

INTEGRAÇÃO VERTICAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR E AS CONSEQUÊNCIAS PARA O ACESSO E USO DOS SERVIÇOS: REVISÃO DE ESCOPO

Vertical Integration in Supplemental Health and Its Consequences for Access and Use of Services: Scoping Review

Integración vertical en la salud suplementaria y las consecuencias para el acceso y uso de los servicios: Revisión de escopo

Otávio De Marco Dala Rosa • Faculdade de Odontologia de Piracicaba • Universidade Estadual de Campinas • Mestre pela Universidade Estadual de Campinas • otaviodmdr84@gmail.com • <https://orcid.org/0000-0001-7579-9804>

Caio Vieira de Barros Arato • Faculdade de Odontologia de Piracicaba • Universidade Estadual de Campinas • Doutorando da Universidade Estadual de Campinas • caio.arato@hotmail.com • <https://orcid.org/0000-0003-4124-5728>

Julicristie Machado de Oliveira • Faculdade de Ciências Aplicadas Universidade Estadual de Campinas • Professora da Universidade Estadual de Campinas • julicr@unicamp.br • <https://orcid.org/0000-0001-5823-238X>

Autor correspondente:

Otávio De Marco Dala Rosa • otaviodmdr84@gmail.com

Submetido: 05/02/2025

Aprovado: 23/04/2025

RESUMO

Introdução: A verticalização dos serviços de saúde, caracterizada como um processo de integração de diferentes serviços e segmentos da cadeia de cuidados de saúde em uma única entidade, tem se consolidado como uma alternativa para prever despesas e fomentar a fidelização dos usuários, sendo aplicada globalmente, especialmente entre prestadores de serviços privados. No Brasil, essa abordagem tem ganhado destaque nos últimos anos. Este estudo busca elucidar os princípios da verticalização da saúde no contexto brasileiro, destacando seus potenciais e desafios. **Objetivo:** Caracterizar a produção científica sobre o impacto no acesso e uso dos serviços associados à integração vertical na saúde suplementar no Brasil de 2000 a 2022. **Resultados:** Foram identificados 1.275 estudos, mas apenas oito atenderam aos critérios de inclusão. Esses estudos destacaram principalmente o viés ético dos processos de verticalização como desafios, além da redução do poder de escolha da população. Como potencialidades, foram demonstradas a redução de custos em determinados cenários e a otimização dos serviços prestados. **Conclusões:** Assim, o processo de verticalização apresenta vantagens quando ocorre seguindo preceitos éticos, sem prejudicar os prestadores de serviços de saúde e a população usuária.

Palavras-Chave: Saúde Suplementar; Competição em Planos de Saúde; Risco Moral no Setor de Saúde Suplementar; Planos de Pagamento por Serviço Prestado.

ABSTRACT

Introduction: The verticalization of healthcare services, characterized as a process of integration of different services and segments of the healthcare chain into a single entity, has become established as an alternative to predict expenses and foster user loyalty, being applied globally, especially among private service providers. In Brazil, this approach has gained prominence in recent years. **Objective:** The aim is to characterize the scientific production on the impact on access and use of services associated with vertical integration in supplemental health in Brazil from 2000 to 2022.

Methodology: This is a scoping review whose protocol was registered on the Open Science Framework platform. The inclusion criteria were texts published in scientific journals that addressed the verticalization process in the Brazilian context, highlighting at least one aspect of its implementation. Studies that only mentioned the verticalization process were excluded. **Results:** 1,272 studies were identified, but only eight met the inclusion criteria. These studies primarily highlighted the ethical bias of verticalization processes as challenges, as well as the reduction in the population's power of choice. As potentialities, cost reductions in certain scenarios and optimization of provided services were demonstrated. **Conclusions:** Thus, the verticalization process presents advantages when it follows ethical precepts, without harming healthcare service providers and the user population.

Keywords: Supplemental Health; Managed Competition; Moral Risk in Supplementary Health Insurance; Fee-for-Service Plans.

RESUMEN

Introducción: La verticalización de los servicios de salud, caracterizada como un proceso de integración de diferentes servicios y segmentos de la cadena de cuidados de la salud en una única entidad, se estableció como una alternativa para prever gastos y fomentar la fidelización de los usuarios, aplicándose globalmente, especialmente entre los prestadores de servicios privados. En Brasil, este enfoque adquirió destaque en los últimos años. Este estudio busca elucidar los principios de la verticalización de la salud dentro del contexto brasileño, destacando su potencial y sus desafíos.

