

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA - UNIALFA

ALFONSO ERIK DOI NOMURA

**VERTICALIZAÇÃO EM MEDICINA SUPLEMENTAR: UM
ESTUDO EM UMA GRANDE OPERADORA DE SAÚDE**

Orientador: Professor Luiz Roberto Calado

SÃO PAULO

2023

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA - UNIALFA

ALFONSO ERIK DOI NOMURA

**VERTICALIZAÇÃO EM MEDICINA SUPLEMENTAR: UM
ESTUDO EM UMA GRANDE OPERADORA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Alves Faria, como parte das exigências do Programa de Mestrado, para a obtenção parcial do título de Mestre em Administração em Saúde.

Orientador: Professor Luiz Roberto Calado

**SÃO PAULO
2023**

Catálogo na fonte: Biblioteca UNIALFA

N811p

Nomura, Alfonso Erik Doi.

Verticalização em medicina suplementar: um estudo em uma grande operadora de saúde. / Alfonso Erik Doi Nomura. – 2023.
50 f.: il. 30cm.

Orientador: Prof. Dr. Luís Calado.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) – Goiânia, 2023.

1. Saúde Suplementar. 2. Suplemento. 3. Competência. 4. Verticalização. I. Calado, Luís. II. UNIALFA. III. Título.

CDU: 658.232

Dedico este trabalho aos meus familiares, pelo seu amor, cumplicidade e paciência com a minha incansável rotina.

“Não permita Deus que eu morra,
Sem que eu volte para lá;
Sem que eu desfrute os primores
Que não encontro por cá;
Sem qu'inda aviste as palmeiras,
Onde canta o Sabiá”

Goncalves Dias

AGRADECIMENTOS

A DEUS, nosso criador, e razão pela busca de um presente e futuro melhor para todos.

Aos meus colegas, amigos, que ao longo destes anos compartilhamos angústias, apreensões, ensinamentos, vitórias, e claro, boas risadas.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio nos momentos tristes e felizes da vida.

Ao Núcleo de Pesquisas, por ter viabilizado o projeto e desenvolvimento da pesquisa.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA	10
1.2	Objetivo da Pesquisa	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	Competências	14
2.1.1	Gestão Estratégica	16
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
3.1	Natureza do Estudo	21
3.2	Empresa Estudada	21
3.3	Instrumento de Coleta de Dados	22
3.4	Análise de Dados.....	22
4	MEDICINA SUPLEMENTAR	23
4.1	Histórico da Promoção da Saúde.....	23
4.1.1	Saúde Suplementar no Brasil	27
4.1.2	Empresas Operadoras de Planos de Saúde	28
4.2	Verticalização da Assistência Médica Privada.....	31
5	O CASO DA OPERADORA DE SAÚDE	35
6	DISCUSSÃO	44
7	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – As três dimensões da competência.....	15
Figura 2 – Benefícios da verticalização	32

SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

ABRANGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ANS	Agência Nacional de Saúde
CONAMGE	Conselho Nacional de Auto Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
HMO	<i>Health Maintenance Organizations</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
OCB	Organização das Cooperativas Brasileiras
OMS	Organização Mundial de <u>Saúde</u>
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAD	Plano de Atenção Domiciliar
PS	Pronto Socorro
SINAMGE	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo

RESUMO

Neste trabalho pretende-se, levantar informações que permitam a compreensão dos modelos adotados pela saúde suplementar no Brasil e mostrar seus diferenciais através de seu modelo de gestão. A medicina suplementar vem ocupando um espaço cada vez mais extenso no sistema de saúde brasileiro. Na história recente da Medicina Suplementar no Brasil várias expansões foram feitas. Algumas com sucesso e outras não. O resultado positivo foi que houve uma consolidação da posição competitiva daqueles que direcionaram parte de suas demandas por serviços de seus beneficiários para recursos próprios. O mercado de saúde suplementar apresenta especificidades, expressas pelas relações contratuais estabelecidas entre seus agentes: paciente, operadora e provedor. O objetivo deste trabalho foi levantar as principais motivações e benefícios do processo de verticalização na saúde suplementar no Brasil. Buscando verificar entre as operadoras de saúde quais foram os principais motivadores do processo de verticalização e quais as vantagens relativas efetivamente verificadas com esse processo, este trabalho apresentou os resultados obtidos com um estudo exploratório. Os benefícios obtidos pela operadora de saúde em processos de verticalização incluíram o aprimoramento no controle dos custos de produção e a garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados, seguido pelo incremento da economia de escala. Se por um lado esses resultados confirmam aqueles obtidos em estudos realizados na América do Norte com relação à redução de custos e economia de escala, por outro lado trazem à luz a questão da qualidade dos serviços prestados. O estudo traz a confirmação da relação positiva entre integração vertical e desempenho, demonstrando que o fenômeno da verticalização apontado na literatura tem sido benéfico para as operadoras de saúde. Os resultados apontam que a existência de incentivos para que os usuários usem os serviços próprios da operadora de saúde, a existência de clínicas de especialidades, ambulatorios e centros de diagnóstico próprios são os principais determinantes do desempenho, considerando que o modelo explica apenas 20,2% do desempenho.

Palavras-chave: Saúde Suplementar. Competências. Verticalização.

ABSTRACT

The aim of this work is to collect information that allows the understanding of the models adopted by supplementary health in Brazil and to show its differentials through its management model. Supplementary medicine has been occupying an increasingly extensive space in the Brazilian health system. In the recent history of Supplementary Medicine in Brazil, several expansions have been made. Some successfully and some not. The positive result was that there was a consolidation of the competitive position of those who directed part of their demands for services from their beneficiaries to their own resources. The supplementary health market presents specificities, expressed by the contractual relations established between its agents: patient, operator and provider. The objective of this work was to raise the main motivations and benefits of the verticalization process in supplementary health in Brazil. Seeking to verify among health insurance companies which were the main motivators of the verticalization process and which relative advantages were effectively verified with this process, this work presented the results obtained with an exploratory study. The benefits obtained by the health operator in verticalization processes included the improvement in the control of production costs and the guarantee or improvement of the quality of the services provided, followed by the increase in economies of scale. If, on the one hand, these results confirm those obtained in studies carried out in North America with regard to cost reduction and economies of scale, on the other hand, they bring to light the question of the quality of the services provided. The study confirms the positive relationship between vertical integration and performance, demonstrating that the phenomenon of vertical integration mentioned in the literature has been beneficial for health insurance companies. The results indicate that the existence of incentives for users to use the health insurance company's own services, the existence of specialty clinics, outpatient clinics and diagnostic centers are the main determinants of performance, considering that the model only explains 20.2% of performance.

Keywords: Supplementary Health. Skills. Verticalization.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação e Justificativa

O custo da assistência hospitalar tem aumentado consideravelmente; a saúde pública municipal e estadual está falida e a necessidade é cada vez mais crescente. Os estados e municípios possuem grandes responsabilidades em relação aos atendimentos de saúde, mas não recebem recursos suficientes para isso. Além disso, muitos municípios, principalmente os pequenos, têm dificuldade em gerenciar seus sistemas de atendimento. Como o município é responsável pela atenção básica de saúde, o que representa cerca de 85% dos atendimentos, as deficiências nesse nível comprometem a qualidade da saúde da população.

As políticas públicas de saúde são reconhecidas como a ineficácia e ineficiente no enfrentamento dos problemas de saúde pública na população Brasileira. Esta situação ocorreu ao longo da história, devida a constante necessidade de mudanças nos sistemas de arrecadação de impostos, previdência, assistência social e saúde. Este fato deu início ao surgimento de adeptos do movimento da reforma sanitária no Brasil, que apresentou como perspectiva fundamental a construção de um Sistema Único de Saúde (SILVA; GOMES, 2021).

De acordo com Silva e Gomes (2021) a crise na saúde pública do Brasil deve ser considerada sob três aspectos básicos, quais sejam, a deficiência na estrutura física, a falta de disponibilidade de material-equipamento-medicamentos e a carência de recursos humanos. Essa crise na saúde pública deu lugar para a ascensão da saúde suplementar.

No Brasil, a Saúde Suplementar teve início em 1970. Esse setor sofreu grande ampliação desde então, todavia, sem ter suas atividades normatizadas, orientadas e fiscalizadas, sendo alvo de diversas críticas pelos beneficiários. Nesse contexto, surgiu a Lei nº 9.656 de 1998, que regulamentou os planos e os seguros privados de assistência à saúde no território brasileiro (COSTA et al., 2022).

O Sistema de Saúde Suplementar compõe-se das seguintes modalidades assistenciais: autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde, odontologia de grupo, cooperativa odontológica e administradora de benefícios.

O mercado de serviços de saúde apresenta algumas particularidades não observadas em outros mercados de bens. Estas particularidades são traduzidas nas relações contratuais estabelecidas entre os agentes deste mercado: relação paciente-provedor e relação seguradora-provedor (ANDRADE; LISBOA, 2022).

