturas gerenciais relacionadas a seis dimensões: direção e planejamento, econômico-financeira, recursos humanos, serviços técnicos, serviços logísticos e tecnologia de informações. As análises multidimensionais de desempenho gerencial e as dimensões gerenciais consideradas são amplamente validadas na literatura.^{2,3} Além disso, as variáveis selecionadas como marcadoras das condições da estrutura gerencial em cada dimensão foram devidamente apreciadas e julgadas pertinentes por um grupo de especialistas. Foram selecionadas algumas variáveis, comuns aos dois estudos utilizados, para cada dimensão gerencial mencionada.

O estudo sobre o setor filantrópico hospitalar^{5,6} considerou três subconjuntos: uma amostra aleatória de 69 hospitais com menos de 599 leitos, prestadores de serviços ao SUS, selecionados em um universo de

1.658; 26 entidades prestadoras de serviços ao SUS com pelo menos 599 leitos – 15 hospitais individuais e 11 conglomerados hospitalares; e 10 entidades selecionadas intencionalmente, com base na sua reconhecida qualidade assistencial, no universo de hospitais filantrópicos não prestadores de serviços ao SUS. O primeiro subconjunto possuía cinco hospitais com operadoras de planos de saúde.

O estudo sobre os hospitais filantrópicos com operadoras de planos de saúde, por sua vez, partiu de um universo de 163 entidades prestadoras de serviços ao SUS com operadoras de planos de saúde, registradas ou não na ANS – 150 hospitais individuais e 13 conglomerados hospitalares. Foram excluídos os conglomerados e 49 hospitais individuais não registrados na ANS. Esses hospitais não apresentavam as condições básicas de estruturação consideradas pela ANS para caracterização de uma operadora de planos de saúde. No intuito de garantir comparabilidade com a amostra do outro estudo, foram excluídos três hospitais com mais de 599 leitos. Dos 98 restantes consideraram-se dados de 94, devido a quatro recusas.

Em síntese, foram comparados aspectos do desempenho gerencial entre 94 hospitais filantrópicos com menos de 599 leitos que possuíam operadoras de planos de saúde e os de 69 hospitais filantrópicos que representavam a totalidade dos hospitais filantrópicos com menos de 599 leitos.

Não se julgou relevante a diferença de cerca de dois anos entre os dois estudos utilizados.

RESULTADOS

No primeiro conjunto, concernente ao setor hospitalar filantrópico como um todo, predominaram hospitais com até 50 leitos (média de 39,7 leitos), de baixa complexidade assistencial, majoritariamente classificados como “Clínicas Básicas sem UTP”. Somente um terço desses hospitais realizava atividades de ensino – cursos de residência, especialização, mestrado ou doutorado. No segundo conjunto, constituído de hospitais com operadoras de planos de saúde, registravam-se apenas hospitais de médio e grande porte (média de 175 leitos), predominantemente com várias especialidades médicas e UTI, onde, de forma expressiva (40,2%), realizavam-se procedimentos de alta complexidade na internação. Neste grupo, mais de 80% dos hospitais referia desenvolver atividades de ensino, geralmente presentes em hospitais com maior complexidade assistencial.

*Ugá MAD, Barbosa PR, Lemos SML, Vasconcellos MM, Gerschman S, Portela MC. Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2004. Disponível em: http://www.ans.gov.br/porta/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17702.asp [acesso em 28 dez 2005]

Tabela 1 - Presença de estruturas organizacionais de direção e planejamento e de gestão econômico-financeira nos hospitais filantrópicos. Brasil, 2002-2003.

Variável	Hospital filantrópico (N=69)	Hospital filantrópico com operadora (N=94)
Direção e planejamento	%	%
Organograma formal	43,5	89,4
Canais de comunicação com o cliente	43,5	89,4
Assessoria de informática/informações	49,3	85,1
Análise de mercado	26,1	59,6
Propaganda	27,5	47,9
Assessoria de epidemiologia	17,4	39,4
Ouvidoria	14,5	37,2
Assessoria de marketing	10,2	37,2
Assessoria de planejamento	24,6	36,1
Plano formal	26,1	36,2
Orçamento anual	36,2	31,9
Assessoria de qualidade	13,1	28,7
Gestão econômico-financeira		
Balanco do ano anterior fechado	50,0	95,7
Plano próprio de contas	63,6	92,5
Auditoria independente	30,3	90,4
Balancete periódico	51,5	88,3
Inventário ao menos anual	30,3	87,2
Controle financeiro de estoque	45,5	85,1
Projeção de fluxo de caixa	31,8	73,3
Depreciação de patrimônio	30,3	62,8
Reavaliação dos ativos pós- 94	22,7	58,5
Avaliação do risco de crédito	7,6	33,0

São a seguir discriminadas em cada dimensão gerencial, as variáveis passíveis de comparação nos dois estudos.