Objetivo: Caracterizar la producción científica sobre el impacto en el acceso y uso de los servicios asociados a la integración vertical en la salud suplementaria en Brasil desde 2000 hasta 2022. **Metodología:** Revisión del objetivo cuyo protocolo fue registrado en la plataforma Open Science Framework. Los criterios de inclusión fueron textos publicados en revistas científicas que abordaran el proceso de verticalización en el contexto brasileño, destacando al menos un aspecto de su implementación. Se excluyeron los estudios que solo mencionaban el proceso de verticalización.

Resultados: Se identificaron un total de 1.272 estudios, pero solo ocho observaron con los criterios de inclusión. Estos estudios destacaron principalmente el sesgo ético de los procesos de verticalización como desafíos, además de la reducción del poder de elección de la población. Como potencialidades, se demostraron la reducción de costos en ciertos escenarios y la optimización de los servicios prestados. **Conclusiones:** De esta forma, el proceso de verticalización presenta ventajas cuando sigue preceptos éticos, sin perjudicar a los prestadores de servicios de la salud y a la población usuaria.

Palabras clave: Salud Suplementaria; Competencia Administrada; Riesgo Moral en el Seguro de Salud Suplementario; Planes de Pago por Servicio.

Introdução

O sistema de saúde do Brasil está experimentando transformações significativas, marcadas por estratégias de fusões, aquisições e verticalizações dentro das organizações de saúde, com foco na eficiência operacional e na satisfação do usuário¹. A necessidade de reinvenção dos modelos de negócios de saúde é impulsionada pelo aumento dos custos de cuidados preventivos e desafios fiscais². Globalmente, a verticalização ou integração vertical, que é um processo de integração de diferentes serviços e segmentos da cadeia de cuidados de saúde em uma única entidade, tem sido adotada com sucesso, apesar de ser baseada mais em lógica de mercado do que em evidências^{3,4}.

A Lei nº 9.656/98, conhecida como a lei dos planos de saúde, criou parâmetros e proporcionou garantias até então inexistentes aos usuários, apresentando um novo panorama para as operadoras em saúde, elevando os custos operacionais das empresas de saúde, incentivando, assim, a busca por estratégias como a integração

vertical para manter a estabilidade dos preços e a sustentabilidade no mercado⁵. A integração vertical centraliza o controle decisório e unifica os serviços ao paciente, desde a produção de insumos até a entrega final⁶.

Essa abordagem não se limita ao setor privado, podendo ser aplicada também no planejamento público para otimizar processos e reduzir custos, como demonstrado na China⁷, onde o país asiático vem promovendo a integração vertical da cadeia produtiva industrial, estimulando os empresários a se envolverem em atividades de processamento, armazenamento, transporte e comercialização dos seus produtos.

No Brasil, com o aumento da expectativa de vida para 76,8 anos, há também aumento pressão adicional sobre o sistema de saúde, o que exige adaptações contínuas às inovações tecnológicas⁸. Assim, a dinâmica demográfica alterada e a necessidade de eficiência nos serviços de saúde impulsionam a busca por novas abordagens na prestação de serviços. Investimentos significativos no setor de saúde motivam o setor privado, incluindo cooperativas e planos de saúde, a adotar estratégias de verticalização para otimizar o retorno financeiro⁹. A verticalização, que integra serviços de saúde em diferentes níveis, visa reduzir a fragmentação do atendimento e melhorar a qualidade e o acesso aos serviços, contribuindo para a eficiência do sistema^{6,7}.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estabelecida pela Lei n. 9.961/00 em 28 de janeiro de 2000, regula as operadoras de planos de saúde e promove o interesse público na assistência à saúde. Em 2022, a ANS reportou o maior número de beneficiários de planos de saúde dos últimos cinco anos, com 48.137.767 usuários, o que destaca a relevância da verticalização para uma ampla parcela da população¹⁰.

A integração vertical afeta a liberdade de escolha de pacientes e profissionais de saúde, podendo comprometer a qualidade em favor da viabilidade econômica¹¹. A qualidade dos serviços de saúde é medida pelo bem-estar do paciente e pela relação custo-benefício do cuidado¹². A qualidade percebida é uma avaliação subjetiva da excelência dos serviços ou produtos, variando entre indivíduos e enfatizando a importância do entendimento das percepções dos clientes pelas empresas¹³.

Assim, a verticalização da saúde surgiu como uma alternativa para otimizar custos e oferecer um atendimento satisfatório, ampliando a base de clientes¹⁴. Contudo, esse processo levanta questões sobre a liberdade de escolha do paciente, uma vez que os prestadores de serviços são determinados pelas operadoras verticalizadas por meio de serviços próprios¹². Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a produção científica sobre o impacto no acesso e uso dos serviços

Metodologia

Trata-se de uma Revisão de Escopo (ScR - Scoping Review) que foi conduzida com base dos pressupostos metodológicos do Instituto Joanna Briggs (JBI), que contempla as seguintes fases: definição da questão da pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; mapeamento dos dados; e agrupamento, síntese e relato dos resultados. Ainda assim, considerou-se pressupostos do PRISMA-ScR da rede Equator¹⁵.

