SÉRIE GESTÃO EM SAÚDE

GVsaúde – Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da FGV-EAESP

Volume 1

Gestão de Operações em Saúde

para Hospitais, Clínicas, Consultórios e Serviços de Diagnóstico

2ª edição

Libânia Rangel de Alvarenga Paes

FGV GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP

Atheneu

Série Gestão em Saúde (FGV)

Volume 1

Gestão de Operações em Saúde

para Hospitais, Clínicas, Consultórios e Serviços de Diagnóstico

2ª edição

Série Gestão em Saúde (FGV)

Volume 1 Gestão de Operações em Saúde para Hospitais, Clínicas, Consultórios e Serviços de Diagnóstico

Volume 2 Compreendendo o Edifício da Saúde

Volume 3 Gestão do Faturamento e Auditoria de Contas Hospitalares

Volume 4 Gestão Comercial Hospitalar



Série Gestão em Saúde (FGV)

Volume 1

Gestão de Operações em Saúde

para Hospitais, Clínicas, Consultórios e Serviços de Diagnóstico

2ª edição

Libânia Rangel de Alvarenga Paes

Doutora em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo (FGV-EAESP).

Atheneu

Rio de Janeiro • São Paulo

2022

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 18° andar
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

CAPA: Paulo Verardo
PRODUÇÃO EDITORIAL: MKX Editorial

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P144g

Paes, Libânia Rangel de Alvarenga
Gestão de operações em saúde : para hospitais, clínicas, consultórios e serviços de diagnóstico / Libânia Rangel de Alvarenga Paes. - 2. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2022.
: il. ; 21 cm. (Gestão em saúde FGV ; 1)

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-535-6

1. Administração dos serviços de saúde. 2. Administração da produção - Saúde. I. Título. II. Série.

22-78228 CDD: 362.1068
CDU: 005.343:614.2

Gabriela Faray Ferreira Lopes – Bibliotecária – CRB-7/6643
08/06/2022 08/06/2022

PAES, L. R. A.
SÉRIE GESTÃO EM SAÚDE (FGV)
Volume 1 – Gestão de Operações em Saúde para Hospitais, Clínicas, Consultórios e Serviços de Diagnóstico – 2ª edição

©Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2022.

Capítulo 1

A Cadeia de Valor em Saúde

Para que qualquer produto ou serviço seja fornecido, é necessária a execução de várias atividades separadas. Uma cadeia de valor é essa sequência de produção, desde a entrada de matéria-prima até o produto final entregue ao cliente. Em cada um de seus elos, agrega-se mais valor ao produto em relação à etapa anterior. Quando essas tarefas são realizadas dentro da organização e do processo de produção, a cadeia é chamada *interna*. Entretanto, há uma segunda cadeia, *externa*, formada pelo conjunto de relações e atividades entre as organizações do mercado, em que o produto acabado de uma corresponde à matéria-prima da seguinte. Nesse modelo, os elos devem ser parceiros para o planejamento e a coordenação da produção, a fim de aprimorar o conjunto de valor da cadeia.

Uma cadeia de valor de atenção em Saúde é composta por produtores, distribuidores, prestadores de serviço, fontes pagadoras e consumidores (Figura 1.1). Observamos que o primeiro elo da cadeia são os produtores, representados pelas indústrias que fornecem os insumos materiais para a assistência médica. São empresas do ramo farmacêutico, de materiais hospitalares, equipamentos médicos e alimentos. O setor de Saúde é também amplamente apoiado em equipamentos que auxiliam os profissionais no diagnóstico e tratamento de pacientes. Muitos dos serviços médico-hospitalares só podem ser prestados – só existem – se estão presentes determinados equipamentos, medicamentos e materiais. A compreensão

de que, para a prestação do serviço, é necessário um conjunto produto-serviço, é fundamental para entendermos a análise da importância da gestão de operações no mercado de Saúde.