Andrade e Lisboa (2022) entendem que há um risco moral na relação entre paciente e provedor de serviços médicos (fornecedor de serviços médicos ou de saúde em geral), decorrente do seguro pleno, que permite o sobre-uso por parte dos clientes dos serviços, porque os custos marginais destes serviços, entendidos pelo cliente como já pagos, são zero. Este tipo de comportamento por parte dos clientes gera, na seguradora, uma ação defensiva de embutir os custos prováveis no valor do plano, o que eleva consideravelmente seus preços.

Outro tipo de risco moral é observado no relacionamento entre a seguradora/plano saúde e o provedor ou fornecedor de serviços saúde, que é estimulado pela forma de pagamento instituído no relacionamento entre ambos, que é o pagamento por ato, que se caracteriza pelo pagamento dos procedimentos realizados conforme demandados e realizados pelo profissional de saúde. Este tipo de financiamento pode induzir ao sobre-tratamento do cliente pelo fornecedor de serviços, o que encarece seu tratamento por via de composição de procedimentos que não necessitariam ser utilizados (MÉDICI, 2018).

Portanto, neste trabalho pretende-se, levantar informações que permitam a compreensão dos modelos adotados pela saúde suplementar no Brasil e mostrar seus diferenciais através de seu modelo de gestão. A medicina suplementar vem ocupando um espaço cada vez mais extenso no sistema de saúde brasileiro.

Na história recente da Medicina Suplementar no Brasil várias expansões foram feitas. Algumas com sucesso e outras não. O resultado positivo foi que houve uma consolidação da posição competitiva daqueles que direcionaram parte de suas demandas por serviços de seus beneficiários para recursos próprios.

O mercado de saúde suplementar apresenta especificidades, expressas pelas relações contratuais estabelecidas entre seus agentes: paciente, operadora e provedor (COSTA et al., 2022). No capítulo 2 deste trabalho alguns tópicos foram ressaltados como a promoção da saúde no Brasil; a saúde suplementar e sua regulação no contexto atual; motivações e benefícios da verticalização e as perspectivas desse modelo na visão dos seus gestores.

No capítulo 3, a metodologia da pesquisa, contou com o estudo complementar de uma empresa do setor de medicina suplementar, proporcionando uma dimensão prática ao problema deste trabalho. Neste estudo foi necessário compreender as características históricas, princípios e evolução do modelo de gestão no país. O capítulo 4 contou com outros estudos sobre o fenômeno da verticalização realizados pelos diversos autores que foram discutidos numa tentativa de compreender os diversos questionamentos. Pode-se notar que o tema ainda é escasso na literatura brasileira e mesmo tomando como referencial teórico os estudos de integração vertical do mercado de saúde norte-americano, foi preciso analisar através do nosso

caso estudado e da experiência do gestor para compreender as motivações e benefícios específicos deste modelo de gestão no Brasil.

Na dimensão da assistência à saúde, a regulação então estabelecida exige que todas as operadoras demonstrem sua capacidade de produzir serviços integrais de assistência à saúde (COSTA et al., 2022).

O que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde é a natureza mercantil-contratual das relações entre atores, conferindo-lhe um caráter seletivo. Hoje, o setor privado atende 20% a 25% da população brasileira, sendo o segundo mercado de saúde privada do mundo, perdendo apenas para o mercado americano. Assiste a aproximadamente 40 milhões de pessoas, sendo a maior parte dos clientes empresas que beneficiam seus empregados com planos de saúde, obtendo do governo amortização fiscal (ALMEIDA, 2019). 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).

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; MALIKI, 2020).

1.2 Objetivo da Pesquisa

Levantar as principais motivações e benefícios do processo de verticalização na saúde suplementar no Brasil.

Para atingir este objetivo, buscou-se levantar as motivações, as vantagens esperadas e as efetivamente alcançadas no processo de verticalização da assistência médica privada na literatura.

Essa análise da literatura balizou um estudo de campo para verificar se o processo de verticalização da Medicina Suplementar possui paralelo com modelos relatados pela literatura.

Portanto, algumas questões surgiram que pretendeu-se que fossem respondidas após esse estudo:

- a) Quais as principais motivações do processo de verticalização das operadoras de saúde?
- b) Quais os benefícios efetivamente alcançados?
- c) Entende-se que a verticalização seja uma tendência na Medicina Suplementar no Brasil?

A partir dos objetivos descritos, também procurou-se entender porque algumas operadoras de saúde buscaram atuar em diferentes etapas de sua cadeia produtiva.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, foram descritos alguns conceitos utilizados no trabalho.

Em um primeiro momento, buscou-se levantar as competências organizacionais relacionadas ao processo de verticalização. Por isso, direcionou-se esse trabalho primeiramente a literatura das áreas de estratégia e competitividade, de economia das empresas e organização produtiva, para determinar o arcabouço teórico do estudo.

2.1 Competências

Diante das profundas e rápidas transformações, que trouxeram maior complexidade nas relações de trabalho, percebeu-se que para o sucesso das organizações não bastava um profissional com conhecimento e habilidades para desenvolver suas atribuições com eficiência, mas de um profissional eficaz, que aceitasse assumir riscos e responsabilidades, contribuindo para o alcance das metas e resultados. A partir de então, variáveis como as atitudes e aspectos comportamentais são fortemente valorizados, como fatores determinantes no conceito de competência (KALIL et al., 2015).

Rabaglio (2016, p. 8), define por Competência “um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos que permitem ao indivíduo desempenhar com eficácia determinadas tarefas em qualquer situação”.

Para Carbone et al. (2016) a competência não é somente o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para exercer determinada atividade, mas também o desempenho expresso em comportamentos e realizações decorrentes da aplicação deste conjunto.

As três dimensões da competência: o “saber” (conhecimentos), o “saber fazer” (habilidades) e o “saber ser” (atitudes). Dessa forma, ser competente passa a ser a consequência da utilização adequada pelo profissional de seus atributos de competência, isto é, dos conhecimentos, habilidades e atitudes que possui e que são compatíveis com a função que ele desempenha.

A figura 1 apresenta as três dimensões da competência.

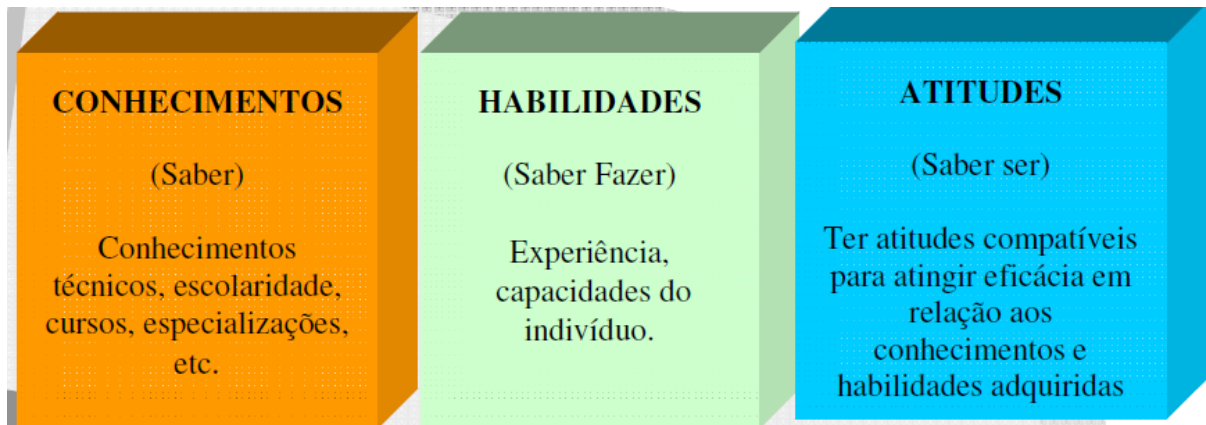


Figura 1 – As três dimensões da competência

Fonte: Adaptado de Ruzzarin (2012).

Para Zarifian (2021) a competência é o tomar iniciativa e o assumir responsabilidade do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara.

Segundo Dutra (2022), as competências organizacionais são concretizadas quando as pessoas colocam em prática o patrimônio de conhecimentos da organização, validando-os ou implementando modificações para seu aprimoramento. Assim, o valor agregado pelas pessoas representa sua contribuição efetiva para a organização, subsidiando a manutenção de suas vantagens competitivas.

Ainda para Dutra (2022) o conceito de competência permite estabelecer o que é esperado da pessoa de forma alinhada ao intento estratégico e às competências organizacionais. O conceito de complexidade permite melhor especificar e mensurar a entrega da pessoa para a organização.

Gramigna (2017) traça um panorama em que a gestão por competências implica participação, pois compartilha a tomada de decisões, o que leva a uma responsabilidade coletiva e institucional, e que esse modelo traz vantagens competitivas às organizações.

A gestão de competências deve ser vista como um processo circular, envolvendo os diversos níveis da organização, desde o corporativo até o individual. Sua implantação deve ser muito bem elaborada, pois se faz necessário o envolvimento de toda a organização cujos membros devem estar preparados para lidar com novos desafios e mudanças (MONTEIRO; MORAIS, 2016).