Para a construção da questão norteadora aplicou-se a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC): 1. População: saúde suplementar, uma vez que o Marco é um documento criado e pensado para uma agência reguladora; 2. Conceito: verticalização; 3. Contexto: sistema de saúde brasileiro. Assim, a questão norteadora definida para a busca e seleção dos estudos foi: “A Verticalização da saúde suplementar pode impactar de qual forma no acesso e uso dos seus serviços no Brasil?”

Esta pesquisa foi devidamente protocolada e registrada no *Open Science Framework* (OSF), por meio do endereço digital: <https://osf.io/5hndk/>.

Definiu-se como critérios de elegibilidade a inclusão de estudos científicos publicados no período estipulado, em detrimento à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 e o ano da realização da pesquisa em 2022, em periódicos indexados e sem restrição de idioma. Foram excluídos estudos publicados em revistas não indexadas e que não tratavam da saúde suplementar como tema central, mesmo que a citasse. A opção por incluir apenas estudos científicos nesta revisão de escopo se justifica pela necessidade de garantir a análise global de resultados e achados obtidos com maior rigor metodológico, evitando-se textos de cunho especulativo ou com análises circunstanciais.

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: PubMed/MEDLINE; Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Scholar, além da identificação de estudos potencialmente elegíveis nas listas de referências dos estudos incluídos. Os seguintes descritores DeCS/MeSH ou palavras-chave foram utilizados: brasil, integração, vertical, serviço, fusão, saúde suplementar, integração, verticalização, plano de saúde, saúde privada.

As buscas foram realizadas a partir das palavras-chave ou termos compostos em todas as bases citadas, como: (brazil* or brasil*) and (integration* or vertical* or service* or fusion* or network*) and (“supplement* health” or “health plan*” or “private health”) e ((plano de saúde) OR (saúde privada) OR (saúde suplementar)) AND ((integração) OR (vertical) OR (verticalização) OR (fusão)).

A seleção dos estudos foi realizada em duplicata, por dois revisores (ODR, CA) de modo independente. As divergências foram solucionadas por consenso, com a participação de um terceiro avaliador (JMO). Os estudos selecionados foram organizados em banco de dados eletrônico construído em planilha Excel, que também foi utilizado para extrair os dados relevantes. As seguintes informações foram extraídas: autor, ano de publicação, título, origem do estudo, objetivos, metodologia, resultados e principais achados.

Os estudos foram inicialmente selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade pelo software Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>) pelos dois avaliadores, conforme relatado anteriormente. Após leitura na íntegra dos estudos selecionados, a tabulação dos dados ocorreu em diferentes tabelas pelo programa Excel, por dois revisores de modo independente (ODR, CA).

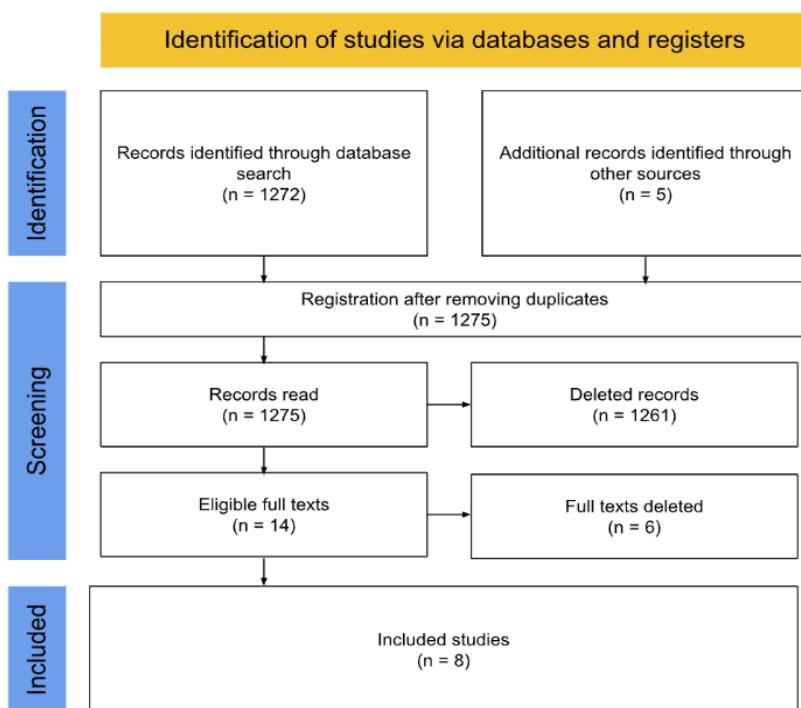
Os resultados foram categorizados, analisados e apresentados de modo descritivo, com a utilização de tabelas para sintetizar os dados de acordo com o instrumento Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews¹⁵. No Prisma-ScR, a análise dos dados e a redação da revisão foi realizada por meio de um checklist composto de 27 itens divididos em 7 tópicos principais¹⁵.

