ISSN: 2175-1897

Formação e gestão inovadoras na era da transformação digital: abrangência, significados e relações.

Análise da verticalização dos serviços de saúde: estudo exploratório no sistema produtivo da saúde suplementar no Brasil

Jaqueline Geisa Cunha Gomes[1], Prof. Dr. Marcelo Tsuguio Okano[2]

Resumo – A cadeia produtiva de bens e serviços no setor de saúde suplementar tem seu início na indústria de insumos de saúde aos prestadores de assistência à saúde, que ofertam serviços aos beneficiários das operadoras de saúde. Os objetivos desta pesquisa são verificar a viabilidade da verticalização dos serviços de uma operadora de plano de saúde e analisar quais são as vantagens e desvantagens da verticalização. Para esta pesquisa serão utilizadas as evidências qualitativas e quantitativas, através de estudo de caso com caráter exploratório e descritivo. Após os cálculos, pode-se constatar a viabilidade da verticalização. Essa alteração ocorre, a partir do momento em que os custos com a Rede Própria passam a ser menores que os custos com a Rede Credenciada.

Palavras-chave: Saúde Suplementar, Operadoras de Planos de Saúde, Verticalização.

Abstract – The productive chain of goods and services in the supplementary health sector its beginning in the industry of health supplies to health care insurance, that offer services to the beneficiaries of health care insurance. The objectives of this research are to verify the viability of verticalization of the services of a health plan insurance. In addition to checking, what are the advantages and disadvantages of verticalization. For the research will be used the qualitative and quantitative evidence, through an exploratory and descriptive case study. After the calculations, the viability of the verticalization can be verified. This change occurs, once the costs with the Own Network become less than the costs with the Accredited Network.

Keywords: *Supplementary Health, Health Plan Insurance, Verticalization.*

[1] Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza CEETEPS jaqueline.gomes@cps.sp.gov.br
[2] Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza CEETEPS marcelo.okano@cps.sp.gov.br

1. Introdução

O Sistema de Saúde no Brasil está dividido em Sistema Público e Sistema Privado ou Suplementar. O sistema de saúde é considerado suplementar porque comercializa planos de saúde e vende serviços já cobertos pelo sistema público, denominado Sistema Universal de Saúde (SUS), oferecendo alguns elementos adicionais, tais como livre escolha do prestador, diferença na hotelaria e acesso mais ágil que o estatutário. (ABELHA *et al.*, 2014).

A integração vertical dos serviços em saúde surgiu como uma alternativa para a redução do custo de operação destas organizações e diminuição do nível de fragmentação dos serviços em saúde (TISOTT *et al.,* 2016).

Mediante os custos com internação na Rede Credenciada e os custos com internação na Rede Própria, a questão passa a ser: É viável a verticalização face a terceirização da prestação de serviços de saúde?

Os objetivos desta pesquisa são verificar a viabilidade da verticalização dos serviços por meio de um estudo de caso de uma operadora de plano de saúde e hospitais localizados na região sudeste do Brasil e verificar quais são as vantagens e desvantagens da verticalização.

2. Sistema produtivo da saúde suplementar no Brasil

O sistema de saúde privado no Brasil, mais conhecido como medicina suplementar ou supletiva, abrange todos os serviços de assistência médica, privados ou públicos, financiados pela iniciativa privada através de pré-pagamento, desembolso direto ou reembolso (ALBUQUERQUE, FLEURY & FLEURY, 2011).

As operadoras de saúde, empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde, são classificadas em oito modalidades: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo (BRASIL, 2016).