É fundamental realizar periodicamente o mapeamento e planejar o desenvolvimento de competências (CARBONE et al., 2016), seja em organizações públicas ou privadas, pois, mapear competências significa identificar as competências técnicas e comportamentais que são pré-requisitos para o atingimento das estratégias da organização (RABAGLIO, 2016),

permitindo a percepção da diferença entre as competências atuais e a serem desenvolvidas, dando suporte as ações de treinamento e desenvolvimento.

A identificação das competências organizacionais e humanas deve ser realizada através da análise na missão, visão e objetivos da organização. A coleta de dados pode ser realizada por meio de entrevista, observação ou de questionário. A auto-avaliação é um instrumento que também pode contribuir neste aspecto (CARBONE et al., 2016).

Empresas e Organizações Públicas nos últimos anos têm recorrido à utilização de modelos de gestão de competências objetivando planejar, selecionar e desenvolver competências necessárias aos seus respectivos negócios. Ao implantar esse modelo de gestão o setor público brasileiro busca uma alternativa de gestão flexível e empreendedora que amplie a qualidade e a eficiência dos serviços públicos (BRANDÃO; BAHRY, 2015).

2.1.1 Gestão Estratégica

O termo estratégia sofre uma pluralidade conceitual e é preciso localizar tais conceitos e visões em função do objeto proposto, que está inserido no contexto da gestão da saúde.

Segundo Mintzberg (2021) Estratégia é o padrão ou plano que integra as principais metas, políticas e sequência de ações de uma organização em um todo coerente. Ansoff e McDonnell (2018) já conceituam estratégia como sendo "um conjunto de regras de tomada de decisão para a orientação do comportamento de uma organização". Na verdade, a noção de estratégia está intimamente atrelada a qualquer processo de tomada de decisão e que acarreta na mobilização de recursos e pessoas. Nesse aspecto, Certo e Peter (2018) ao destacarem administração estratégica define-a como "um processo contínuo e interativo que visa manter uma organização como um conjunto apropriadamente integrado a seu ambiente."

As organizações precisam agir de maneira a conhecer o ambiente e monitorá-lo para buscar uma adaptação da realidade externa com o desempenho interno da organização. A estratégia na sua essência tem um componente contingencial e objetiva o alinhamento dos traços vigentes internos com os externos.

Quando Wright et al. (2020) propõem a análise do ambiente externo, eles enumeram os fatores de forças tecnológicas, forças político-legais, forças econômicas e forças sociais. Em síntese os autores querem mostrar que o objetivo da administração estratégica é "criar condições para que a empresa opere com eficácia diante de ameaças ou restrições ambientais e possa também capitalizar as oportunidades oferecidas pelo ambiente.

Segundo Chiavenato (2016) o ambiente representa o contexto, isto é, o meio no qual as empresas existem e operam. Para viver em seu meio ambiente, as empresas selecionam e percebem diferentemente as variáveis mais relevantes para os seus interesses. A análise do ambiente externo permite construir cenários futuros alternativos, identificando oportunidades – situações do meio ambiente que a organização pode aproveitar de forma eficaz e as ameaças – situações que colocam a organização em risco.

Para Rebouças (2014), a análise externa tem por finalidade estudar a relação existente entre a empresa e seu ambiente em termos de oportunidades e ameaças, bem como a sua atual posição produto-mercado e prospectiva quanto a sua posição – mercado desejada no futuro.

A visão de Ansoff e McDonnell (2018) faz referência à posição da empresa diante do mercado, tendo que optar por opções de diversificação de produtos para manter e/ou aumentar a vantagem competitiva.

Tavares (2021) ao denominar o ambiente externo de macroambiente destacou forças que o compõe: economia, tecnologia, demografia, cultura, política, política econômica e natureza. Generalizando, a partir da análise dessas variáveis é possível a elaboração de cenários múltiplos futuros.

Maximiniano (2020) entendia que uma das bases para a formulação estratégica é análise das oportunidades e ameaças do ambiente e destaca as seguintes variáveis a serem analisadas: concorrência, mercado, mudanças tecnológicas, ação e controle do governo, mudanças nas condições da economia e mudanças nas normas sociais. Nesse estudo, no que diz respeito a análise de ambiente externo, adotou-se este conceito por ser o mais adequado no caso da operadora de saúde estudada.

O ambiente representa todo o universo que envolve externamente uma empresa tomada como ponto de referência, é tudo aquilo que está situado fora da empresa. O ambiente é a própria sociedade maior constituída de outras empresas, organizações, grupos sociais, etc. As empresas não vivem no vácuo, isoladas e totalmente auto-suficientes, mas funcionam dentro de um contexto do qual dependem para sobreviver e crescer.

Este ambiente é dinâmico e está em constante mudança nos níveis econômico, social, tecnológico e legal, afetando diretamente a maneira de agir das organizações.

O executivo deve identificar os componentes relevantes do ambiente e, em seguida, analisá-los quanto à situação de oportunidades ou ameaças para a empresa. As empresas devem procurar aproveitar as oportunidades, bem como procurar amortecer ou absorver as ameaças ou, simplesmente, adaptar-se a elas.

A análise ambiental corresponde ao estudo dos diversos fatores e forças do ambiente, as relações entre eles ao longo do tempo e seus efeitos ou potenciais efeitos sobre a empresa, sendo baseada nas percepções das áreas em que as decisões estratégicas da empresa deverão ser tomadas.

Para a análise do ambiente externo da empresa, os executivos devem analisar uma série de aspectos, entre os quais são citados:

Clientes - Para Chiavenato (2016), o ambiente tarefa é constituído pelas partes do ambiente que são relevantes ou potencialmente relevantes para a empresa poder estabelecer e alcançar seus objetivos, sendo constituído de quatro setores principais: os consumidores ou usuários, os fornecedores de recursos, os concorrentes e os grupos regulamentadores.

Para Certo e Peter (2018), os clientes fazem parte do ambiente operacional, ou seja, do ambiente externo. Segundo os autores este componente possibilita analisar as características e o comportamento daqueles que compram serviços fornecidos pela organização. Descrever em detalhes os que compram serviços da empresa é uma prática comercial muito comum. O desenvolvimento de tais perfis ajuda a administração a gerar ideias sobre como melhorar a aceitação das mercadorias e serviços da organização pelos clientes.

Segundo Rebouças (2014), quanto à identificação e análise dos principais ramos de negócios do ambiente onde a empresa se situa, deve-se considerar o mercado interno, o mercado externo, os seus consumidores e fornecedores, bem como as várias peculiaridades de cada mercado.

Clientes Potenciais - Segundo Kotler e Armstrong (2018), o conceito de mercado conduz-nos ao círculo amplo do conceito de marketing. Marketing significa trabalhar com mercados para realizar trocas potenciais com o propósito de satisfazer necessidades e desejos humanos.

Quando uma parte está mais ativamente buscando uma troca do que a outra, denominamos a primeira parte de praticante de marketing e a segunda, consumidor potencial. Praticante de marketing é alguém que procura um ou mais consumidores potenciais que podem se engajar em uma troca de valores. Já o consumidor potencial é alguém que o praticante de marketing identifica como potencialmente disposto e habilitado a se engajar em uma troca de valores.

Fornecedores de /serviços - A concepção da organização fundamenta a interação do ambiente e a importância de suas análises. A organização não tem possibilidade de apresentar e vender seus produtos e serviços se não tiver clientes externos que estejam dispostos a comprá-los e se não tiver fornecedores dispostos a vendê-los.

De acordo com Certo e Peter (2018), no componente fornecedor do ambiente externo inclui todas as variáveis relacionadas aos que fornecem recursos para a organização. Tais recursos são adquiridos e transformados durante o processo produtivo em serviços finais. A forma como os vendedores oferecem os recursos especificados para venda, a qualidade relativa dos materiais oferecidos pelos vendedores, a credibilidade nas entregas dos vendedores e os termos do crédito oferecido pelos mesmos, todas estas questões são importantes de se considerar para se administrar de forma eficaz e eficiente.

Segundo Chiavenato (2016), os fornecedores de recursos para a empresa são os fornecedores de capital e dinheiro (que é mercado de capitais tratado pela área financeira), de materiais (que é o mercado de fornecedores tratado pela área de suprimentos e compras), de mão-de-obra (que é o mercado de recursos humanos tratado pela área de pessoal de equipamentos), de serviços (composto de empresas prestadoras de serviços, como propaganda, processamento de dados, etc.) e de espaço de trabalho. Este setor é o mercado de suprimento de entradas e insumos necessários às operações da empresa.

Fatores Culturais e Sociocomportamentais - Para Gaj (2018), como a empresa é ao mesmo tempo uma organização social e uma unidade econômica, ela está sujeita a pressões sociais e influências do meio social e cultural, onde está situada.

As atitudes sociais também mudam, a opinião pública sofre alterações e sua influência sobre as atividades empresariais é evidente, seja facilitando ou dificultando a aceitação de determinado produto ou serviço, seja criando uma imagem favorável ou desfavorável às atividades da empresa. A própria imagem da empresa é um fator puramente social.

Grupos Regulamentadores - Para Drucker (2018), os grupos regulamentadores incluem o governo, sindicatos, associações entre empresas, associações de classe. Este setor é constituído das instituições que de alguma maneira, impõem controles, limitações ou restrições às atividades da empresa, seja especificando maneiras pelas quais ela deverá se conduzir, seja exercendo algumas de suas decisões, seja fiscalizando ou controlando suas atividades. No caso da empresa estudada, a mesma está sob regulamentação do Governo Federal e da ANS.