Em relação à dimensão direção e instrumentos de planejamento, apesar de os dois conjuntos de hospitais considerados terem apresentado desenvolvimento gerencial limitado, mais de 85,0% dos hospitais com planos de saúde registraram a presença de organograma, de canais de comunicação com o cliente e de assessoria de informática/informações, e 59,6% realizam análise de mercado. Entre os hospitais filantrópicos como um todo nenhuma variável considerada nessa dimensão foi representada por percentuais superiores a 50% (Tabela 1).

Constatou-se que, exceto em relação à presença de orçamento anual, as demais estruturas organizacionais de direção e planejamento consideradas estiveram mais presentes nos hospitais com planos de saúde do que entre os hospitais filantrópicos como um todo (Tabela 1).

Na dimensão econômico-financeira os resultados dos hospitais filantrópicos com planos de saúde mostraram-se superiores aos encontrados nos hospitais filantrópicos como um todo (Tabela 1).

Mais de 58% dos hospitais com planos de saúde declararam possuir praticamente todas as condições consideradas, exceto quanto à avaliação de risco de crédito. Entretanto, mesmo esta, é mais freqüente nos hospitais com planos do que no setor como um todo.

No que diz respeito à dimensão de recursos humanos, os resultados encontrados nos hospitais filantrópicos com planos também foram melhores do que nos do setor como um todo. Esses resultados foram expressos, por exemplo, em critérios mais rígidos de absorção de novos profissionais e na presença mais forte de normas para o corpo clínico (especialmente importante em hospitais que funcionam com corpo clínico aberto) e de tabela salarial. Além disso, nesses hospitais, incentivos para os seus recursos humanos, tais como planos de saúde, patrocínio para a participação em congressos, promoção de atividades sociais e premiação por antiguidade foram mais freqüentes (Tabela 2).

Em ambos os casos, os hospitais deixaram a desejar em relação aos incentivos considerados mais inovadores e com maior potencial de impactar as atividades finais, tais como: aquisição de revistas científicas, apoio a pesquisas, ganhos associados à produção e prêmios por inovação. Por último, observou-se a elevada rotatividade registrada para os funcionários contratados nos dois grupos estudados. Uma rotatividade anual superior a 20,0% do quadro de funcionários foi encontrada em 16% dos hospitais com planos e em 26,1% dos hospitais do setor como um todo.

Na dimensão logística, novamente os hospitais com planos de saúde sobressaíram-se com mais da metade deles apresentando quase todas as estruturas contempladas. As duas condições que se constituíram exceção foram registro patrimonial de todos os equipamentos e realização de manutenção preventiva em

Tabela 2 - Presença de estruturas organizacionais de gestão de recursos humanos nos hospitais filantrópicos. Brasil, 2002-2003.

Variável	Hospital filantrópico (N=69) %	Hospital filantrópico com operadora (N=94) %
Recrutamento por seleção pública e ou currículo	60,9	95,7
Normas de corpo clínico	52,1	85,1
Tabela salarial	50,7	79,8
Planos de saúde	27,5	73,4
Participação em congressos	21,7	66,0
Promoção de atividades sociais	24,6	57,5
Prêmios por antiguidade	33,3	54,3
Apoio a linhas de formação	36,2	44,7
Mecanismos de avaliação	40,6	40,4
Aquisição de publicações científicas	17,4	34,0
Apoio a pesquisas	5,8	23,4
Planos de cargos	11,6	24,5
Prêmios por assiduidade	18,8	20,2
Ganhos associados a produção	7,2	5,3
Prêmios por inovação	1,5	4,3
Planos de previdência	0,0	4,3
Rotatividade acima de 20%	26,1	16

mais de 40% dos equipamentos, as quais foram observadas em 46,8% e 27,7% dos hospitais com planos. Para todas as variáveis incluídas na dimensão, menos de 50% dos hospitais filantrópicos do setor, como um todo, registraram sua presença, sendo exceção o treinamento do pessoal de limpeza, que 58% dos hospitais referiram ter realizado no ano estudado (Tabela 3).