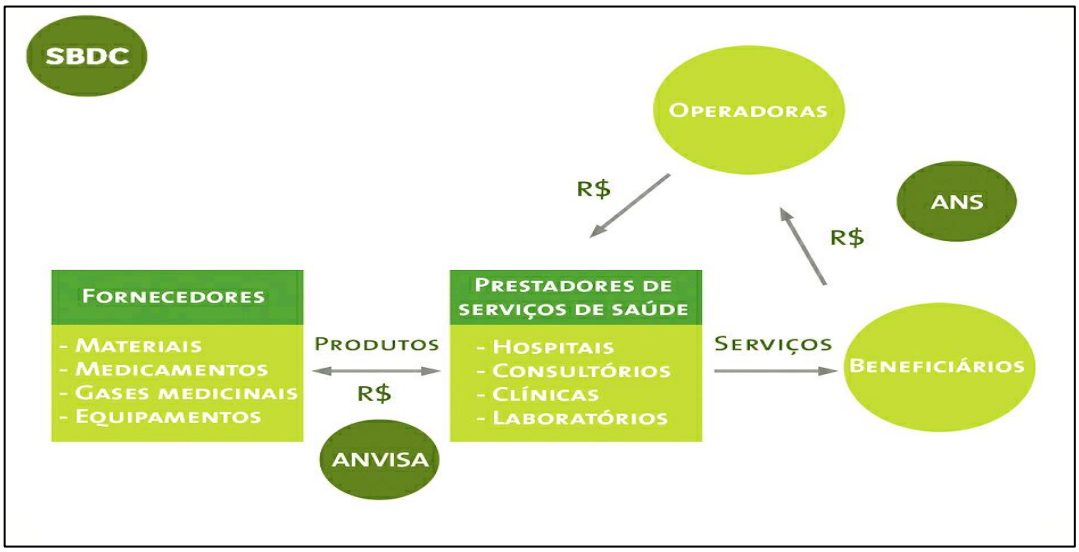
A organização dos sistemas de saúde no mundo é muito heterogênea e depende das especificidades de cada país. O sistema de saúde brasileiro tem cobertura universal do sistema público e livre atuação da iniciativa privada. No Brasil, os planos de saúde fornecem assistência à saúde de forma suplementar, de modo que o cidadão não perde o direito de ser atendido pelo SUS ao contar com a cobertura do plano de saúde (IESS, 2018).

De acordo com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2018), para entender o funcionamento da saúde suplementar, é necessário contextualizá-la dentro da cadeira produtiva do setor privado de saúde (Figura 1).

A começar pelo início da cadeia, a indústria de insumos de saúde e seus distribuidores fornecem medicamentos, materiais, equipamentos e gases medicinais, entre outros produtos, aos prestadores de serviços de assistência à saúde.

Estes, por sua vez, utilizam os insumos comprados para ofertar serviços aos beneficiários de planos de saúde, que pagam pelos serviços usufruídos por meio da mensalidade do plano contratado. Todo esse sistema privado é regulado por três órgãos: a Anvisa, a Agência Nacional de Saúde (ANS) e Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC).

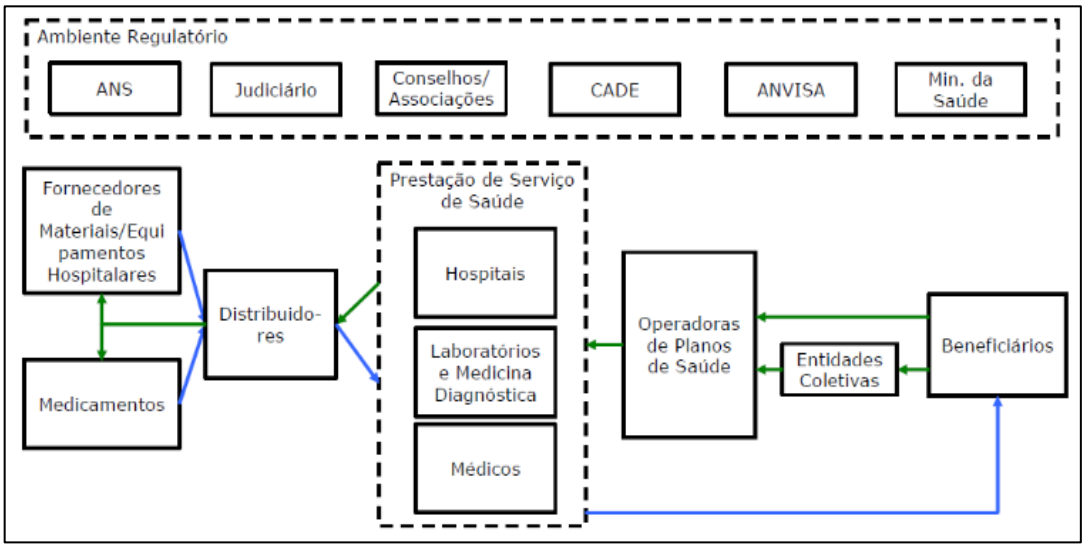
Figura 1 - Cadeia produtiva de bens e serviços no setor de saúde suplementar



Fonte: IESS, 2018

Azevedo *et al.* (2016) apresentam um mapa da cadeia da saúde suplementar (Figura 2), que consiste no levantamento das atividades realizadas em um sistema de fornecimento, iniciando nos insumos básicos até o cliente final.