De acordo com Maximiniano (2020), variáveis legais / grupos regulamentadores, referem-se ao contexto de leis e de normas legais que regulam, controlam, incentivam ou restringem determinados tipos de comportamento empresarial em geral.

Uma das possíveis estratégias para o ganho de competitividade empresarial é a estratégia de integração ou desintegração vertical, onde identifica-se as atividades operacionais da empresa ao longo de sua cadeia, verificando as funções que podem ser internalizadas, ou seja, realizadas dentro da própria empresa, ou externalizadas demonstrando

funções que podem ser contratadas no mercado. Quando uma atividade é integrada, a empresa torna-se responsável por todas as suas funções operacionais; por outro lado, se a atividade for desintegrada, a empresa transfere a responsabilidade das funções operacionais à outra(s) empresa(s).

A literatura sobre integração vertical começa nos estudos de economia das organizações de Ronald Coase, em 1937, e ganha corpo 40 anos mais tarde com o emprego da Teoria dos Custos de Transação (TECT) de Williamson (1979) e Klein, Crawford e Alchian (1978). Suas obras abordam os riscos e custos inerentes às relações contratuais de longo prazo, subsidiando a decisão da empresa de integrar outra etapa da cadeia produtiva em que atua, como forma de buscar eficiência sob as chamadas hierarquias. Outro enfoque teórico submetido à comprovação empírica por Grossman e Hart (1986) trata dos direitos de propriedade (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Nessa teoria, a posse dos recursos ou, em outras palavras, de segmentos consecutivos na cadeia de valor elimina transações comerciais entre fornecedor e comprador e, por consequência, agrega estabilidade para o processo produtivo (ALBUQUERQUE et al., 2016).

A estratégia de integração vertical tem por objetivo obter maiores vantagens competitivas no mercado, tornando-a capaz de diferenciar a sua rentabilidade em relação à concorrência.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Natureza do Estudo

Esta pesquisa se constituiu de abordagem mista, qualitativa do tipo exploratória e descritiva, considerada como pertinente perante o objetivo de compreender, e descrever os elementos que colaboram para o entendimento científico sobre o assunto proposto: “Verticalização em Medicina Suplementar: um estudo em uma grande operadora de saúde”.

Foi utilizada inicialmente a pesquisa bibliográfica, sendo esta, desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, para um mapeamento das principais teorias sobre a temática pesquisada.

Utilizou-se uma metodologia histórica, um método hipotético-dedutivo, a qual consiste em leitura crítica da realidade, baseada na abordagem dialética, que tem como proposta, analisar os contextos históricos, bem como as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais, analisando as hipóteses de maneira a comprová-las ou refutá-las.

3.2 Empresa Estudada

No levantamento da empresa analisada foram considerados os fatores de inclusão:

- a) atuar na região metropolitana de São Paulo, que além de constituir o maior mercado de saúde do país, com equivalência à cobertura de 45% da população local, concentra atividade expressiva das maiores empresas de Medicina de Grupo e Seguradas de Saúde, além de algumas autogestões e cooperativas médicas.
- b) Pertencer à modalidade de medicina de grupo, operadoras que inicialmente empreenderam o processo e que acumulam provavelmente maior experiência com o processo.
- c) Possuir mais de 100.000 beneficiários para oferecer serviços próprios e, especialmente hospitais, uma operadora precisa imobilizar recursos financeiros disponíveis geralmente em empresas de maior porte, e, portanto, com uma grande população de contribuintes.
- d) Possuir um ou mais hospitais próprios há pelo menos um ano.
- e) Ter permanecido livre de intervenção fiscal ou técnica da ANS, o que, se ocorrido, indicaria deficiências operacionais.

Foram identificadas várias empresas nesta situação. No entanto, neste estudo escolheu-se apenas uma empresa para compor o estudo de caso, através de entrevista realizada em seu CEO, que prontamente se comprometeu em responder às perguntas elaboradas.

O estudo de caso ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2022 numa operadora de saúde.

A empresa é uma operadora de planos de saúde fundada em 1997, quando foi inaugurado seu primeiro hospital. A operadora atua na região Sudeste, principalmente em São Paulo, contando com uma base de beneficiários em torno de 420 mil vidas. Além disso, a companhia atua em um nicho mais incomum, pois oferece planos individuais exclusivos para indivíduos acima dos 49 anos.

Além disso, mesmo comercializando produtos no tipo individual e focando em beneficiários idosos, que em teoria tendem a ser muito mais custosos para a operadora, a empresa consegue operar com taxas de sinistralidade melhores que a média do mercado, o que ajuda a evidenciar que modelos verticalizados são mais eficientes no controle de custos e consequentemente na saúde financeira das operadoras de planos de saúde.

3.3 Instrumento de Coleta de Dados

Para a abordagem dos aspectos da verticalização na saúde suplementar optou-se por um estudo exploratório, na medida em que se pretendeu levantar questões sobre os benefícios da verticalização em uma operadora de saúde.

O instrumento de coleta de dados consistiu no preenchimento pelo responsável da empresa de um questionário semi-estruturado.

Optou-se pela aplicação do formulário para coleta dos dados, com perguntas ordenadas, das mais simples as mais complexas e organizadas dentro de blocos. Segundo Paz (2015), o formulário é um documento pré-estruturado, possuindo campos para preenchimento de informações e dados, dispostos e organizados para um determinado fim.

3.4 Análise de Dados

Para a realização da análise de dados foi utilizada análise de conteúdo, processo de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais. A análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar questionáveis e válidas conclusões sobre dados de uma determinada conjuntura, por meio de metodologias especializadas e científicas.

4 MEDICINA SUPLEMENTAR

Este capítulo visou fornecer um panorama condensado de algumas questões relacionadas ao setor de saúde no Brasil. Neste capítulo mostrou como é o sistema de saúde brasileiro, com ênfase na saúde suplementar. Esse tópico foi subdividido abordando sobre a segmentação das operadoras de planos de saúde e os tipos de regras de funcionamento de cada uma. A regulação e seu contexto atual foi outro tópico estudado. Em outro tópico, demonstrou-se como se dá a verticalização da assistência privada, com os subtópicos das principais motivações e benefícios da verticalização da medicina suplementar e as principais perspectivas da verticalização na visão dos gestores.

4.1 Histórico da Promoção da Saúde

Nos últimos 20 anos, tem-se assistido a um crescimento excepcional do campo de promoção da saúde, que vem impactando profundamente as concepções e práticas de Saúde Pública na atualidade. Este movimento origina ou fortalece conceitos fundamentais do moderno campo sanitário, tais como as Cidades Saudáveis, os ambientes favoráveis à saúde, a articulação intersetorial pela saúde, vigilância à saúde e diversas práticas de reorientação de serviços (CARVALHO, 2016).

Um dos primeiros autores a utilizar a expressão "*promoção da saúde*" foi Sigerist (1946), ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. É interessante notar que, ao listar os principais pontos de um programa nacional de saúde, o autor destacou a educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho, oportunidades para descanso e recreação como as três mais importantes, deixando a atenção médica na quarta posição (BAHIA, 2021)

Leavell e Clark (1965), ao desenvolverem o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção, incluem a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem-estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluiriam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde.

A associação da promoção da saúde com a atuação sobre determinantes do meio ambiente e dos estilos de vida vieram, segundo Terris (2012), com a "*segunda revolução epidemiológica*": o movimento de prevenção das doenças crônicas.

Melhorias na nutrição e no saneamento, e modificações nas condutas da reprodução humana (com menos número de filhos por família), há muito tempo são reconhecidas como os principais fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales no século XIX e início do século XX. As intervenções médicas, como as vacinações e o advento da antibioticoterapia tiveram influência mais tardia e menos importante (MCKEOWN, 1976).

Já em 1943, a Medicina Social inglesa se preocupava com a epidemiologia das doenças crônicas prevalentes, como a úlcera péptica, as doenças cardiovasculares, o câncer e os traumas acidentais. Considerando suas correlações com as condições sociais e ocupacionais, afirmava que elas deveriam ser, em maior ou menor grau, preveníveis (TERRIS, 2012).

A influência da Medicina Social inglesa se fez sentir profundamente no Canadá, refletindo-se na consagração dos princípios de universalização de assistência médica e na centralidade da prevenção e da promoção da saúde no sistema de saúde canadense. A constatação do papel fundamental dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, que vem a qualificar a moderna promoção de saúde, deve muito à atuação da saúde pública canadense, e à sua posterior influência internacional (FERRAZ, 2016).

O Informe Lalonde (LALONDE, 1974), marco inicial da moderna Promoção da Saúde no Canadá, é considerado por Terris (2012) "*a primeira declaração teórica abrangente na Saúde Pública como resultado dos desconhecimentos de epidemiologia de doenças não infecciosas*". Utilizando o modelo do "Campo de Saúde", proposto por Laframboise em 1973 (CARVALHO, 2016) o documento afirma que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias:

- a) biologia humana, que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação;
- b) ambiente - agrupa os fatores externos ao organismo, em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle;
- c) estilos de vida - o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere por exemplo a suas atividades de lazer e alimentação, estando, portanto, parcialmente sob seu controle.