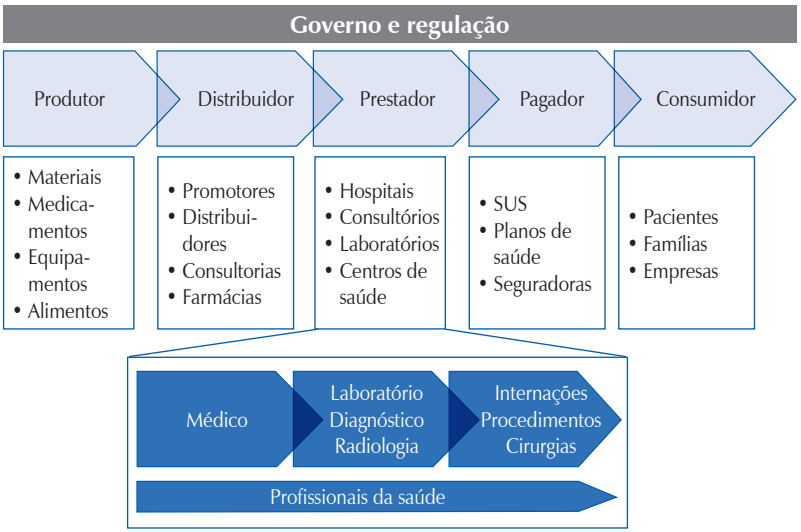

Figura 1.1. Cadeia de valor do mercado de Saúde.

No Brasil, a indústria farmacêutica vendeu mais de 4,7 bilhões de unidades de medicamentos em 2020, o que coloca o país em sétimo lugar mundial em vendas no setor e gera um valor superior a US$ 16 bilhões (SINDUSFARMA, 2021). O setor de equipamentos, principalmente os de diagnóstico por imagem, como aparelhos de tomografia computadorizada e ressonância magnética, está em alta.

No segundo bloco da Figura 1.1, vemos os distribuidores de insumos, medicamentos e materiais, que são os intermediários entre fabricantes e prestadores de atendimento médico. Além destes participantes, a criação das GPOs (*Group Purchasing Organizations*), alianças estratégicas de hospitais para compra de insumos e medicamentos, conseguiu diminuir custos de aquisição de medicamentos e materiais pelos princípios da economia de escala. Discutiremos melhor essa iniciativa no capítulo de Gestão de Suprimentos. Alguns deles oferecem também sistemas de informação para melhoria do

controle de materiais. No Brasil, são poucos os casos documentados, o que mostra que os hospitais ainda pensam na gestão de suprimentos como apenas um centro de custo a ser gerenciado, como uma função administrativa rotineira. O papel dos distribuidores na cadeia, como veremos adiante, pode ser "tradicional", em que suas atividades se resumem ao recebimento de pedidos e entrega dos materiais, e como "serviço", em que os hospitais terceirizam para eles o recebimento e a redistribuição interna dos produtos. Alguns destes modelos são usados como vantagem competitiva pelas organizações, já que permitem a melhoria da qualidade da entrega.

Ainda na Figura 1.1, no elo seguinte da cadeia estão os prestadores, aqueles que efetivamente realizam o serviço médico. Nota-se que, além da cadeia principal (em azul claro) existe uma subcadeia de valor dentro do elo de prestadores (em azul escuro), que será detalhada nos próximos parágrafos. Em 2019, os gastos com Saúde representaram 9,2% do PIB – Produto Interno Bruto brasileiro, totalizando um dispêndio de mais de R$600 bilhões. Somente em despesas assistenciais de planos de saúde privados, foram mais de R$ 53 bilhões em 2009. Eles incluem todas as organizações e os profissionais que se relacionam diretamente com o paciente.

Os estabelecimentos de saúde no Brasil são classificados em 12 grupos, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Quadro 1.1). Foram excluídos: unidades móveis fluviais e terrestres, farmácias, unidades de vigilância, centrais de regulação e secretarias de saúde. Os prestadores de serviços são a peça central de um Sistema de Saúde e responsáveis pela maior parte do valor entregue aos pacientes. Os componentes do sistema de Saúde, que prestam o atendimento médico, podem ser classificados de acordo com o nível de utilização de tecnologia material e de capacitação de seus profissionais. Também existe um modelo de cadeia de valor de "unidades de prática integradas" que pode ser encontrado em vários estabelecimentos hospitalares. Esse modelo consiste em prestações de serviços diferenciados, divididos em unidades específicas, de acordo com o tipo de atividade. É aqui que o elo dos prestadores se abre em outra cadeia, composta por diferentes tipos de "estabelecimentos", que podem ou não ser partes de empresas distintas. O laboratório de Anatomia Patológica de um grande hospital de São Paulo, por exemplo, é totalmente ge-

Quadro 1.1. Descrição dos principais tipos de estabelecimentos de saúde no Brasil