Figura 2 – Mapa da cadeia da saúde suplementar



Fonte: De Azevedo *et al.* (2016)

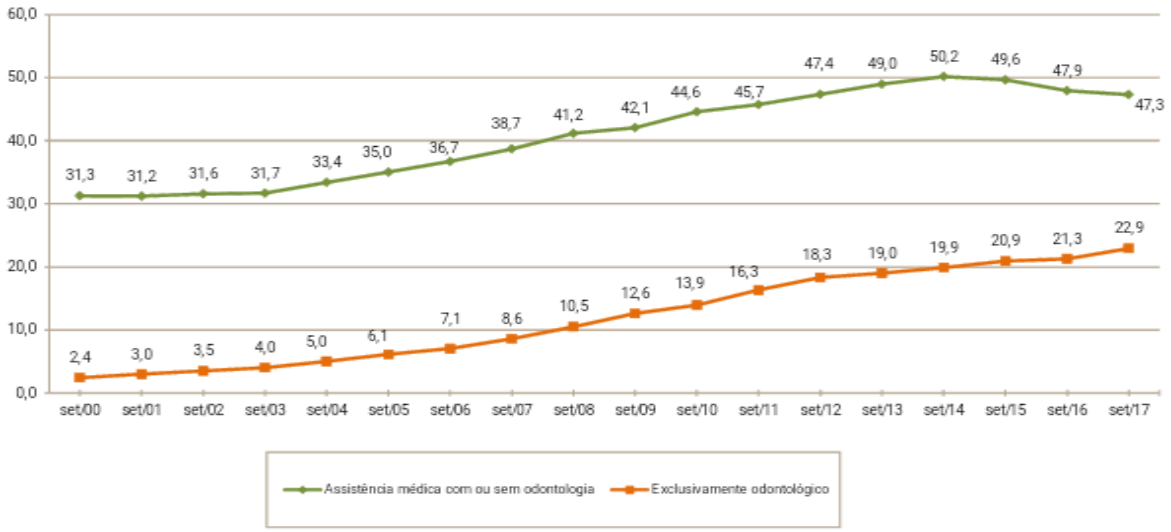
Os insumos seguem pela cadeia, em geral, por meio de distribuidores ou ofertados diretamente pelos fornecedores de materiais, equipamentos médicos e medicamentos, denominados de “MatMed”.

Os prestadores de serviços são os hospitais, os laboratórios, os estabelecimentos de medicina diagnóstica e os médicos, isto é, os responsáveis pelo atendimento ao paciente. Os pacientes, por sua vez, têm acesso ao sistema por meio das Operadoras de Planos de Saúde (OPS), que podem ser contratados individualmente, mas, na maior parte, são acessados por meio de entidades coletivas (por exemplo, empesas e sindicatos).

Todo o sistema, em especial as OPS, opera em um ambiente regulado por vários agentes, tais como a ANS, o Poder Judiciário, os Conselhos e Associações (e.g. Conselhos Regionais de Medicina), o CADE, a Anvisa e o Ministério da Saúde (DE AZEVEDO *et al.*, 2016).

A evolução dos beneficiários de planos privados é demonstrada no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Beneficiários de planos privados de assistência à saúde Brasil (2000-2017)



Fonte: Fonte: SIB/ANS/MS – 09/2017

3. Verticalização de serviços de saúde

De acordo com Veloso e Maliki (2010), desde o início dos anos 2000, processos de horizontalização e de verticalização das empresas, com vistas a integrar seus serviços tem sido executado: hospitais têm sido incorporados, montando ou ampliando ambulatórios; alguns criaram planos de saúde; outros criaram serviços de reabilitação. OPS, principalmente Empresas de Medicina de Grupo (EMG), têm adquirido hospitais e integrado, parcial ou totalmente, serviços anteriormente realizados por terceiros (principalmente aqueles voltados à assistência médica).