Na dimensão tecnologia de informações, como na econômico-financeira, os resultados dos hospitais filantrópicos com planos de saúde foram positivamente diferenciados em relação aos observados no setor como um todo (Tabela 4). Exceto para presença de dois ou mais servidores, oferta de serviços na internet e presença de sistema informatizado de agendamento de exames e consultas, mais de 50% dos hospitais com planos possuíam todas as condições consideradas. Diferentemente, os hospitais do setor como um todo registram percentuais acima de 50% apenas para acesso a internet (58%) e presença de sistema informatizado de faturamento (55,1%).

Na dimensão serviços técnicos, os hospitais filantrópicos com planos continuaram em destaque, com mais de 60% deles registrando a presença das variáveis consideradas. Neste caso, entretanto, ressalta-se um

diferencial menor entre estes hospitais e os hospitais do setor filantrópico como um todo.

Nos hospitais com planos, em especial, sobressaíram-se a dispensação de medicamentos por dose unitária e ou individualizada e a existência de comissão de padronização de medicamentos, práticas referidas por respectivamente 87,2% e 78,7% desses hospitais. No caso dos hospitais do setor como um todo, essas condições foram registradas em 71,1% e 34,8% dos hospitais (Tabela 5).

Destacou-se também a presença de prontuário único para os pacientes em 62,8% hospitais filantrópicos com planos de saúde. Em contrapartida, entre os hospitais do setor como um todo, apenas 27,7% registram esse item (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Duas perguntas estão latentes no presente artigo. Por um lado, interessa saber se, de fato, a operação de planos próprios de saúde constitui uma estratégia substantiva para a viabilização dos hospitais filantrópicos. Por outro, em que medida a operação desses planos requer ou implica em níveis diferenciados de desenvolvimento gerencial. Ainda que não concebi-

Tabela 3 - Presença de estruturas de gestão logística nos hospitais filantrópicos. Brasil, 2002-2003.

Variável	Hospital filantrópico (N=69) %	Hospital filantrópico com operadora (N=94) %
Grupo gerador	49,3	92,6
Análise da água até seis meses	31,9	80,9
Material médico-cirúrgico padronizado	37,7	85,1
Treinamento de pessoal de limpeza	58,0	78,7
Treinamento de pessoal da lavanderia	47,9	70,2
Treinamento de pessoal da recepção	44,9	60,1
Curva ABC no estoque	23,2	52,1
Todos equipamentos patrimoniados	26,1	46,8
Manutenção preventiva em mais de 40% dos equipamentos biomédicos	24,6	27,7

Tabela 4 - Presença de tecnologia de informações nos hospitais filantrópicos. Brasil, 2002-2003.

Variável	Hospital filantrópico (N=69) %	Hospital filantrópico com operadora (N=94) %
Acesso a Internet	58,0	98,9
Rede interna	40,6	95,7
Presença de dois ou mais servidores	8,7	47,9
Oferta de serviços na Internet	7,2	9,6
Sistemas informatizados		
Faturamento	55,1	97,9
Recursos humanos	42,0	96,8
Contabilidade	0,0	96,8
Medicamentos	47,8	93,6
Materiais	40,6	88,3
Estatística de produção	40,6	86,2
Leitos	34,8	81,9
Cobrança	34,8	78,7
Compras	30,4	75,5
Custos	27,5	70,2
Infecção hospitalar	17,4	53,2
Registro de morbidade	20,3	51,1
Patrimônio	24,6	50,0
Agendamento de exames	29,0	48,9
Agendamento de consulta	26,1	44,7

dos para responder essas perguntas, viu-se a possibilidade de sua exploração na apreciação conjunta dos resultados dos estudos selecionados.

De maneira geral, os hospitais filantrópicos apresentaram uma estrutura gerencial pouco desenvolvida. Entretanto parece haver uma diferenciação positiva nos hospitais com planos de saúde em todas as dimensões consideradas, em relação à média observada no conjunto de hospitais filantrópicos.