Resultados

O processo de busca identificou um total de 1.272 estudos na base de dados PubMed/MEDLINE e 5 estudos no Google Scholar, totalizando de 1.277 estudos. Após a remoção de dois estudos duplicados, a fase de triagem resultou em 1.275 estudos submetidos à triagem. Como resultado desse processo, oito estudos completos atenderam aos critérios de elegibilidade predefinidos e foram subsequentemente incluídos na análise final (n=8), conforme evidenciado na Figura 1.

O quadro 1 apresenta as características dos estudos selecionados de acordo com a fonte de evidência, compondo os autores e ano de publicação, o título, tipo de estudo, resultados e principais achados. Nota-se que os estudos foram publicados de 2008 a 2022, sendo 2010 o ano com maior número de publicações incluídas (37,5%). Quanto ao tipo de estudo, dois tiveram metodologia qualitativa, dois relatos de caso, dois análises documentais e dois estudos descritivo-exploratórios.

Figura 1 – Fluxograma triagem dos estudos. Piracicaba-SP, 2024.



Quadro 1 – Características dos estudos incluídos. Piracicaba-SP, 2024.

Autor, ano e origem	Título, Objetivos e Metodologia	Resultados	Principais achados
Okano e Gomes (2019) Brasil	Análise da verticalização dos serviços de saúde: estudo exploratório no sistema produtivo da saúde suplementar no Brasil Verificar a viabilidade da verticalização em comparação a terceirização da prestação de serviços em saúde Pesquisa qualitativa do tipo estudo de casos múltiplos	Grande parcela dos custos envolvidos refere-se a materiais, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais Existe menor gasto desses materiais quando instalados em redes próprias Não existe necessidade de pagamento de taxa de manutenção Redução de 30% dos gastos quando utilizado rede própria Número de leitos para gerar menores gastos Necessário considerar demanda de atendimentos Necessário considerar custo operacional Avaliar proposta de viabilidade de iniciar a verticalização	Verticalização como processo viável desde que considerados os fatores para sua implementação Custo da rede própria necessitam ser menores que da rede terceirizada Maior diferencial econômico em relação a custos com materiais e medicamentos Operadoras com maior controle e decisão para aplicar recursos Possibilidade de melhor investimento para adequar a necessidade dos usuários Verticalização possibilita redução de onerosidade de insumos, equipamentos e serviços Verticalização como alternativa para adequação a Lei nº 9.656/98 permitindo maior integralização em saúde Menores riscos e maior controle quanto as informações clínicas dos pacientes
Pinheiro, Brito, Jeraldo e Pinheiro (2008) Brasil	Aspectos éticos em uma disputa de mercado entre laboratórios clínicos e um plano de saúde: relato de caso Analizar as relações existentes entre os planos de saúde e laboratórios de análises clínicas Relato de Caso	Processo de implementação de verticalização leva em consideração interesses econômicos Princípios éticos devem ser debatidos A fusão de empresas gera menor competição População tem seu poder de escolha de prestadores de serviços diminuída	A verticalização leva em consideração exclusivamente aspectos econômicos para sua implementação Deve haver também um debate ético a respeito da viabilidade dessa implementação Possibilidade de monopólio sem considerar manutenção da qualidade de serviços Necessidade de maiores reflexões a respeito do tema do ponto de vista humanitário
Bonsucesso (2015) Brasil	Conduta lesiva à concorrência: uma análise do fenômeno da verticalização no	Verticalização como forma de monopólio comercial	Expansão dos planos de saúde privados no Brasil