Gulbrandsen *et al.* (2009) sugerem que as definições de integração vertical podem ser classificadas em três grupos com base em suas abordagens conceituais e operacionais. A primeira abordagem vê a integração vertical como um conceito categórico que classifica uma atividade ou tipo particular de atividade como integrada ou não à empresa. A segunda abordagem é focada no valor agregado como parte das vendas ou custos. A terceira abordagem a integração vertical é definida como o grau em que as empresas pretendem comprar serviços do fornecedor no futuro ou pretendem realizar a atividade internamente.

Verticalizar (fazer a integração vertical) na saúde significa manter reunidos, sob a mesma organização, diferentes tipos de serviços de saúde, como hospitais, clínicas, empresas de *home care* (assistência domiciliar), centros de reabilitação, hospices (centros de cuidados paliativos ou para pacientes terminais), centros de educação em saúde e planos de saúde.

Nessa visão do processo de produção de saúde, o paciente – ou seu estado de saúde – é o produto intermediário transferido de um estágio para outro, a fim de chegar ao produto desejado, a melhora no estado de saúde do paciente. Na integração horizontal (horizontalização), organizações similares atuam em conjunto, formando uma cadeia, ao passo que na integração vertical são diferentes etapas da cadeia de valor que estão sob o mesmo comando (Veloso e Maliki, 2010).

O Quadro 1 apresenta as potencialidades da verticalização (SANTANA e COSTA, 2008; TISOTT *et al.*, 2016).

Quadro 1 - As potencialidades da verticalização

Potencialidades	**Descrição**
Aumento do poder de mercado e diminuição de barreiras	O processo de integração vertical pode aumentar o poder de mercado da organização na medida em que possibilita a elevação da faixa de preço-limite e consequentemente não atraindo ou rentabilizando a entrada de novos players.
Qualidade assistencial	Uma organização vocacionada no gerenciamento dos produtos/serviços de saúde permite o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, em permanente troca e partilha de conhecimento, permitindo ampliar a assistência aos consumidores.
Focalização no beneficiário	Um sistema de prestação integrado, contínuo e mais centrado nas necessidades do beneficiário permite responder melhor às suas necessidades. Além disso, a facilidade de acesso a uma única organização reduz o sentimento de desorientação característico deste público.
Promoção do bem-estar	Em um sistema integrado é possível atuar na prevenção de doenças, privilegiando atividades relacionadas com a promoção da saúde do paciente.
Disseminação do risco de negócio	Com a integralização, os serviços não eficientes terão menos impactos no negócio, pois serão absorvidos por serviços mais rentáveis e eficientes.
Redução de atividades e procedimentos desnecessários	Um processo integrado único possibilita a decisão de produzir apenas procedimentos que agreguem valor ao paciente. A redução das atividades onerosas pode ser obtida através de duas estratégias: aplicação de tecnologias substitutas de ambulatório ou controle do processo de produção centrado nos prestadores de serviços.
Economias de escala	Com a centralização e coordenação dos vários níveis de atendimento e aumento da participação de mercado, poderão surgir economias de escala, sejam elas administrativas e/ou clínicas.
Minimização de conflitos	A gestão conjunta dos produtos/serviços de saúde minimiza as divergências e a competição de recursos comuns, consequentemente a perda de qualidade assistencial. Além disso, potencializa um alinhamento estratégico e operacional nas quais dificilmente alcançariam individualmente.