As diferenças mais marcantes referem-se às dimensões econômico-financeira e tecnologia de informação, o que não surpreende, dadas as exigências colocadas pela ANS para registro de operadoras atuantes no mercado. A agência como instância reguladora das operadoras de planos de saúde, com base na Lei n. 9.656 de 3/6/1998 que regulamenta a comercialização dos planos de saúde para todo segmento da Saúde Suplementar, impõe vários requisitos documentais e de prestação de contas, especialmente no campo econômico-financeiro e da produção de atividades. As operadoras são demandadas ou impelidas a se modernizarem para responder a tais demandas, incluindo a adoção de práticas de gestão econômico-financeira e o uso de sistemas automatizados.

Embora os dois estudos não tenham considerado

indicadores específicos sobre a qualidade assistencial, parece haver maior preocupação com a qualidade nos hospitais com planos de saúde. Isso se evidencia diante da análise dos resultados no âmbito dos serviços técnicos, como farmácia e documentação médica. Na assistência farmacêutica, esses hospitais destacam-se pela utilização de dose unitária e/ou individualizada na dispensação de medicamentos, modalidades indiscutivelmente mais indicadas para o paciente e para o hospital. Além disso, há a importante presença de comissões de padronização de medicamentos. Considerando os serviços de documentação médica, os hospitais com planos de saúde utilizam mais o prontuário único para os pacientes, garantia mínima para se alcançar maior continuidade, integralidade e qualidade da atenção prestada em um hospital.

Persiste como nó crítico para o setor, no seu conjunto, a gestão de recursos humanos. Para que a qualidade da atenção possa de fato atingir patamares desejáveis, será necessário maior investimento nesse campo. Isso porque a organização hospitalar é centralmente dependente de seus recursos humanos e, em especial, daqueles diretamente vinculados à atenção prestada. Treinamentos regulares que possibilitem aos funcionários a revisão periódica de suas práticas assistenciais e administrativas, a instituição de in-

Tabela 5 - Presença de serviços técnicos nos hospitais filantrópicos. Brasil, 2002-2003.

Variável	Hospital filantrópico (N=69) %	Hospital filantrópico com operadora (N=94) %
Dispensação de medicamentos por dose unitária e ou individualizada	71,1	87,2
Comissão de Padronização de Medicamentos	34,8	78,7
Licença da Vigilância Sanitária na Imagem	58,0	68,1
Licença da Vigilância Sanitária no Laboratório de Patologia Clínica	79,7	67,0
Prontuário único para pacientes	27,5	62,8

centivos aos profissionais, especialmente os relacionados à assistência, e a diminuição da rotatividade no setor,⁵ são condições essenciais para que esses hospitais se fortaleçam frente às instituições governamentais reguladoras, ao SUS, e à população.

Na escassa literatura sobre hospitais não lucrativos, são relevantes os achados que apontam:⁷ a percepção de maior acesso a serviços de saúde de melhor qualidade em organizações lucrativas; maior confiança na adequação do cuidado ofertado e expectativa de maior humanização do atendimento em organizações não lucrativas; e a constatação de que a população bem informada avalia melhor a qualidade da atenção prestada por hospitais e planos de saúde não lucrativos. Esses achados redundam na diminuição da diferença de qualidade percebida nessas organizações, comparadas às lucrativas. Também ganham destaque questões relativas à sua sustentabilidade financeira, à extensão em que isenções tributárias usufruídas justificam os serviços prestados, bem como à sua capacidade de conjugar a perspectiva de realizar negócios com o exercício da sua função social.^{4,7-9}

No Brasil, destaca-se entre essas questões a extensão em que a operação no âmbito da saúde suplementar constitui-se em alternativa para a sustentabilidade econômica de hospitais filantrópicos fortemente dependentes do SUS. Isso porque 72,4% dos hospitais filantrópicos são simultaneamente prestadores de serviços ao SUS e a planos de saúde de terceiros, independentemente de terem seus planos próprios. Tal alternativa implicaria desafios para as instâncias reguladoras e formuladoras de políticas de saúde, no sentido de estabelecer estratégias e incentivos complementares articulando no segmento filantrópico, a sua inserção no mercado de saúde suplementar e no sistema público de saúde.

Por outro lado, é difícil avaliar em que medida a melhor estruturação gerencial dos hospitais poderia propiciar a abertura do negócio de planos de saúde ou se a decisão pela oferta de planos de saúde levaria a melhor estrutura gerencial. Provavelmente, a qualificação gerencial do setor filantrópico em um patamar mínimo impõe-se como condição, mas também pode ser incrementada como resultante da operação de planos de saúde.