	<p>mercado de planos de saúde no Brasil</p> <p>Analizar aspectos nocivos à livre concorrência, abordando questões relativas ao abuso de poder e ao fenômeno da verticalização no mercado dos planos de saúde no Brasil</p> <p>Análise documental de processos administrativos</p>	<p>Conselho Administrativo de Defesa Econômica suporta a verticalização</p> <p>Deve-se justificar a verticalização pela economia dos usuários</p> <p>Deve-se justificar a verticalização com serviços eficientes ofertados</p> <p>Existe a necessidade de cautela nas acusações de quebra ética para benefício de empresas concorrentes</p> <p>Deve-se ser fiscalizado pela CADE</p> <p>Exige-se fiscalização das redes com serviços verticalizados</p> <p>Verticalização de planos de saúde desde 1970</p> <p>Médicos com ressalvas quanto ao mercado de trabalho</p>	<p>Preocupação com a eficiência de políticas públicas para o setor de saúde</p> <p>Perfil da população impede que o viés econômico regulamente o serviço</p> <p>Perfil da população impede que a logística liberal regulamente o serviço</p> <p>Verticalização fornece maior eficiência produtiva, técnica e organizacional</p> <p>Os benefícios da verticalização não podem desconsiderar as necessidades da população</p> <p>O setor de saúde não deve ser regido apenas pela redução de custos</p> <p>Verticalização sendo nociva a concorrência</p> <p>Verticalização minimiza o direito de escolha dos pacientes</p> <p>Verticalização desvaloriza o profissional de saúde e compromete a qualidade dos serviços</p>
<p>Mattos et al. (2022)</p> <p>Brasil</p>	<p>Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil</p> <p>Analizar a dimensão patrimonial de mudanças em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil entre 2008 e 2017</p> <p>Estudo descritivo-exploratório</p>	<p>Verticalização relacionada a patrimônios em múltiplos níveis</p> <p>Verticalização principalmente envolvendo planos de saúde, hospitais e diagnóstico</p> <p>Planos de grupo (Amil, Hapvida e Intermédica) buscaram verticalização</p> <p>Verticalização via aquisição ou investimento próprio</p> <p>Verticalização em menor escala nas cooperativas</p> <p>Verticalização no setor farmacêutico envolve logística e distribuição</p>	<p>Logística financeira em saúde se aproximou de grandes grupos industriais</p> <p>Incorporação de aportes de investimento, operações patrimoniais e mecanismos financeiro semelhantes ao mercado industrial</p> <p>Padrões de aquisição ou de investimento próprio para aprimorar processos logísticos</p> <p>Necessidade de se adequar com as expectativas de investidores</p> <p>Verticalização em diversas áreas da saúde, principalmente em planos de saúde</p>

Albuquerque et al. (2010) Brasil	Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo Levantar a percepção de gestores do setor de assistência médica privada sobre a verticalização, suas motivações e implicações Pesquisa qualitativa	A verticalização busca aprimorar processos administrativos e de atendimento Agilidade em implementar estratégias Diminuição de custos de produção e melhoria do serviço são as principais questões para gestores Melhor previsibilidade de demandas em saúde Maior estabilidade das empresas Expectativas foram cumpridas ao implementar a verticalização	Gestores de saúde são os principais responsáveis pelo planejamento da verticalização Integração vertical como estratégia econômica para gestão em saúde Foco na minimização de custos, melhoria no planejamento e melhores ofertas de serviços Verticalização atendeu as expectativas dos gestores Criar barreiras de entrada também foi vista como questão importante Qualidade do serviço como prioridade na verticalização
Tisott et al. (2016) Brasil	Integração vertical nos sistemas de saúde suplementar: o caso de uma operadora de saúde na modalidade de autogestão Analisar o processo de verticalização de uma operadora em saúde que atua na modalidade de autogestão Relato de Caso	Verticalização aumenta o poder de mercado e diminui barreiras Verticalização melhora a qualidade assistencial Verticalização focalizada no beneficiário Verticalização melhora a promoção do bem-estar Verticalização dissemina o risco de negócio Verticalização reduz atividades e procedimentos desnecessários Verticalização possibilita economia de escala Verticalização minimiza possíveis conflitos Processo complexo e demorado Verticalização diminui flexibilidade Verticalização aumenta os custos iniciais da operação	Verticalização proporciona satisfação dos beneficiários Verticalização aprimora a resolutividade de casos Verticalização permite desburocratizar o acesso Verticalização não aumentou os custos da operação Verticalização impõe perda de flexibilidade de escolha para o usuário Verticalização necessita de mudanças da cultura organizacional da empresa Processo de verticalização foi benéfico para os usuários e empresa Houve redução de custos operacionais no setor de recursos humanos Custos iniciais da verticalização total impõe barreiras de investimento