- d) organização da atenção à saúde - disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde. (FERRAZ, 2016; CARVALHO, 2016)

Lalonde (1974) afirmava que, até aquele momento, a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maior parte dos gastos em saúde, se concentraram na organização do cuidado médico. Apesar disso, quando se identificavam as causas principais de adoecimento e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nos três outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.

A título de ilustração, mencionamos o clássico estudo de Dever, publicado dois anos após o Informe Lalonde apud Carvalho (2016), que utilizando as categorias do Campo da Saúde, estabeleceu a contribuição de cada uma delas para a mortalidade nos Estados Unidos. Estilos de vida e meio ambiente contribuíam respectivamente com 43% e 19%, mas receberam apenas 1,2% e 1,7% dos recursos federais investidos em saúde; sendo que 91% ficaram com os serviços de saúde.

Ao longo dos anos 70 e 80, as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional se acumularam (MENDES, 2020; TERRIS, 2012). Dessa forma foram criadas as condições para a organização da I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, em 1996, em Ottawa no Canadá, patrocinada pela OMS, Ministério da Saúde e Bem-estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública.

A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, um marco fundamental na história da Saúde Pública, reconheceu como *"pré-requisitos fundamentais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, e conservação dos recursos naturais e a equidade"* (WHO, 1986). A promoção da saúde foi conceituada como *"o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo"*.

Segundo Buss et al. (2018), a Carta de Ottawa *"assume que a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde, cujas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população, e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável"*.

Para Carvalho (2016), o conceito de promoção da saúde passa a ser a espinha dorsal da nova saúde pública e é definido pela primeira vez em termos de políticas e estratégias, representando *"um avanço em relação à retórica genérica da Conferência de Alma-Ata (1977), que estabeleceria a consigna 'saúde para todos até o ano 2000', através da expansão da atenção primária"*.

Para Ferraz (2016), a Carta de Ottawa significou a ampliação da concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Houve um reconhecimento de que a promoção de saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde, mas ao contrário, ela se constitui numa atividade essencialmente intersetorial.

As estratégias de ação propostas pela Carta foram: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo, como comprovam documentos oriundos das diversas conferências internacionais sobre o tema que se seguiram, e de conferências regionais, como a de Santafé de Bogotá, em 1992 (BUSS et al., 2018).

Em Adelaide, o tema central foram as políticas públicas saudáveis; em Sundsvall, a ênfase foi dada à criação de ambientes favoráveis à saúde, com nítida influência de temas ligados à saúde ambiental e às questões ecológicas, muito em voga naquele momento. Em Jakarta, são destacados o reforço da ação comunitária e o surgimento de novos atores e novos determinantes da saúde, como os fatores transnacionais (globalização da economia e suas consequências, papel dos meios de comunicação e outros).

Entre as conclusões desta última conferência, destacam-se a percepção de que os métodos de promoção da saúde baseados na combinação das cinco estratégias preconizadas pela Carta de Ottawa são mais eficazes que aqueles centrados em um só campo; e a de que diversos cenários - cidades, comunidades locais, escolas, locais de trabalho - oferecem oportunidades para a execução de estratégias integrais (BUSS et al., 2018).

A declaração de Santafé de Bogotá, assinada em 1993 por representantes de 21 países do continente americano e intitulada "Promoção e Igualdade", afirma que a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua de determinação entre saúde e desenvolvimento, e destacando a necessidade de solidariedade e equidade para seu alcance (FERRAZ, 2016).

A partir destas conferências, a promoção da saúde passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde de diversos países. Na América Latina, a OPAS colocou-a como prioridade programática, definindo-a como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva (MENDES, 2020).

Com a evolução do movimento da promoção de saúde na América do Norte surge o Movimento Cidades Saudáveis, citado aqui por sua importância na compreensão do alcance e do significado da nova formulação dos conceitos de promoção de saúde.

O movimento surgiu em 1984, em Toronto, no Canadá, e foi encampado pela OMS a partir de 1986. A OMS considera uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos numa ótica ampliada de qualidade de vida, de acordo com a proposta de promoção da saúde desenvolvida na Carta de Ottawa.

O movimento se difundiu em inúmeras cidades de todo o mundo, formando redes regionais e globais, e tornou-se o mais difundido projeto estruturante da moderna promoção de saúde, tendo sido também incorporado como estratégia pelo movimento de municipalização da saúde no Brasil.

4.1.1 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, por meio de pré-pagamento, desembolso direto ou reembolso (ANDRADE; LISBOA, 2022).

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 (MÉDICI, 2018).

Este tipo de contrato de serviços que paga por procedimento ou ato realizado, de acordo com Médici (2018), apresenta várias consequências como:

- a) não estimula o comportamento preventivo dos serviços saúde, mas a solução imediata, mesmo que incompleta;
- b) estimula o aumento do número de procedimentos por pacientes, o que gera aumento de custos e estimula a lógica de quanto mais se faz mais se ganha, entretanto, seria

ideal a escolha de terapias que gerassem o menor número de intervenções, minimizando os custos e os riscos de vida do cliente;

- c) além disso, o pagamento por ato aumenta o risco de corrupção, devido ao alto custo do controle para fiscalizar o sistema;
- d) ocorre uma super estimação da performance médica em detrimento do diagnóstico e prevenção;
- e) estimula a alta tecnologia porque agrega maior valor ao ato médico e, consequentemente, ao ganho por cliente atendido pelo referido exame ou ato técnico;
- f) requer um forte mecanismo de controle, o que encarece o sistema de saúde devido ao tamanho da estrutura auditorial, administrativa e de fiscalização do relacionamento entre operadora e fornecedor de serviços, o que vem se tornando crítico no relacionamento entre ambos.

Outro benefício obtido, incorretamente, pelo fornecedor de serviços é a possibilidade de ganho indireto decorrente dos encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, realizados pelos provedores de serviços que recebem em troca gratificações financeiras. Estes riscos são auferidos no cálculo atuarial realizado pela seguradora/plano saúde, o que aumenta seus preços de venda (ANDRADE; LISBOA, 2022).

Por fim, o terceiro e último risco é a tentativa de se proteger judicialmente os fornecedores de serviços saúde utilizando exames diagnósticos excessivos, buscando, com isso, amenizar as incertezas de diagnósticos, além de elevar os custos por tratamento, e, consequentemente, os preços dos planos / seguros saúde (ANDRADE; LISBOA, 2022).

4.1.2 Empresas Operadoras de Planos de Saúde

Em 2022 o Mapa da ANS mostrou que o Brasil registrou mais de 49,5 milhões (49.584.238) de pessoas com planos de saúde em maio, um aumento de 1,5 milhão (3,14%) de beneficiários em relação ao mesmo mês no ano de 2021 (ANS, 2022).

Dos 49,5 milhões de beneficiários, mais de 34 milhões (34.290.044) correspondem aos planos empresariais, enquanto 8 milhões (8.971.767) à categoria de contratos individuais ou familiares. Dos 1.557.174 de novos beneficiários registrados em um ano, 1.526.892 foram incluídos por meio de convênios empresariais (ANS, 2022).

A segmentação das operadoras obedece a seguinte tipologia: as medicinas de grupo; as cooperativas médicas; as autogestões e as seguradoras, cada qual com regras específicas de organização e funcionamento, sendo que algumas, a exemplo das Santas Casas de Misericórdia, podem ter fins lucrativos ou não. Do mesmo modo, os planos privados de saúde são segmentados em dois grandes grupos: por contratante e por tipo de contrato.

No primeiro estão os contratos coletivos; os coletivos por adesão e os individuais, enquanto no segundo grupo são encontrados os contratos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos, odontológicos além de um extenso número de combinações entre estes.

Medicinas de grupo - O modelo adotado por este segmento é similar às *Health Maintenance Organizations* - HMO, dos EUA, composto por serviços próprios, credenciados ou ambos, tendo surgido, no Brasil, nos anos 60, na região do ABC paulista, quando, à época, o governo incentivava a modalidade de convênios-empresa, e em virtude dos altos preços da medicina liberal. O modelo multiplicou-se por quase todas as cidades com mais de 40 mil habitantes, sendo que a maioria de suas operadoras filiadas - cerca de 73% - é tida como de pequeno porte, ou seja, com menos de 100 mil beneficiários, mas que respondem pelo atendimento a 18 milhões de pessoas, segundo dados do setor.

Institucionalmente, as medicinas de grupo são representadas pelo sistema formado pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo ABRAMGE; o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo SINAMGE; e o Conselho Nacional de Auto Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo CONAMGE.

A Associação ABRAMGE foi fundada em agosto de 1966, e congrega, atualmente, cerca de 300 organizações associadas em todo o país, das 670 que compõem o segmento, tendo por objetivo estimular o crescimento do sub-setor, facilitar o entrosamento entre as empresas visando ampliar a abrangência do atendimento em escala nacional, divulgar novas tecnologias e estimular parcerias com a classe médica, demais prestadores de serviços e fornecedores.

