

Série Gestão em Saúde (FGV)

Volume 1

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



SAL
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR
TEL.: 0800-267753
www.atheneu.com.br

Série Gestão em Saúde (FGV)

Volume 1

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

LIBÂNIA RANGEL DE ALVARENGA PAES

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

 **Atheneu**

*EDITORA
ATHENEU*

*São Paulo — Rua Jesuíno Pascoal, 30
Tels.: (11) 2858-8750
Fax: (11) 2858-8766
E-mail: atheneu@atheneu.com.br*

*Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
Fax: (21) 3094-1284
E-mail: atheneu@atheneu.com.br*

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 — Conj. I.104

CAPA: Paulo Verardo
PRODUÇÃO EDITORIAL/ DIAGRAMAÇÃO: Fernando Palermo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Paes, Libânia Rangel de Alvarenga

Gestão de operações em saúde para hospitais, clínicas,
consultórios e serviços de diagnóstico. / Libânia Rangel de Alvarenga Paes.
-- São Paulo : Editora Atheneu, 2011. -- (Série gestão em saúde (FGV); v. 1)

Bibliografia.

ISBN 978-85-388-0179-5

1. Hospitais - Administração 2. Serviços de saúde - Administração
I. Título. II. Série.

10-13643

CDD-362.1068

PAES, L. R. A.

SÉRIE GESTÃO EM SAÚDE (FGV)

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

©Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2011.

Apresentação

Considere o seguinte cenário: um paciente internado será submetido a um exame de ressonância magnética. Para esta atividade, aparentemente trivial em um grande hospital, precisamos, dentre outras coisas: saber se há horário na ressonância, sem ter outros pacientes ou estar em estado de manutenção; ter um profissional para aplicar o contraste no paciente; ter o contraste, a agulha e a seringa em estoque; transferir o paciente do quarto para a sala de exame; ter disponibilidade do profissional que realizará o exame; e avisar ao setor de contas médicas que o exame foi realizado.

Para que estas e outras atividades sejam realizadas em uma organização, é necessário administrar suas operações. Assim, o termo Gestão de Operações está ligado ao planejamento e controle dos processos, materiais e recursos que geram produtos e serviços. Todos os negócios possuem operações e a área de Saúde não é uma exceção.

Este livro começa com a apresentação da cadeia de valor em Saúde e onde os prestadores de serviços de saúde – consultórios, clínicas, hospitais e serviços de diagnósticos – estão inseridos. Compreender suas relações com os demais integrantes desta cadeia, desde fornecedores até o paciente e as fontes pagadoras, é fundamental para a gestão de operações. Por todo o texto, quando falarmos destas organizações, usaremos o termo *prestadores*.

No restante do livro, procuraremos integrar os aspectos do gerenciamento de operações à realidade dos prestadores de serviços por meio de exemplos variados, para abordar desde o pequeno consultório até o hospital de alta complexidade. Negócios de Saúde, mas de diferentes naturezas – como hospitais e planos de saúde – possuem aspectos de produção bastante distintos, mas muito pode

ser aprendido e aplicado entre eles. Da mesma forma, um pequeno posto de saúde e um hospital privado de 300 leitos têm muito em comum quando se fala de operações. O que se observa de diferente são características intrínsecas entre eles, como a variedade de serviços, a complexidade da assistência, o volume de atendimento e o público que atendem. Mas, ambos, por exemplo, possuem um processo de cadastro de pacientes no momento da sua admissão e estão sujeitos a filas. Muitas vezes, um mesmo profissional executa uma consulta em um paciente nos dois ambientes. Assim, veremos que, apesar das diferenças de porte e serviços, grande parte dos conceitos apresentados pode ser aplicada a todas as organizações.

Em uma clínica, por exemplo, um paciente chega, passa pela recepção, faz a ficha de atendimento, aguarda o chamado do médico, é atendido e pode ou não realizar exames complementares antes de ser liberado. Este breve relato representa um macroprocesso (Capítulo 3). Este processo só existe se houver um local adequado para atendimento – as instalações (Capítulo 2). A ficha médica e os materiais usados em uma consulta, como abaixador de língua e algodão com álcool, devem estar disponíveis para o profissional (Capítulos 4 e 5). Este, por sua vez, depende de recursos humanos, tempo, qualidade e tecnologia (Capítulos 7 e 8), que são determinados de acordo com a capacidade da organização (Capítulo 6).