Cardoso, Paim e Zucchi (2010) Brasil	Operadoras de planos de saúde e seus recursos assistenciais Apurar a quantidade de operadoras que administram e possuem hospitais próprios Análise documental e Estudo de Campo	297 operadoras de planos de saúde no estado de São Paulo 101 operadoras de medicina de grupo 31 operadoras de autogestão 211 operadoras operam de forma terceirizada 58 operadoras operam em rede própria 28 operadoras operam em formato híbrido Das operadoras com rede própria: 28 eram de medicina de grupo; 19 filantrópicas; 13 cooperativas	Quanto menor o número de usuários menor a tendência de serviços próprios Verticalização impede atendimento em múltiplos lugares Verticalização permite prontuário único Redução de custos em procedimentos repetitivos Existência de conflitos de interesse entre oferecer serviços e reduzir os serviços prestados Verticalização possibilita detecção de problemas de saúde com maior facilidade Verticalização reduz custos, mas está sendo aplicada de forma lenta
Souza e Salvalaio (2010) Brasil	Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde Analisar os custos da rede própria de uma operadora brasileira de planos de saúde comparativamente com o preço cobrado pela rede credenciada Estudo exploratório	Verticalização reduz custos em relação a: clínica geral; ginecologia; cirurgia; ortopedia/traumatologia Verticalização aumenta os custos de: pediatria, medicina do trabalho Verticalização é muito vantajosa na odontologia, principalmente em endodontia Verticalização apresenta menores custos em relação a: ecografia; mamografia; eletrocardiograma; colonoscopia; endoscopia; audiometria; eletroencefalograma; espirometria Verticalização apresenta maiores custos em relação ao raio-X	Mesmo apresentando vantagens, estudos devem ser feitos para aprimorar os serviços da rede própria antes de sua implementação Redução da carga horária de medicina do trabalho pode maximizar o potencial da verticalização Verticalização apresenta-se mais vantajosa economicamente Gestor deve estudar o perfil de atendimento de seus usuários para definir qual o regime é mais vantajoso para seu plano Ociosidade é a principal razão de prejuízos da verticalização

Quanto a suas análises, os estudos variaram entre avaliar os princípios éticos correlacionados com a viabilização dos processos de verticalização em saúde e em relatar seus efeitos quanto a suas vantagens e desafios de implementação.

Discussão

A constante necessidade de serviços de saúde suplementares para que seja possível atender a demanda populacional é uma realidade. O Brasil, apesar de contar com o Sistema Único de Saúde (SUS) que garante o acesso aos serviços públicos de saúde, porém necessita de serviços particulares para atender a demanda de acesso da população. Essa perspectiva impõe desafios próprios para os prestadores de serviços em saúde particulares no território brasileiro, visto que saúde é um direito previsto pela constituição e seu processo de mercantilização não deve afetar a qualidade de vida da população. Dessa forma, os serviços particulares em saúde buscam constantemente atualizar seus sistemas de gestão e metodologias de trabalho para maximizar os processos que desenvolvem. Dessa forma, a verticalização, processo muito utilizado na indústria, passa a ser uma alternativa viável para minimizar os custos sem negligenciar a qualidade do serviço oferecido.

O presente estudo elucidou os aspectos do processo da verticalização em saúde em território brasileiro na perspectiva dos prestadores de serviços em saúde privados. Nesse sentido, os principais representantes desse processo são os planos de saúde que conseguem, a partir dessa metodologia de trabalho, aprimorar processos, otimizar o tempo de atendimento e tornar o negócio mais sustentável financeiramente.

Nesse sentido, Souza e Salvalaio¹⁶ elencam, a partir de um estudo de caso, em uma empresa de medicina de grupo que desenvolve suas atividades em Porto Alegre e na região da Grande Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, as vantagens e desafios desse processo. De fato, a verticalização mostrou-se benéfica financeiramente, mesmo com alguns serviços sendo prejudicados. A maioria dos procedimentos oferecidos teve uma redução de custos, sobretudo na perspectiva dos atendimentos odontológicos. Essa análise está de acordo com Tisott et al¹⁷ e Okano e Gomes¹⁸ que também detectaram vantagem econômica na implementação de um serviço vertical.

Cardoso, Paim e Zucchi¹⁹ relatam que, apesar dos processos de aquisição própria de prestação de serviços, as operadoras têm adotado essa metodologia de gestão de forma lenta. A principal razão mencionada é a modificação de uma estrutura organizacional de trabalho, bem como o alto custo inicial de sua implementação.

Tais fatores também são levantados por Okano e Gomes¹⁸ que, apesar de elencar uma redução de gastos de 30% quando utilizando uma rede própria, ressalta cautela em relação a estudos prévios da viabilidade da mudança de sistemas. Os autores, bem como Souza e Salvalaio¹⁶, ressaltam a necessidade de cuidados administrativos e de avaliação dos serviços a serem ofertados. Caso o gestor opte pela mudança metodológica sem ter domínio completo das demandas de sua população assistida, o mesmo pode enfrentar prejuízos financeiros.

Outra preocupação em relação a implementação dos processos de verticalização em saúde se relaciona aos critérios éticos das prestadoras. Na realidade, tal aspecto foi discutido por Pinheiro et al.²⁰ e por Bonsucesso¹². Os autores ressaltam as desvantagens em relação a facilidade de criação de monopólios e do prejuízo aos beneficiários que terão seu direito de escolha de mercado limitada.