Tipo de Prestador	*Descrição*
Centro de saúde	Realiza atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas. Pode oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior; SADT e pronto-atendimento 24 horas
Clínica/ambulatório	Realiza assistência ambulatorial em apenas uma especialidade ou área da assistência
Consultório isolado	Sala isolada para prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de Saúde de nível superior
Hospital-dia isolado	Unidade especializada no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação
Hospital especializado	Hospital destinado à prestação de assistência à Saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT
Hospital geral	Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas (clínica geral, pediatria, cirurgia e ginecologia/obstetrícia), por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/ Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade
Policlínica	Unidade para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ter outras especialidades não médicas. Pode ou não oferecer SADT e pronto-atendimento 24 horas
Posto de saúde	Destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico
Pronto-socorro especializado	Presta assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco à vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato
Pronto-socorro geral	Presta assistência a pacientes com ou sem risco à vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Pode ter ou não internação
SADT isolado	Unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente
Unidade mista	Destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à Saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas. Pode oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina

SADT: Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento.
Fonte: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http:// cnes.datasus.gov.br>

renciado por uma empresa de diagnóstico externa, apesar de estar fisicamente dentro do hospital. Em contrapartida, em outro hospital de semelhante porte e no mesmo município, o laboratório é um departamento da própria organização. Em qualquer um dos modelos, essa cadeia de valor interna representa o principal foco da prestação de serviços médicos.

O pagamento pelos serviços prestados é feito pelo governo, pelas operadoras de planos de saúde e por desembolso pessoal dos pacientes. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o governo arca com 41% do total de gastos. Os 59% restantes vêm da iniciativa privada ou de particulares.

Concluindo a análise da Figura 1.1, no final da cadeia estão os consumidores, que podem ser divididos em quatro subgrupos: pacientes, familiares ou responsáveis, empresas e comunidade. Os pacientes e familiares "consomem" diretamente o serviço médico, por meio do atendimento dos prestadores. De acordo com a ANS (Agência Nacional de Saúde), os planos corporativos, que representam 82% dos beneficiários do setor privado, são cofinanciados por empresas ou pela adesão a grupos coletivos, como associações, conselhos e clubes. Os planos individuais, comprados diretamente pelo paciente, compõem 18% do total.

A visão do mercado pelo prestador

De posse das definições da cadeia de valor e com o foco nos prestadores – clínicas, hospitais, consultórios e empresas de diagnóstico – podemos nos aprofundar sobre algumas de suas características específicas, que serão importantes no decorrer deste livro. O Sistema de Saúde presta serviços em três níveis de atenção, também chamados de esferas de atendimento: primário, secundário e terciário.

O nível de atenção *primário* é o de menor complexidade, tanto do ponto de vista dos processos patológicos, quanto dos recursos tecnológicos e físicos utilizados e da especialização dos recursos humanos envolvidos. Os serviços deste nível geralmente representam a porta de entrada do sistema e atuam sobretudo na educação da população e na prevenção de doenças. Possuem serviços básicos de diagnóstico, representados por alguns exames complementares mais simples, como medição de pressão arterial e exame de sangue,

e são ordinariamente compostos por postos de saúde, consultórios, serviços de atendimento domiciliar e clínicas. Na maioria dos casos, os exames de sangue são coletados e enviados para uma instituição com mais recursos para análise e emissão dos resultados. Menor complexidade tecnológica não significa, necessariamente, atraso na aquisição da tecnologia: são sistemas com menos funcionalidades, mas que desempenham as funções básicas necessárias. Exemplos disto são: o aparelho de raios X portátil, que pode ser transportado facilmente pelo profissional; e aparelhos de medição cardíaca e circulatória pessoais.

Os serviços de atenção *secundária* são os de complexidade média, prestados em centros de saúde ou hospitais secundários, que atendem casos em que a capacidade resolutiva do nível primário não foi suficiente. Essas organizações contam com profissionais das quatro áreas básicas da Medicina – cirurgia geral; clínica médica; ginecologia e obstetrícia; e pediatria – e com serviços de diagnóstico como ultrassonografia e laboratório clínico próprio ou terceirizado.

O nível *terciário* de atenção é aquele que apresenta maior complexidade no atendimento aos processos patológicos e nos recursos utilizados. É composto por centros de referência, que comportam os mais avançados e específicos recursos físicos, técnicos e humanos para o atendimento a pacientes. Devem atender a casos que necessitam de equipamentos sofisticados e tecnologicamente avançados, como, por exemplo, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e ultrassonografia Doppler; e ter profissionais especializados em disciplinas além das áreas básicas. Este nível é representado principalmente pelos hospitais universitários e de especialidades.