Este livro procura abordar, de forma geral, os aspectos do gerenciamento de operações em prestadores, como hospitais, clínicas, consultórios e serviços de diagnóstico. Para que você possa se aprofundar em cada um dos temas, ao final de cada um dos capítulos, há referências de outras obras sobre o assunto. Também estão disponíveis materiais extras, como planilhas e documentos no site: <http://www.libania.com.br/livros>.

Espero que este texto seja útil para sua formação profissional e sirva de apoio para a gestão do dia a dia de sua organização. Boa leitura!

Índice

Apresentação	5
Capítulo 1	
A cadeia de valor em saúde	9
A visão do mercado pelo prestador	14
Capítulo 2	
Gestão de operações	21
Hospitais vendem serviços ou produtos?	21
Operações têm estratégia?	25
Tipos de decisões em operações	28
O ambiente em saúde	30
Layout em operações	32
Capítulo 3	
Desenho e análise de processos	37
Tipos de processos	39
Toda a operação pode ser desenhada?	43
Análise de processos	44
Capítulo 4	
Gestão de suprimentos	59
Cadeia de suprimentos	60
Capítulo 5	
Gestão de estoques	69
Composição dos insumos	70
Codificação de produtos	71
Classificação de produtos	78

Padronização.....	86
Funções da gestão de estoques.....	87
Soluções para gestão de estoques.....	108
Capítulo 6	
Gerenciando capacidade.....	119
Definir a capacidade atual.....	120
Definir a capacidade básica.....	124
Entender a variação entre nossa capacidade e a demanda.....	125
Capítulo 7	
Gestão de recursos.....	137
Carregamento.....	138
Sequenciamento.....	138
Programação.....	140
Teoria das restrições.....	142
Capítulo 8	
Tópicos selecionados em operações.....	145
Gestão de projetos.....	145
Pesquisa operacional: a matemática.....	157
Informação e tecnologia.....	160
Desempenho e melhorias.....	167
Capítulo 9	
Referências bibliográficas.....	171
Índice Remissivo.....	181

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 cliente¹. 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. Neste 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 básica 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-

1. Porter (1999)

-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.

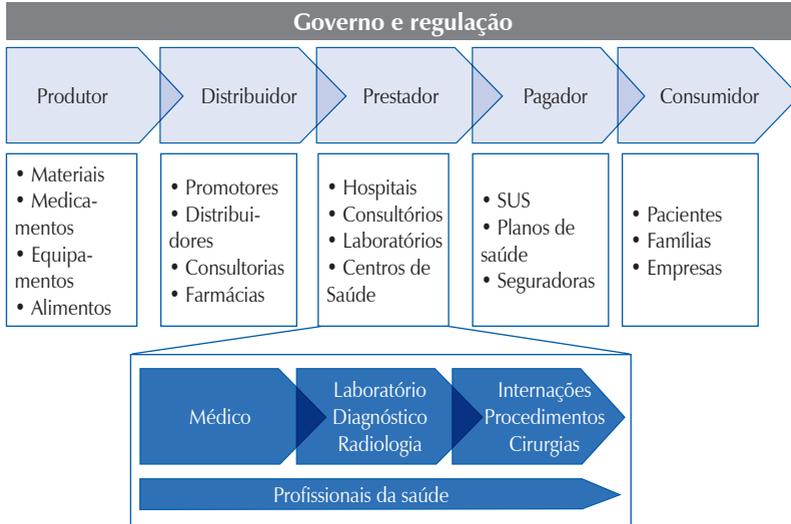


Figura 1.1. Cadeia de valor do mercado de Saúde.

No Brasil, a indústria farmacêutica vendeu mais de 1,6 bilhão de unidades de medicamentos em 2005, o que coloca o país em décimo lugar mundial em vendas no setor² e gera um valor superior a US\$ 7 bilhões. O setor de equipamentos, principalmente os de diagnóstico por imagem, como aparelhos de tomografia computadorizada e ressonância magnética, está em alta. No Brasil, em 2005, este mercado foi cinco vezes maior que o da Argentina e 50% maior que o do México³.

No segundo bloco da Figura 1.1, vemos os distribuidores de insumos, medicamentos e materiais, que são os intermediários en-

2. Lafis (2006); Interfarma (2008); Falk (2006)

3. Leitão (2007)

tre 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. Estes grupos são mais comuns nos Estados Unidos (EUA), onde foram responsáveis por 72% do total de US\$ 270 bilhões de compras em 2004, gerando uma economia de 10 a 15%⁴. 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. Os gastos com Saúde representam 8,8% do PIB – Produto Interno Bruto brasileiro, totalizando um dispêndio de quase R\$ 157 bilhões⁵. 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.