Em perspectiva similar, Okano e Gomes¹⁸ enfatizam que a aplicabilidade de uma gestão vertical necessita seguir precauções éticas para não prejudicar a população assistida, mas enfatiza que tal conduta pode ser utilizada sem ferir nenhum direito ao livre mercado. Outrossim, mesmo o estudo de Bonsucesso¹² elucida que o processo de verticalização, por si só, não constitui uma prática lesiva pela própria conclusão do caso, onde um Instituto de Radiologia de Bento Gonçalves, na Serra Gaúcha, recebe a recusa de credenciamento junto ao plano de saúde pertencente ao único Hospital da cidade.

Os preceitos éticos e a necessidade de possibilitar aos usuários escolhas de serviços a serem utilizados são realmente uma pauta importante. Matos et al.²¹, Pinheiro et al.²⁰ e Cardoso, Paim e Zucchi¹⁹ demonstram a existências de conflitos de interesse entre a prestação de serviço em si e da logística capitalista priorizada pelas gestões. Os autores ressaltam que deve existir uma fiscalização constante para que o processo como um todo não seja prejudicial ao usuário, acarretando a piora dos serviços ofertados e a existência de monopólios.

Em relação aos gestores em saúde, Albuquerque et al²² ressaltam a perspectiva desses profissionais frente a essa nova metodologia. Os méritos atingidos percorrem duas esferas principais: processos mais eficientes e estabilidade comercial. A amostra

estudada ressalta como principais pontos atingidos a minimização de custos e uma melhora no serviço ofertado. Na realidade, os próprios autores, em concordância com Tisott et al¹⁷ reforçam que ao melhorar o acompanhamento dos pacientes, os colocando em um único centro de atendimento, seu serviço de saúde e prevenção de agravos se torna mais eficiente, o que melhora o estado de saúde do beneficiário e minimiza os custos efetivos do sistema.

Como todo processo de gestão, a verticalização possui pontos positivos e negativos. Como virtudes podemos elencar a diminuição de custos, do desperdício em saúde, a minimização de exames duplicados, a melhora a qualidade assistencial, a diminuição de barreiras burocráticas entre o serviço e a população, o foco no beneficiário, a promoção do bem-estar do usuário, a prioridade na economia de escala, a minimização dos possíveis conflitos, a criação de um prontuário único, a melhoria nos estudos epidemiológicos e a elaboração de estratégias focadas nas necessidades da população^{16,17,22}.

Como principais desvantagens, podemos elencar a demora e as dificuldades de sua implementação, necessitando de uma articulação de todos os agentes prestadores de serviço para modificação correta da metodologia. Tais modificações são complexas, onerosas e necessitam de tempo para serem corretamente aplicadas. Ademais, os usuários são submetidos a uma perda de flexibilidade em relação aos serviços a serem adquiridos, estando condicionados apenas a rede própria. Essa característica, por si, implica em alguns aspectos éticos mais profundos, visto que a verticalização pode propiciar que prestadoras de serviço de menor porte sejam prejudicadas, bem como pode favorecer a criação de monopólios^{12,17,20}.

Cardoso, Paim e Zucchi¹⁹ ressaltam que as modificações nas metodologias de prestação de serviços acontecem de maneira lenta e, principalmente, lideradas pelas empresas de medicina de grupo. Entretanto, Duarte⁹ elencou a necessidade da maior cooperativa em saúde do Brasil em ofertar a seus usuários hospitais próprios. É contraditório, no entanto, a modificação da logística cooperativista em adquirir um setor próprio, uma vez que minimiza a autonomia dos prestadores.

Diante desses cenários, Okano e Gomes¹⁸ reforçam que a verticalização e a rede credenciada não são excludentes entre si. Tal constatação também é reforçada pelos estudos de Cardoso, Paim e Zucchi¹⁹ e de Souza e Salvalaio¹⁶ que enfatizam a necessidade de cautela na aplicação da verticalização total de um serviço, bem como ressaltam que, por vezes, a metodologia híbrida pode ser a mais viável para sua logística. Serviços que demandam menores alocações de pessoal, bem como menores custos com insumos médicos, podem ser mantidos em redes credenciadas. Além disso, alguns processos laboratoriais de imagem podem ser terceirizados em virtude de sua variação de custos.

Conclusões

O presente estudo identificou, mapeou e discutiu, de forma abrangente, quais são os principais impactos da verticalização da saúde suplementar em relação ao acesso e uso dos serviços. A verticalização confere aos serviços particulares uma possibilidade de minimização de custos ao mesmo tempo em que não prejudica os serviços ofertados aos beneficiários. Sua incorporação, no entanto, é lenta e pode, em primeiro momento, não trazer benefícios notáveis à população enquanto a equipe se adequa à nova metodologia de trabalho. Além disso, a fiscalização, tanto pelos usuários quanto pelos órgãos governamentais, precisa ser efetiva para que nenhuma prática antiética seja realizada.