Ao se relacionarem as esferas de atendimento e o modelo de cadeia de valor dos prestadores, podemos compreender melhor as relações de *verticalização* e *horizontalização*. Devido ao nível de complexidade de cada uma das esferas, podemos observar os valores agregados individualmente em cada uma delas.

Desde a década de 1990, a área de Saúde vem sofrendo diversas transformações em prol da própria sobrevivência do setor: integração vertical, integração horizontal e *managed care*. Os EUA ainda passaram pela implantação da HIPAA – *Health Insurance*

Portability and Accountability Act (Ação de Responsabilidade e Portabilidade de Seguro Saúde), em 1996. A HIPAA foi publicada em 1996 e definiu e publicou políticas que buscam garantir a padronização e o tráfego seguro das informações médicas dos usuários americanos por meio de regras de armazenamento, disposição e transferências de seus dados entre provedores de saúde, planos, governo e agências regulatórias. Essa necessidade de "resistência" do setor se deve, principalmente, à explosão dos custos de assistência, causada por diversos fatores. Envelhecimento da população, novos tratamentos e métodos de diagnóstico e aumento do uso da tecnologia são alguns dos pontos mais citados para justificar o aumento dos gastos em Saúde em todo o mundo. A extensão da sobrevida poderia explicar o aumento global dos valores, mas, por si só, não justificaria o aumento dos custos individuais. Porém, a criação de métodos de amenização de doenças ainda "sem cura" levou os prestadores à possibilidade de controlar, por exemplo, as doenças crônicas, aumentando o uso dos recursos e a longevidade da população.

O primeiro item desta transformação é a integração vertical, que descreve o envolvimento de uma organização em mais de uma etapa da cadeia de um processo produtivo. Neste modelo, unem-se duas ou mais empresas que possuem produtos ou serviços que servem de entrada ou saída para outra. Representa um estilo organizacional em que uma empresa detém direitos sobre seus fornecedores e compradores. A principal razão que leva a este modelo é a redução de custos transacionais e de produção. Já na horizontal, este elo ocorre dentro de um mesmo grupo de atuação. Nesses processos, criaram-se as *Integrated Delivery Network*s (IDN – Redes Integradas de Prestação de Serviços) e as *Health Maintenance Organizations* (HMO – Organizações de Manutenção de Saúde).

As IDN podem ser descritas como "filiais" de uma mesma organização de Saúde, que prestam serviços às vezes diferenciados em cada uma de suas unidades, variando desde consultórios isolados até hospitais de alta complexidade. No Brasil, um exemplo clássico é o das Cooperativas Médicas, que integram, em sua rede, diversos níveis de atendimento à Saúde. Uma grande operadora de planos de Saúde, com atuação em São Paulo, por exemplo, realiza 20% de seus atendimentos em unidades próprias. Pode-se conside-

rar que as IDN são uma mistura de integração vertical e horizontal, já que atuam dentro do próprio estágio de prestadores da cadeia de valor. Outro exemplo mais recente no Brasil é o de uma grande empresa de diagnósticos que, desde sua criação na década de 1920, atuava exclusivamente no segmento de medicina diagnóstica laboratorial. Na década de 1990, acrescentou exames de imagens à sua gama de serviços e, nos anos 2000, abriu também um hospital-dia.

Já nas HMO, claramente representando a integração vertical, o principal exemplo é a união entre prestadores e fontes pagadoras em um só grupo. A associação não engloba apenas convênios e hospitais, mas também consultórios e ambulatórios. Assim, ao se tornarem unidades de negócios dos planos de saúde, os prestadores de serviços começaram a gerir melhor a saúde de seus pacientes e beneficiários e, consequentemente, alcançar melhorias financeiras. No Brasil, várias operadoras de planos de saúde começaram a manter uma rede própria de assistência, com a finalidade de controlar o acesso aos serviços de Saúde e fazer o possível para reduzir os custos assistenciais, que chegam a mais de 85% do total faturado em mensalidades.

Com o propósito de buscar soluções para o aumento dos custos médicos nos Estados Unidos, em meados da década de 1970 foi criado o conceito de *managed care*. O propósito é reduzir os gastos por meio de ações diretas de incentivo aos médicos, pacientes e prestadores de serviço. Para a relação entre planos de saúde e prestadores, o impacto no Brasil foi grande, já que se iniciaram um controle e uma vigilância sobre como, quais e quantos serviços eram prestados aos pacientes. Centrais de regulação médica e maior restrição à liberação de procedimentos limitaram os pedidos dos profissionais de Saúde, principalmente dos médicos.