Fonte: Santana e Costa, 2008; TISOTT *et al.*, 2016

As principais desvantagens do processo de verticalização podem ser observadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Desvantagens do processo de verticalização

Desvantagens	Descrição
Perda de flexibilidade	Por se tratar de um maior aprofundamento da organização em seu mercado de atuação, a integração reduz a flexibilidade econômica e produtiva da organização. Como a integração vertical nasce em um primeiro momento, focada no atendimento das suas próprias necessidades, caso haja qualquer mudança significativa ou crise no seu atual mercado, todo o investimento estará neste ramo, dificultando qualquer estratégia de reação.
Aumento de custos	Em momentos de baixa do mercado, onde o preço das matérias-primas cai mais do que proporcionalmente em relação ao preço dos produtos acabados, a empresa integrada não conseguirá vantagens de comprar os insumos de produtores que teriam preços mais baixos que o seu preço de produção. Esta seria a razão das organizações com maior visão estratégica, mesmo fazendo a integração, evitar abandonar totalmente a aquisição de insumos de fornecedores externos para poderem reduzir seus custos em períodos de queda nos preços das matérias-primas.

Fonte: Silva (1997); TISOTT *et al.*, 2016

4. Metodologia

A abordagem qualitativa será utilizada nesta pesquisa, e o método a ser empregado é o estudo de caso, onde serão considerados mais de um objeto de estudo, com caráter exploratório e descritivo.

Segundo Cauchick e Martins (2012) a abordagem qualitativa enfatiza a perspectiva do indivíduo que está sendo estudado, para que assim seja possível a obtenção de informações a partir dessas perspectivas, para a interpretação do ambiente no qual o problema se encontra.

Para Yin (2001), um estudo de caso é: “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, e, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que foca no entendimento da dinâmica presente dentro de configurações individuais, e ainda pode envolver um único, ou múltiplos casos (EISENHARDT, 1989). Para este estudo de caso serão considerados três hospitais e uma operadora de plano de saúde localizados na região sudeste do Brasil como objetos de estudo.

Para este estudo serão utilizadas as evidências qualitativas e quantitativas. Segundo Eisenhardt (1989) os estudos de casos podem ser utilizados para oferecer uma descrição; testar uma teoria; ou gerar uma nova teoria.

Para a pesquisa de campo serão consideradas as fontes de evidências externas e internas (YIN, 2001). As fontes de evidências externas pesquisadas serão: análise documental, que incluirá revisão da literatura e documentos dos hospitais e operadora. As fontes de evidências internas: entrevistas utilizando-se questionário com perguntas abertas junto com profissionais da área de custos e orçamentos, auditoria médica analítica e especialistas em estratégia, além da realização de técnicas de observação direta no local.

5. Estudo de Caso

A operadora de plano de saúde e os hospitais, objetos deste estudo estão localizados em uma cidade da região sudeste do Brasil e entre as 100 cidades mais populosas do país. As características dos hospitais, denominados Alfa, Beta e Gama, estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Características dos hospitais

Informações	Hospital Alfa	Hospital Beta	Hospital Gama
Nº de Leitos Operacionais (Total)	283	432	634
Nº de Leitos das Unidades Abertas	215	432	549
Especialidade	Cardiologia, Neurologia, Oncologia Ortopedia/traumatologia	Cardiologia, Neurologia, Oncologia	Cardiologia, Neurologia
Complexidade	ALTA	ALTA	ALTA
Custo dia paciente internado	3.775	4.243	4.838
Nº Internações totais	2.693	1.434	1.282
Média de permanência geral	4	4	6
Diária	1.408	1.090	2.315
Diária UTI	811	1.884	2.707
Gases	144	215	575
Honorários	2.476	1.277	2.062
Material	5.477	4.368	7.914
Medicamento	6.625	2.649	5.612
Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	2.430	3.299	3.711
Outros	0	23	40
Pacote	1.226	2.151	549
SADT	3.540	1.630	1.961
Taxa	1.326	1.213	1.667
Percentual de Custo com MatMed	47,52%	35,44%	46,46%
Percentual de Custo com OPME	9,54%	16,55%	12,75%
Percentual de Custo com MatMed e OPME	57,06%	51,99%	59,21%

Fonte: Autores

Os custos assistenciais pagos aos prestadores de serviços (nesse caso os hospitais), referem-se aos serviços prestados pelos hospitais a operadora de plano de saúde. Como não há nenhum compromisso na gestão dos recursos ou na qualidade do atendimento, essa prestação de serviços pode resultar em utilização adicional ou desnecessária e acarretar no aumento dos custos assistenciais.

Os custos assistências mensais dos hospitais Alfa, Beta e Gama no período de março de 2016 a abril de 2017 estão na Tabela 2.