O Sindicato, por sua vez, fundado em 1987, representa a categoria econômica do segmento, na posição de patronal, atuando nas negociações coletivas de trabalho com os respectivos sindicatos de profissionais de saúde, enquanto o Conselho, criado em 1990, funciona como uma entidade regulamentadora e fiscalizadora das empresas de medicina de grupo. O CONAMGE acompanha a conduta dos associados, conforme código de ética próprio, instituído junto aos seus estatutos com vistas à proteção mútua de beneficiários e empresas associadas.

Cooperativas de Trabalho Médico - As cooperativas são definidas como associações de pessoas que voluntariamente se unem para satisfazer aspirações e necessidades econômicas,

sociais e culturais comuns, por meio de uma empresa de propriedade comum e democraticamente gerida. A origem do cooperativismo remonta, no plano internacional, ao ano de 1760, tendo exercido, desde então, um forte viés de caráter doutrinário, que o tem caracterizado, chegando a ser apontado, na visão de Rabelais (2021), como um implante socialista no sistema capitalista ou como uma semente para a conformação de um novo modo de produção, capaz de competir com o modo de produção capitalista.

Existem dois tipos de cooperativas: uma diz respeito a grupos de pessoas desejosas de estabelecer modos alternativos de vida em comunidade, vivenciando experiências comunitárias coletivas, as quais, via de regra, dependem de contribuições filantrópicas para sua subsistência. O outro tipo consiste de cooperativas de trabalhadores qualificados que surgiram em confronto às empresas capitalistas, como uma forma de reação dos trabalhadores aos efeitos deletérios do capitalismo industrial, conforme Rabelais (2021).

O cooperativismo, no Brasil, foi regulado pela Lei nº 5.764, de 16.12.1971,42 que estabeleceu a política nacional do cooperativismo, dispondo sobre o seu regime jurídico e o sistema de representação. Com base neste disposto, coube, à Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB, sociedade civil sem fins lucrativos, a representação das cooperativas, no âmbito nacional, atuando, inclusive, como órgão técnico-consultivo do Governo Federal.

No campo da saúde suplementar, as cooperativas de trabalho médico são definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro, formadas por médicos cooperados, responsáveis pelo atendimento aos seus pacientes em seus próprios consultórios, assim como em hospitais, laboratórios ou clínicas das próprias cooperativas ou credenciadas.

Autogestões - A autogestão em assistência à saúde consiste no sistema pelo qual a própria empresa institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa ou plano de saúde dos seus funcionários, reduzindo os gastos decorrentes com a intermediação das empresas operadoras de planos privados de saúde existentes no mercado.

A origem deste modelo remonta à fase em que o Governo Federal estimulava os convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS e empresas, a partir de 1974, quando o Instituto passou a investir fortemente em uma política de convênios, sobretudo com indústrias e o grande comércio, tendo por modelo a experiência da Volkswagen e da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, que vigorava desde 1944.

O desenvolvimento deste segmento também está ligado à instalação das grandes multinacionais no país, como foi o caso das montadoras nos anos 50, exemplificado pela Ford,

que montou um sistema de saúde diferenciado para seus empregados, à semelhança da matriz, estimulando o crescimento do segmento das operadoras de medicina de grupo, conforme CIEFAS (2020).

As políticas de saúde das empresas sempre foram determinadas pelo porte, as qualificações dos empregados, a organização sindical e a localização geográfica, fatores que fazem destacar certas empresas e setores da indústria.

Seguradoras de Serviços de Saúde - A primeira companhia seguradora no Brasil, foi fundada em 1808, na Bahia, quando na vinda da família real e a abertura econômica da Colônia, em conformidade às normas regulatórias prescritas pela Casa de Seguros de Lisboa, as quais se mantiveram mesmo após o advento da independência, em 1822.

Posteriormente, em 1932, foi fundado, o sindicato dos corretores de seguro e, em 25.06.1951, constituída a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização FENASEG, que se mantém até os dias atuais. O seguro saúde foi instituído no Brasil em 1966, sendo definido como um seguro voltado a fornecer cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, cuja garantia consiste no pagamento, em dinheiro, efetuado pela sociedade seguradora à pessoa física ou jurídica prestadora dos serviços. O segmento foi desenvolvido a partir de 1983, por meio do lançamento do primeiro seguro de saúde individual com rede ampla e aberta.

De acordo com a prescrição legal, que norteia este segmento de mercado, é condição obrigatória nos contratos, a livre escolha do médico e do hospital pelo segurado, sendo vedado, às seguradoras, acumular assistência financeira com médico-hospitalar, ou seja, as seguradoras não podem prestar serviços de assistência médico-hospitalar com rede própria, conforme Ciefas (2020).

4.2 Verticalização da Assistência Médica Privada

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.

A verticalização é considerada como o grau de extensão de propriedade que a organização possui a respeito da cadeia de valores na qual está inserida. A estratégia de integração vertical pode ser empregada pelas organizações que buscam os benefícios e vantagens de poderem adquirir seus fornecedores, além de ser considerada também como o

processo de análise e definição de quais os produtos, serviços ou componentes do mercado passarão a ser parte da organização e não mais um componente externo.

O processo de integração vertical geralmente considera decisões baseadas em custos, análise de viabilidade e margens de retorno.

A implantação de sistemas integrados traz para a organização algumas vantagens que vão além da ausência de fragmentação dos serviços como a melhoria do acesso e o aprimoramento da eficiência destes serviços, a prevenção da duplicação de serviços, acarretando em uma resposta mais rápida e efetiva às necessidades e expectativas dos beneficiários.

De acordo com a ANS em 2014, 40% dos planos de saúde já possuíam redes próprias de atendimentos como hospitais, ambulatorios e laboratórios. O mesmo estudo também mostrou que este processo de verticalização do sistema de saúde, ganhou força na última década, e que atualmente 80% dos serviços oferecidos por algumas operadoras são próprios. Destaca-se também o caso da maior operadora de planos de saúde que possui 27 hospitais próprios e 40 ambulatorios, o que representa de 35% a 45% dos atendimentos realizados (FERRAZ; BASSETTE, 2018).

As vantagens da verticalização são: aumento do poder de mercado e diminuição de barreiras, qualidade assistencial, focalização no beneficiário, promoção do bem-estar, disseminação do risco de negócio, redução de atividades e procedimentos desnecessários, economias de escala e minimização de conflitos (Figura 2 e Quadro 1) (TISOTT et al., 2016).

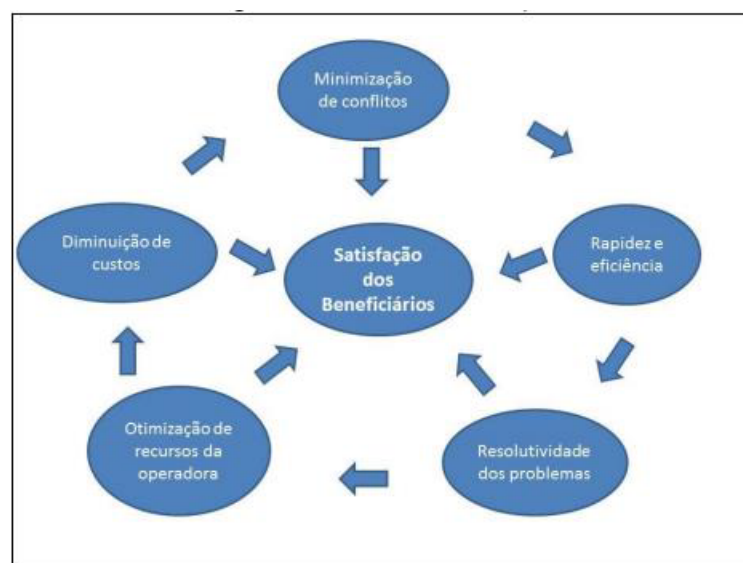


Figura 2 – Benefícios da verticalização

Fonte: TISOTT et al., 2016

Quanto as vantagens competitivas da verticalização Tisott et al. (2016) mostram que estimar variações de demanda de produtos seguintes na cadeia de valor favorece direcionamento da produção do bem intermediário o que leva a diminuir os riscos associados às oscilações do mercado. A auditoria e alocação de recursos facilita a auditoria, possibilita manter padrões de qualidade homogêneos e alocação efetiva de recursos.

Quadro 1 – Vantagens econômico-financeiras da verticalização

Economia de escopo	É possível tornar mais homogênea e especializada a produção de bens e serviços em um determinado patamar da cadeia produtiva.
Economia de integração	A coordenação comum de atividades minimiza o comportamento oportunista e competitivo que costuma haver entre dois agentes distintos que geram maiores custos de transação.
Racionalização de recursos	As atividades de marketing e comerciais podem ser suprimidas, custos de distribuição são suprimidos pois são minimizados por haver somente um ou poucos centros consumidores daquilo que é produzido.

Os principais riscos da verticalização são:

- Diminuição de escala de produção, aumento dos custos marginais do produto;
- Integração vertical mal executada;
- Utilização da verticalização unicamente com o objetivo de compensar posições competitivas precárias;
- Distanciamento dos mecanismos de controle competitivo do mercado e burocratização de processos internos que podem tornar a empresa fornecedora mais defasada no que se refere às novas tecnologias e às metodologias de gestão, aos canais de vendas.