A relação entre prestadores e planos de saúde, principalmente nos EUA, também foi afetada pela publicação da HIPAA, em 1996. Desde então, as organizações vêm adequando seus sistemas de informação às leis de regulação de transmissão dos dados médicos dos pacientes. A adequação à HIPAA inclui padronização das informações, segurança e privacidade do tráfego de informações e integridade física e tecnológica dos dados. Considerando todas as regulamentações implantadas nos últimos anos nos Estados Unidos (*Sarbanes-Oxley, Environment Protection Agency*, HIPAA, dentre

outras), estima-se que o gasto para sua aquiescência pelas empresas aumenta em US$ 8.000 o custo de bens de consumo e serviços em geral para a população americana.

No Brasil, a instituição da Lei Geral de Proteção dos Dados (LGPD) trouxe essas preocupações para hospitais, operadoras e governo. O objetivo desta lei é proteger os dados sensíveis e pessoais dos integrantes da cadeia de valor, que vão desde o paciente até os colaboradores das organizações. A LGPD também é uma resposta a uma demanda global: países que não cuidam de seus dados podem ter problemas em se relacionar com os demais. A GDPR – General Data Protection Regulation, utilizada na Europa, restringe processamento de dados entre sites hospedados em países sem uma regulação específica sobre dados pessoais.

No Brasil, foi instituída, desde 2005, a Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), numa tentativa semelhante à HIPAA, de padronização. A iniciativa foi lançada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que, apesar de regulamentar apenas os planos de saúde no país, acabou atingindo também os prestadores.

A alta fragmentação é uma característica importante do setor de Saúde. Ao contrário da indústria farmacêutica, por exemplo, em que as dez maiores empresas do mundo foram responsáveis por mais de 50% das vendas, não existe nenhum prestador tão influente assim. Porém, no Brasil, tem-se visto uma diminuição da fragmentação do mercado de Saúde Supletiva, com as fusões ocorridas nos últimos anos entre os planos de saúde. Com isso, no final de 2021, apenas duas empresas eram responsáveis por mais de 13% dos beneficiários. Esse número vem aumentando ao longo dos anos. Em 2010, essas empresas comportavam pouco mais de 10%. Essa fragmentação prejudica a definição de padrões de uso de insumos no mercado e diminui a influência das boas práticas de mercado. Vem ocorrendo, entretanto uma desfragmentação do mercado. Em quase 20 anos, de 2000 a 2019, o número de operadoras caiu de 1.380 para 742, uma redução de 43%. Um dos principais fatores que contribuem para essa desfragmentação são a aquisição e a fusão entre as empresas, que não são bem vistas pelo mercado, devido ao medo de que a redução da concorrência prejudique os beneficiários. Quem sofre também com a diminuição

de operadoras é o prestador, que perde poder de negociação de preços e tabelas.

Para conhecer mais...

1. **Porter M, Teinsberg EO. Repensando a Saúde. São Paulo: Artmed, 2007.**
   O livro do Porter foi muito badalado em seu lançamento. Traz uma excelente visão sobre competitividade e cadeia de valor em Saúde, apesar de os exemplos serem muito voltados para o mercado americano. Para quem prefere uma leitura rápida sobre competitividade, o livro teve origem em um artigo da Harvard Business Review: Teinsberg E, Porter M, Brown G. Making Competition in Health Care Work. Harvard Business Review, jul-ago/1994.
2. **Burns LR, et al. The Health Care Value Chain: Producers, Purchasers, and Providers. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.**
   É o melhor livro sobre cadeia de valor em Saúde que encontrei. Os capítulos vão desde os produtores até os pagadores, em textos claros e interessantes. O primeiro capítulo está disponível na internet no endereço: http://media.wiley.com/product_data/excerpt/17/07879602/0787960217.pdf.
3. **Dados setoriais**
   Os dados deste capítulo foram obtidos nos sites do Governo Brasileiro, Organização Mundial de Saúde e Associações setoriais, como a Abramge e a ABIFARMA. Os links estão abaixo:
   a) Planos de Saúde: https://www.gov.br/ans/pt-br e https://www.abramge.com.br.
   b) Gastos Governamentais: http://www.portaltransparencia.gov.br/ e https://agenciadenoticias.ibge.gov.br.
   c) Indústria: https://sindusfarma.org.br.
   d) Estrutura de prestação de serviços: http://cnes.datasus.gov.br/.