Tabela 2- Custos Assistenciais Totais

Hospitais	MatMed OPME	Demais	Total	MatMed OPME/Total
Alfa	3.261.269,00	2.454.157,00	5.715.426,00	57,06%
Beta	1.232.467,16	1.133.520,67	2.365.987,83	51,99%
Gama	1.841.469,00	1.268.797,42	3.110.266,42	59,21%
Total	6.335.205,16	4.856.475,09	11.191.680,25	56,06%
			Custo por leito	186.528,00
			Média de internações	450

Fonte: Autores

Conforme as Tabelas 1 e 2 os custos com MatMed e OPME representam 56,06% de todo custo assistencial com os hospitais prestadores de serviços. Esse alto percentual pode ser explicado pela alta dos preços dos insumos, equipamentos e serviços, além de mudanças nos protocolos médicos de atendimento. A falta de controle dos serviços prestados, faz com que as operadoras tenham custos elevados na utilização de sua Rede Credenciada.

Para comparar a diferença entre a utilização de MatMed e OPME, entre a Rede Credenciada e os hospitais da Rede Própria de operadoras de planos de saúde, foi criada a Tabela 3, que representa o percentual de custo de utilização de MatMed e OPME em relação ao custo total dos hospitais da Rede Própria.

Para Rede Própria foram utilizados dados de indicadores hospitalares de hospitais próprios de operadoras de planos de saúde, localizados por todo o país, representados de A à K.

Tabela 3 – Percentual de utilização de MatMed e OPME em relação ao custo total

Indicador	Fórmula de Cálculo	A	B	C	D	F	G	H	I	J	K	Média Hospitais
Percentual de Custo com Matmed e OPME	Custo MatMed e OPME ---------- x100 Custo Total	27%	30%	37%	15%	36%	28%	20%	27%	16%	20%	26%

Fonte: Autores

Comparando as Tabelas 2 e 3 é possível constatar que o percentual de custo de MatMed e OPME dos Hospitais Alfa, Beta e Gama é 30% maior que o dos hospitais da Rede Própria. Essa variação se deve as vantagens na negociação com os fornecedores, uma vez que na Rede Própria os MatMed e OPME são comprados diretamente dos fornecedores e os estoques são controlados pelas próprias operadoras de planos de saúde.

Além disso, não há necessidade do pagamento da taxa administrativa de MatMed e OPME que os hospitais prestadores de serviço cobram das operadoras e que gira em torno de 13% do estoque total, já que a operadora é a responsável pela gestão desses recursos permitindo o melhor controle de seu estoque. Processo esse que não existe na Rede Credenciada, já que os hospitais trabalham com estoque único para atendimento a todas as operadoras por ele conveniada. O estoque é mensurado por atendimento hospitalar total e não por convênio do beneficiário.

A operadora de plano de saúde desenvolveu um estudo de custos considerando-se a aquisição de alguns leitos no Hospital Delta. Desta forma, fez se necessário mensurar e analisar comparativamente os custos da Rede Própria (aquisição dos leitos) em relação ao custo da Rede Credenciada.

Os custos fixos mensal da operadora girariam em torno de R$ 3.436.259,38 e o custo médio com MatMed e OPME em torno de R$ 20.122,24 por internação.

Para calcular o ponto de equilíbrio, considerou-se a utilização de 60 leitos. Este cálculo pode ser compreendido, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Ponto de equilíbrio entre os leitos utilizados na Rede Credenciada e no Hospital Delta

Número de Leitos	**20,65**		
	Custo por leito	Custo Fixo	
Rede Credenciada	R$ 186.528,00	R$ 0,00	R$ 3.851.781,24
Rede Própria	R$ 20.122,24	R$ 3.436.259,38	R$ 3.851.781,24

Fonte: Autores

Para encontrar o ponto de equilíbrio, foi utilizado um teste de hipótese no qual, buscou-se responder a seguinte pergunta: A partir de quantos leitos utilizados no Hospital Delta e não utilizados na Rede Credenciada, a operadora passaria a ter lucro na aquisição dos 60 leitos necessários para o atendimento de seus beneficiários?