As desvantagens na estratégia de verticalização apontam na integração vertical algumas desvantagens como: custos com a integração vertical, tais como a mobilidade, uma vez que a verticalização necessita de escala, financiamento e geralmente altos investimentos, aumento da quantidade de ativos específicos e dos custos fixos da organização. Além disso, as flutuações ocorridas em uma etapa da cadeia são transmitidas para todas as outras em efeito cascata, assim, a integração vertical eleva a alavancagem da empresa e aumenta o risco do negócio.

Nos Estados Unidos o principal benefício obtido com a verticalização nas empresas de saúde foi o controle relativo no aumento nos custos médicos com a racionalização dos serviços

disponíveis. Além disso a formação de redes integradas através de propriedade ou não, poderia fortalecer o posicionamento competitivo destas empresas e ampliar o leque de serviços assistenciais requeridos pela legislação de alguns estados. Como efeito secundário, ainda, possibilitou minimizar sobre a oferta de leitos naquele país, porque estimulou a consolidação de empresas e a redistribuição de especialidades entre serviços médicos de uma mesma corporação.

5 O CASO DA OPERADORA DE SAÚDE

Neste capítulo foi apresentada a descrição da operadora de saúde analisada. A seguir foram analisados os dados oriundos do questionário aplicado ao CEO da empresa com o objetivo de determinar os benefícios e os resultados relacionados ao direcionamento estratégico da operadora ao optar pelo processo de verticalização.

A inauguração do primeiro hospital da rede, com 18 leitos (oito de internação e dez de UTI) e um centro cirúrgico para atender seus 667 beneficiários, marcou o início de sua trajetória de sucesso. Sua atividade preponderante é a operação de plano privado de assistência à saúde nos termos da Lei nº 9.656/1998, mediante a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir acesso aos serviços de saúde próprios e de terceiros, integrantes da rede credenciada, visando incentivar práticas preventivas e prestar assistência médico-hospitalar com excelência.

Assim sendo, o conceito de plano de saúde da operadora, baseado em sua vocação em cuidar de pessoas, foi criado com base na premissa de que não apenas procedimentos, mas o processo avaliado como um todo traz melhores resultados em termos de saúde individual e custos.

5.1 Breve Histórico e Caracterização da Empresa

A empresa foi criada em 1997 no bairro da Mooca, zona leste da cidade de São Paulo, por dois irmãos, Eduardo e Fernando Carrilo, que até hoje permanecem como proprietários. O primeiro serviço estruturado foi o de ambulâncias, que evoluiu posteriormente para o atendimento médico. Desde o início o foco foi trabalhar com usuários de idades mais avançadas. Até dezembro de 2019 contava com 456.000 beneficiários, sendo 346.000 com 61 anos ou mais e 258 que já chegaram aos 100 anos de idade. Dispunha de 44 unidades na rede própria de atendimento, sendo 12 hospitais.

O atendimento em rede própria representa 80% do seu volume assistencial, sendo o restante realizado em serviços credenciados, localizados na grande São Paulo, Santos, Osasco. Desde novembro de 2019, começou a oferecer planos de saúde para atendimento em rede credenciada no município do Rio de Janeiro. Seu diferencial é o foco maior em pessoas com mais de 49 anos, mensalidade média de R\$ 800,00 reais e contratos individuais, ao contrário das grandes concorrentes que trabalham com planos empresariais ou coletivos que representam mais de 80% do mercado.

Conforme dados de balanços públicos o faturamento da Operadora foi de 1 bilhão de reais em 2014 e 3,5 bilhões em 2019. No mesmo período, seu lucro subiu de 56 milhões de reais para 410 milhões.

A operadora atua de maneira expressiva na prevenção de doenças e agravos, cada paciente tem um médico tutor, com especialidade de acordo com a necessidade. As atividades fora de hospitais e consultórios são parte importante do modelo de negócios da Operadora. A concentração do atendimento em rede própria evita desperdícios, otimiza diagnósticos e tratamentos, além de propiciar a gestão de informações sobre cada usuário do sistema.

Além dos equipamentos de saúde voltados para a assistência, a Operadora investe em espaços voltados para o lazer, atividades físicas e oficinas de terapia ocupacional.

Na operadora estudada o sistema verticalizado adotado faz com que quase a totalidade das atividades seja feita em serviços próprios, com a seleção criteriosa de uma rede credenciada de apoio para o restante da assistência. Observou-se que dois benefícios esperados da verticalização se concretizaram que foi o controle dos custos de produção e a garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados.

O maior controle dos custos de produção só tem sido alcançado com a conjugação da racionalização de recursos através da integração e treinamento contínuo das equipes médicas e gerenciais, além do uso intensivo dos sistemas de informação.

O diferencial do profissional que trabalha na operadora está na incorporação da cultura da empresa, considerada seu ponto forte e facilitadora da interlocução entre todos. Segundo informações coletadas, não existem missão e valor definidos, isso é sentido com o tempo, na proposta e desenvolvimento do trabalho na empresa, que fomenta a interdisciplinaridade e a comunicação frequente de seus colaboradores.

O investimento em tecnologias para a comunicação e para a agilidade dos processos assistenciais é outra premissa do trabalho em rede (MENDES, 2021). Na operadora, há uma intensiva busca por inovações por meio dos estudos e contato com outros sistemas de saúde pelo mundo, como o exemplo da adoção de ferramentas de tele monitoramento e inteligência artificial para laudos de exames. A tecnologia racionaliza os custos dos sistemas, tornando a operação mais sustentável, principalmente quando se trabalha com população prioritariamente idosa. A tecnologia, como facilitadora do compartilhamento da informação, também ajuda a mudar o foco do tratamento, da medicalização para um comportamento preventivo em toda a rede. Nesse sentido, a inovação com a implementação de atividades relacionadas a qualidade de vida, como *shows* e jogos, propicia o contato dos beneficiários com os profissionais da operadora.

A integralidade, entre todos os princípios do trabalho em rede, é o que assume papel mais importante por envolver o modo de organizar as práticas profissionais, os serviços de saúde e as políticas públicas. Ela interliga esses três pontos, além de afirmar a abertura constante para o diálogo entre todos os atores sociais do cuidado. Esse diálogo ocorre na relação entre oferta e demanda de atenção à saúde, e enfoca os problemas de maior prioridade conforme mutuamente percebidos pela comunidade e pelos sistemas de saúde (PINHEIRO; MATOS, 2021).

A integralidade é anunciada como um dos princípios da operadora estudada, que evidencia práticas de aproximação sucessivas a esse conceito, quando incentiva a comunicação entre paciente e profissionais, entre as equipes de pontos distintos da rede verticalizada e com os credenciados, e quando propicia o acompanhamento desse paciente ao longo de uma rede de cuidados entre níveis assistenciais distintos.

A empresa adota um modelo de atenção hospitalar e ambulatorial, verticalmente integrado em quase a sua totalidade. Nesse modelo, os usuários são atendidos dentro da sua rede hospitalar própria, permitindo um adequado controle dos custos operacionais. Aproximadamente 70% dos atendimentos ambulatoriais ocorrem dentro de suas próprias instalações, e também cerca de 80% dos exames são realizados em seus centros diagnósticos próprios. A empresa trabalha centrada no paciente, objetivando a melhora da qualidade de vida dos seus usuários, realizando grandes ações no campo de prevenção de doença e promoção da saúde.

Nesse sistema, um dos pontos considerados estratégicos pela operadora é o *Pronto Socorro*. Contrapondo ao preconizado por outras operadoras, esse ponto da rede é visto como estratégico para o contato com o paciente, onde se aproveita para utilizar os recursos de maior densidade tecnológica para classificar melhor o paciente e direcioná-lo para o melhor uso da rede. O paciente pode procurar o serviço de maneira espontânea, pode ser encaminhado do ambulatório e da atenção domiciliar para avaliação clínica, exames e/ou procedimentos. O Pronto Socorro é visto como um local de grande oportunidade para receber, conhecer, educar o paciente, solucionar seus problemas imediatos e redistribuir necessidades de atenção de maneira adequada. O PS foi transformado em *super PS* – virou um importante ponto de contato dos pacientes com os melhores médicos, que recebem mais pelo trabalho.

Geralmente os pacientes, nesse ponto da rede, apresentam quadros agudos infecciosos, descompensações de doenças crônicas e traumas. O paciente, a partir do Pronto Socorro, pode receber encaminhamento para o ambulatório de especialidades, retornar ao domicílio com ou sem prescrição de continuidade de atenção ou ser encaminhado para internação hospitalar de

acordo com a especialidade requerida. Seus gestores se comunicam para discussão e passagem de casos, por telefone ou de maneira informatizada, por meio de protocolos que descrevem o perfil da oferta de atenção de cada serviço e quando e como devem ocorrer os encaminhamentos.