Referências

1. Salci MA, Silva DMGV, Meirelles BHS. Avaliação no sistema de saúde brasileiro. Ciênc. cuid. saúde [Internet]. 2018 Jun; 17(2): e41937. Epub 13-Maio-2022. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41937>.
2. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012Jan;17(1):231-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100025>
3. Nunes AM. Avaliação do grau de integração da atenção primária à saúde com atendimento especializado no modelo de unidade local de saúde experimentado em Portugal. Saude soc [Internet]. 2021;30(1):e180532. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021180532>
4. Kakani P, Cutler DM, Rosenthal MB, Keating NL. Trends in Integration Between Physician Organizations and Pharmacies for Self-Administered Drugs.

JAMA Netw Open. 2024 Feb 5;7(2):e2356592. doi:
[10.1001/jamanetworkopen.2023.56592](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.56592)

5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Montone J, Werneck de Castro AJ, organizadores. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. v.3, t.2. (Série B. Textos Básicos de Saúde - MS; Regulação e Saúde; v.3). ISBN 85-334-0763. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reg_saudevol3t2.pdf
6. Amado GC, Ferreira DC, Nunes AM. Vertical integration in healthcare: What does literature say about improvements on quality, access, efficiency, and costs containment? Int J Health Plann Manage. 2022 May;37(3):1252-1298. doi:
[10.1002/hpm.3407](https://doi.org/10.1002/hpm.3407)
7. Wang X, Yang E, Zheng C, Yuan S. Effects of vertical integration on the healthcare system in China: a systematic review and meta-analysis. Health Policy Plan. 2024 Jan 9;39(1):66-79. doi: [10.1093/heapol/czad085](https://doi.org/10.1093/heapol/czad085).
8. Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil; 2016. 260 p. ISBN: 978-85-7967-115-9. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financeiro.pdf
9. Duarte AL de CM, Oliveira F de M, Santos A de A, Santos BFC dos. Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017 Aug;22(8):2753-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.00912016>
10. Brasil. Lei No 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm
11. Ferreira DQG. Os determinantes da integração vertical na saúde suplementar segundo a teoria dos custos de transação [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia; 2013. 252 f. Disponível em: <https://web.bnDES.gov.br/bib/jspui/handle/1408/13814>
12. Bonsucesso TML. Conduta lesiva à concorrência: uma análise do fenômeno da verticalização no mercado de planos. RJLB [internet] 2015; 6(1):563-1579. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2015/6/2015_06_1563_1579.pdf
13. Alves AC. A percepção da qualidade na prestação de serviços públicos: estudo de caso de um centro de saúde, na cidade de Campina Grande – Paraíba. Pensamento & Realidade [Internet]. 31º de janeiro de 2018; 32(4):20. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/pensamentorealidade/article/view/33194>
14. Oliveira JAD, Ribeiro JM, Emmerick ICM, Luiza VL. Longevidade e custo da assistência: o desafio de um plano de saúde de autogestão. Ciênc saúde coletiva

[Internet]. 2020Oct;25(10):4045-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.15562018>

15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018 Oct 2;169(7):467-473. doi: [10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850)

16. Souza MA, Salvalaio D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. Rev Panam Salud Pública. 2010;28(4):305-10. Disponível em:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/9620>

17. Tisott PB, Prantz C, Malafaia GC, Tondolo VAG, Borelli V. Integração vertical nos sistemas de saúde suplementar: o caso de uma operadora de saúde na modalidade de autogestão. Revista Gestão Industrial. 2016; 12(1):78-94. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/revistagi/article/view/3130>

18. Okano MT, Gomes JGC. Análise da verticalização dos serviços de saúde: estudo exploratório no sistema produtivo da saúde suplementar no Brasil. Research, Society and Development. 2020; 9(2): e147922151-e147922151. doi: [10.33448/rsd-v9i2.2151](https://doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2151)

19. Cardoso C, Paim CRP, Zucchi P. Operadoras de planos de saúde e seus recursos assistenciais / Health care operators and its assistance resources. Rev Adm Saúde. 2010;12(47):57-62. Disponível em: <https://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/issue/archive?issuesPage=2>

20. Pinheiro MS, Brito AMG, Jeraldo VLS, Pinheiro KS. Aspectos éticos em uma disputa de mercado entre laboratórios clínicos e um plano de saúde: relato de caso. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011;16:731-4. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700003>

21. Mattos LV, Carvalho EMCL, Barbosa DVS, Bahia L. Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2022;38:e00175820. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00175820>

22. Albuquerque GM de, Fleury MTL, Fleury AL. Vertical integration in service industries: an exploratory study at the healthcare industry in São Paulo. Prod [Internet]. 2011Jan;21(1):39-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05132011005000015>