Como mostra a Tabela 1.1, no Brasil havia, em 2010, mais de 211.000 estabelecimentos, classificados em 12 grupos, de acordo com o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Foram excluídos: unidades móveis fluviais e terrestres, farmácias, unidades de vigilância, centrais de regulação e secretarias de saúde.

4. Muse & Associates (2002); Hovenkamp (2002)

5. WHO (2006)

Quadro 1.1. Descrição dos Principais Tipos de Estabelecimentos de Saúde no Brasil

<i>Tipo de Prestador</i>	<i>Descrição</i>
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 nestas 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>> 2008.

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. Este 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 gerenciado 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, esta cadeia de valor interna representa o principal foco da prestação de serviços médicos.

O pagamento pelos serviços prestados geralmente é realizado pelos planos de saúde, no ambiente privado, ou pelo SUS (Sistema Único de Saúde), no público. Estima-se que o governo, nas esferas municipal, estadual e federal, tenha gasto, em 2006, 47,4% do total despendido no Brasil para a Saúde. Dos 52,6% restantes, cerca de metade foi utilizada para pagamento de serviços pelos planos de Saúde; 18% pelo próprio usuário e 30% na compra de medicamentos. Neste último caso, observa-se que aproximadamente 15% de todo o gasto no País não passa diretamente pelo grupo dos pagadores e prestadores, ou seja, relacionam diretamente o consumidor aos distribuidores⁶.

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 repre-

6. WHO (2006)

sentam 72,9% dos beneficiários do setor privado, são cofinanciados por empresas, que estendem o benefício a seus funcionários. Os planos individuais, comprados diretamente pelo paciente, compõem 21,9% (5,2% deles não têm classificação)⁷.

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 resolutive do nível primário não foi suficiente. Essas organizações contam com profissio-

7. ANS (2010)

nais 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. E, junto a eles, o orçamento. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), os gastos mundiais *per capita* com Saúde cresceram de U\$ 565,92 em 1996 para U\$ 703,00 em 2003, o que representa um aumento de 24,22%. Destes, as doenças crônicas consomem 75% do total pago pelos hospitais⁸.

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. Nestes processos, criaram-se as IDN (*Integrated Delivery Networks* – Redes Integradas de Prestação de Serviços) e as HMO (*Health Maintenance Organizations* – 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 considerar 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, desde 2005, conta também com hospital-dia.

8. Dorr et al., 2007; AHA (2006a)

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 ambulatorios. 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, conseqüentemente, 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 chegaram a 83% do total em 2006. Segundo a ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo, em 2007 foram abertos dez novos hospitais por planos de saúde, chegando a 250 unidades próprias. Os números de leitos próprios e de credenciados também sofreram mudanças de 2005 a 2007: houve aumento de 4,5% de leitos próprios e redução de 3,2% no número de credenciados. Porém, a proporção de leitos credenciados ainda é grande, 77% do total utilizado pelos planos de saúde⁹. Novamente, as Cooperativas também surgem como exemplo expressivo no Brasil, já que o próprio atendimento ao paciente é feito por “donos” da fonte pagadora.

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

9. Koike (2008)

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 americana¹⁰.

No Brasil, foi instituída, desde 2005, a TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar, numa tentativa semelhante à HIPAA, de standardização. A iniciativa foi lançada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar que, apesar de regulamentar apenas os planos de saúde no país, acabou atingindo também os prestadores. De acordo com uma avaliação da própria Agência, estima-se que o gasto para a implantação do formato chegue a R\$ 9,5 bilhões para os prestadores e a R\$ 1,2 bilhão para as operadoras até 2012¹¹.

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 em 2002, 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 2009, apenas duas empresas eram responsáveis por 10,3% dos 42,8 milhões de beneficiários. Essa fragmentação prejudica a definição de padrões de uso de insumos no mercado e diminui a influência das boas práticas de mercado¹². Vem ocorrendo, entretanto uma desfragmentação do mercado. Entre 2004 e 2009, o número de operadoras caiu 22%. 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.

10. Bace et al. (2006)

11. ANS contabiliza... (2008)

12. ANS (2009)

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