O custo por leito na Rede Credenciada é de R$ 186.528,00, conforme apresentado na Tabela 2. Como não há custos fixos, este é o valor final por internação. Já na Rede Própria, o custo por internação é de R$ 20.122,24, mas há o custo fixo mensal de R$ 3.436.259,38. Para efetuar o cálculo foi utilizado o teste de hipótese, no qual trouxe o número de leitos necessário para que o custo final em ambas as redes se igualasse.

Após os cálculos, pode- se verificar que a partir da aquisição e utilização de 20,65 leitos utilizados no Hospital Delta e não utilizados nos Hospitais Alfa, Beta e Gama, passa a ser mais viável a verticalização proposta pelo Hospital Delta, face a terceirização da prestação de serviços dos Hospitais Alfa, Beta e Gama. Desta forma, a partir do 21.º leito adquirido em parceria com o Hospital Delta, a operadora

passa a ter seus custos assistenciais reduzidos, desde que consiga redirecionar seus atendimentos para o mesmo, retirando-os da Rede Credenciada.

6. Considerações finais

A pesquisa nos leva a concluir que a verticalização pode ser mais viável face a terceirização da prestação de serviços de saúde, a partir do momento em que os custos com a Rede Própria passam a ser menores que os custos com a Rede Credenciada. Principalmente no que tange os custos com MatMed e OPME, cujo percentual de diferença é de 30% para as diferentes redes.

A operadora passando a ser responsável pela gestão dos custos com internações, MatMed e OPME, passa a ter melhor controle e decisão de aplicar apenas procedimentos que agreguem valor ao beneficiário, reduzindo a onerosidade de insumos, equipamentos e serviços. Desta forma, há maior autonomia e controle sobre os custos assistenciais.

Outra questão refere-se à qualidade da prestação dos serviços, já que os mesmos serão oferecidos pela própria operadora, permitindo um sistema de prestação integrado, contínuo e mais centrado nas necessidades do beneficiário.

A verticalização também propicia maior controle sobre as informações clínicas dos beneficiários, uma vez que é possível há utilização de um sistema integrado, que permite o acompanhamento e possíveis medidas preventivas baseando-se no histórico médico.

Apesar da proposta de verticalização oferecer diversos pontos positivos não se pode deixar de observar que mesmo com a Rede Própria não haverá descontinuidade por completa da utilização da Rede Credenciada, uma vez que a cobertura oferecida pelos tipos de planos adquiridos pelos beneficiários deve ser seguida, conforme as regras de cada plano.

A utilização concomitante das duas redes impactará na duplicação das atividades de gestão, que poderá trazer impactos negativos na sustentabilidade do negócio.

Referencias

ABELHA, Marli Câmara; GONÇALVES, Antônio Augusto; PITASSI, Claudio. Estratégia de Operações em Serviços de Saúde: estudo de caso das operadoras de planos de saúde suplementar. Revista Metropolitana de Sustentabilidade, v. 4, n. 1, p. 107, 2014.

Albuquerque, G. M. D., Fleury, M. T. L., & Fleury, A. L. (2011). Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. Produção, 21(1).

CAUCHICK, P.A.; MARTINS, R.A. Metodologia de pesquisa para engenharia de produção e gestão de operações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

DE AZEVEDO, Paulo Furquim *et al.* A CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas. 2016.

EISENHARDT, K.T. Building theories from case study research. Stanford University, 1989.

GULBRANDSEN, Boge; SANDVIK, Kåre; HAUGLAND, Sven A. Antecedents of vertical integration: Transaction cost economics and resource-based explanations. Journal of Purchasing and Supply Management, v. 15, n. 2, p. 89-102, 2009.
IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Características dos sistemas Público e Suplementar. Disponível em https://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Entenda
Acesso em 05 de abril de 2018.
TISOTT, Priscila Bresolin *et al.* Integração Vertical nos Sistemas de Saúde Suplementar: O Caso de uma Operadora de Saúde na Modalidade de Autogestão. Revista Gestão Industrial, v. 12, n. 1, 2016.
VELOSO, Germany Gonçalves; MALIK, Ana Maria. ANÁLISE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DE EMPRESAS DE SAÚDE. RAE-eletrônica, v. 9, n. 1, 2010.
YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.