Além disso, é factível estabelecer uma relação endógena entre estruturação gerencial, porte do hospital e complexidade assistencial. Nesse sentido, constata-se que os hospitais com planos são, em média, de

maior porte e complexidade assistencial, com presença mais marcante de atividades de ensino, o que, em última análise, também concorre para a melhor estruturação gerencial.

Independentemente da qualificação gerencial, devem ser consideradas outras condições necessárias para a operação de planos como estratégia de viabilização financeira de hospitais filantrópicos. Algumas condições facilitadoras para o sucesso da operação de planos próprios em sistemas integrados de serviços de saúde americanos incluem: a localização em áreas rurais com competição limitada, altas taxas de utilização de serviços, maiores margens de lucro em função do baixo preço e maior aceitação dos prêmios a serem pagos por parte dos compradores de planos (empregadores).¹ Tais condições, apontadas no estudo americano¹ foram consideradas raras nos Estados Unidos, e os autores concluíram que os sistemas integrados deveriam optar por parcerias com planos existentes, em vez de iniciar os seus próprios planos.

Entretanto, algumas destas condições são relativamente comuns no Brasil, e vão ao encontro das características do mercado específico das operadoras filantrópicas. No estudo utilizado sobre as operadoras de planos de saúde nos hospitais filantrópicos no País, ficou claro que a criação dessas operadoras corresponde fundamentalmente a uma busca por recursos adicionais aos do SUS. Ao mesmo tempo, essas operadoras visam ao atendimento de um mercado específico: o das cidades de pequeno porte, do interior, com escassas operadoras de planos de saúde de grande porte e, portanto com um fraco mercado para planos empresariais (coletivos). Além disso, nas operadoras de hospitais filantrópicos predominam os planos individuais, diferentemente do restante do mercado, onde prevalecem os planos coletivos.

Levando em conta a relevância quantitativa e qualitativa do setor filantrópico hospitalar para o SUS, assim considerada pelo Ministério da Saúde na sua proposição de reforma do sistema de atenção hospitalar* assume-se que o segundo não pode prescindir da participação do primeiro. Além disso, o segmento filantrópico reúne três condições que lhe conferem posição de grande interesse na formulação de políticas de saúde: ser prestador de serviços para o SUS, por vezes ser operador de planos de saúde, e ser prestador de serviços para outras operadoras de planos de saúde.

Sendo assim, criar condições para a sobrevivência e

*Ministério da Saúde. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde; 2004. (Série B - Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Especializada, 3)

qualificação do segmento hospitalar filantrópico se faz obrigatório para o próprio SUS. Impõe-se a necessidade de se identificar mecanismos de maior integração, co-responsabilização e prestação de contas. Alternativas para o fomento de uma parceria público-privado neste segmento requerem operação de

grande complexidade política e gerencial. Tem-se um campo livre para a ação autônoma dos respectivos hospitais, como operadores de planos ou prestadores de serviços a outros planos, convivendo com a prestação ao SUS, ainda que o Estado tenha poder regulador nos dois sistemas.

REFERÊNCIAS

1. Burns LR, Thorpe DP. Why provider-sponsored health plans don't work. *Healthc Financ Manage.* 2001;Suppl:12-6.
2. Griffith JR. Championship management for healthcare organizations. *J Healthc Manag.* 2000;45:17-31.
3. Griffith JR, Alexander JA, Jelinek RC. Measuring comparative hospital performance. *J Healthc Manag.* 2002;47:41-57.
4. Krenek Jr BH. Not-for-profit: business basics for survival. *Front Health Serv Manage.* 2006;22:15-21.
5. Lima SML, Barbosa PR, Portela MC, Ugá MAD, Vasconcellos MM, Gerschman S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:1249-61.
6. Portela MC, Lima SML, Barbosa PR, Vasconcellos MM, Ugá MAD, Gerschman S. Caracterização assistencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2004;38:811-8.
7. Schlesinger M, Mitchell S, Gray BH. Public expectations of nonprofit and for-profit ownership in American Medicine: clarifications and implications. *Health Aff.* 2004;23:181-91.
8. Weckwerth VE. Is there a future for the not-for-profit hospital? *Front Health Serv Manage.* 2006;22:3-14.
9. Wegmiller DC. Community benefit plans and action. *Front Health Serv Manage.* 2006;22:29-33.