O Pronto Socorro utiliza a atenção domiciliar em larga escala, principalmente para continuidade de tratamentos medicamentosos com antibióticos injetáveis, que têm início no serviço, inclusive com passagem de PICC quando necessário, com comunicação com a gestão da Atenção Domiciliar, que passa a gerenciar o caso, por meio de Plano de Atenção Domiciliar – PAD, e operacionalização do atendimento por empresa credenciada. Outras condições indicadas também com maior frequência para o domicílio são pacientes requerendo procedimentos técnicos de enfermagem e fisioterapia respiratória e motora. Casos de maior gravidade e com tendência a desestabilização são encaminhados para hospitais de especialidade ou leitos de pacientes crônicos, com possibilidade de continuidade de atenção em domicílio após desospitalização.

O *Ambulatório* é um ponto da rede da operadora com densidade tecnológica intermediária que atende pacientes encaminhados por profissionais de consultórios, pronto socorros, pós alta hospitalar e atenção domiciliar. São 13 núcleos ambulatoriais de especialidades, classificados em três níveis de complexidades, com médicos tutores, que atuam por meio de protocolos clínicos para seguimento, sistematização, customização e adesão importante. A porta de entrada é de baixa complexidade com a geriatria, clínica médica e cardiologia. São consideradas média complexidade nesse modelo a cardiologia e a pneumologia. E ainda atua com parte da alta complexidade, denominado “ambulatório *premium*”, com geriatria, cardiologia, oncologia e cuidados paliativos. Também existe um núcleo ambulatorial específico para reabilitação.

O perfil mais frequente de morbidade é o de pacientes com Insuficiência coronariana, infarto do miocárdio, doença pulmonar obstrutiva crônica e neoplasias. Do ambulatório o paciente pode ser encaminhado para a continuidade de cuidados em pronto socorro, internação hospitalar ou para o domicílio, com ou sem atenção domiciliar. Segue o fluxo de comunicação de toda a rede, com a proximidade dos gestores, utilizando protocolos formais pré-estabelecidos com critérios de elegibilidade para cada instância assistencial. A Atenção Domiciliar faz parte da continuidade do segmento ambulatorial, oferece estrutura e processos assistenciais para pacientes agudos e crônicos, seja para administração de medicamentos injetáveis, procedimentos de enfermagem e para monitoramento e prevenção de reagudizações de doenças e condições crônicas.

A unidade hospitalar localizada no bairro de Pinheiros, de alta densidade tecnológica na rede da operadora, oferece atendimento eminentemente clínico e é referência para pacientes que necessitam de reabilitação e apresentam tempo de internação prolongada nos hospitais da rede. Conta com unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, laboratório de análises clínicas para apoio e centro de diagnóstico por imagens. Tem vinculação direta com o programa de atenção domiciliar. Conta com 74 leitos de internação, divididos em enfermarias e apartamentos, sendo 30 leitos de UTI.

Geralmente o paciente chega ao Hospital após o atendimento em pronto socorro, ambulatório ou atenção domiciliar. Esse complexo hospitalar é utilizado na rede como uma retaguarda para pacientes crônicos que apresentam reagudizações e necessitam de atenção com maior complexidade até a estabilização e possibilidade de alta total ou continuidade da atenção em domicílio ou ambulatório, seguindo protocolos específicos de transição e acompanhamento. A média de permanência é de 4,9 dias e o perfil dos pacientes são de pós AVC, descompensações de quadros pulmonares, neurológicos, pós-operatórios, pós traumas com fraturas, cirurgias vasculares, casos oncológicos. Após alta imediata o paciente pode ir para ambulatório ou realizar transição de cuidados em domicílio. A comunicação ocorre tanto para a recepção do paciente para internação quanto no planejamento de alta, com necessidade de continuidade de atenção de acordo com as condições do paciente. Todos os mecanismos de comunicação são utilizados e existe um grupo responsável pela coordenação da continuidade de cuidados utilizando *WhatsApp* - hospital, ambulatório, pronto socorro e atenção domiciliar - para que ocorra comunicação efetiva entre os gestores.

Existe uma conexão organizada entre estes serviços de tal forma que o usuário pode ser encaminhado do ambulatório para o Pronto Socorro, Hospital, Atendimento Domiciliar, Hospital de Crônicos e até mesmo, de maneira direta, para as Clínicas de transição e ILPIs.

O ponto forte da operadora, na visão da credenciada, é a gestão diferenciada em relação a outras operadoras. A atenção domiciliar está inserida no sistema e existe facilidade de encaminhamentos e comunicação entre os diferentes serviços e profissionais. A vantagem competitiva em relação às demais operadoras está na agilidade na tomada de decisão, a implantação vinda do Pronto Socorro em larga escala, alto volume de antibioticoterapia domiciliar e a grande valorização do serviço de atenção domiciliar no processo verticalizado da operadora.

Para os credenciados, a operadora acredita muito na atenção domiciliar e a utiliza efetivamente como uma ferramenta de contenção de custo, de diminuição de sinistro. Atua com muitos indicadores e protocolos desenvolvidos com foco na qualidade e gestão do serviço e,

dessa forma, consegue implantar na atenção domiciliar um volume muito grande de novos casos. A rede de atendimento verticalizada ajuda muito nessa metodologia de trabalho. Os pacientes são vistos como potenciais utilizadores do serviço de atenção domiciliar e durante os programas de prevenção, eles são esclarecidos a respeito dos serviços e estimulados a buscá-los quando necessário. Ainda para eles, existe controle total sobre os beneficiários, conhecem bem tudo o que acontece com cada paciente que utiliza o plano de saúde.

Os pontos de melhoria citados são o desenvolvimento de sistemas de monitoramento menos dependentes de planilhas; o relacionamento com maior flexibilidade para a decisão clínica e uma melhoria vinculada a terem maior confiança técnica no contratado. Em comparação com outras operadoras, os valores de pagamento são muito baixos, mais voltados para mão de obra e a contrapartida, que justifica o relacionamento comercial, é o volume. As empresas devem atender com prontidão os casos indicados: se não atenderem dois casos seguidos, podem ficar uma semana sem receber paciente, por exemplo.

A operadora, segundo os credenciados entrevistados, interfere no trabalho realizado pelo prestador de serviço. Os auditores da operadora visitam os serviços, interferem na conduta, alteram prescrições, o que gera ansiedade em quem presta o serviço. A restrição na autorização de serviços gera insegurança sobre o que vai ocorrer com a assistência, que nem sempre pode ser plena e de acordo com o grau de necessidade do paciente.

Existem muitos pacientes acamados que precisariam de acompanhamento continuado em domicílio e recebem abordagem restrita. Por exemplo, a empresa contratada realiza somente o procedimento autorizado pela operadora, mesmo percebendo que deveriam ser prestados outros cuidados. As demais necessidades observadas são de responsabilidade da família. O modelo de oferta de atenção domiciliar da operadora é focado na resolução do problema agudo do paciente.

5.2 Direcionamento Estratégico

A entrevista permitiu levantar os principais direcionamentos estratégicos da empresa, mostrando as estratégias relacionadas aos custos médicos. Percebeu-se também os principais motivadores, os benefícios esperados e os alcançados com o processo de verticalização da empresa.

Na operadora estudada a estratégia foi influenciada por fatores externos. No começo do processo o foco foi em custos pela dificuldade de negociação com mercado, durante a evolução da carteira passou a ser diferenciação.

Portanto, a possibilidade de maior controle dos custos de produção dos serviços médicos foi o principal motivador e um benefício esperado com o processo da verticalização da empresa. A necessidade de proporcionar e controlar a qualidade da assistência médica também foi um motivador da adoção da verticalização.

Em um estudo anterior realizado na Unimed também notou-se o efeito duplo do controle vertical sobre os serviços médicos, seja em seu componente de custo ou de qualidade (ALBUQUERQUE, 2016).

É preciso ressaltar que algumas correntes da literatura apontam algum distanciamento de controle competitivo do mercado e burocratização de processos internos nas empresas verticalizadas sob a forma de hierarquias, alegando que esse tipo de estrutura pode tornar a empresa mais defasada em relação a novas tecnologias de gestão (ALBUQUERQUE, 2016).

Além disso é necessário definir o termo qualidade em saúde para entender sua relação com a otimização dos custos da assistência médica.

De acordo com o CEO além dos hospitais a operadora também conta com centros ambulatoriais, centros de diagnóstico de imagem e laboratorial.

Ao ser questionado sobre a concorrência deste tipo de serviço o entrevistado relata que ainda poucas operadoras prestam o mesmo atendimento no mercado.

O entrevistado relatou ainda os principais motivos que levaram a empresa a oferecer esse serviço diferenciado a seus beneficiários. Os principais motivos foram a maior segurança nos processos realizados e capacidade de otimização de modelos comumente sem evolução nos últimos anos nas redes de atendimento padrão

Os principais fatores críticos de sucesso citados foram: excelência nas ofertas de produtos e qualidade acima do mercado em seus serviços próprios.

O CEO também respondeu sobre as competências necessárias para organização empreender o processo de verticalização. As principais competências citadas foram:

A- Estruturação de dados e informações de clientes com interoperabilidade dos sistemas que permeiam a empresa (HIS / CRM / ERP / PAX / Outros).

B- Sistema de Inteligência de Dados para geração contínua de insights sobre qualidade e evolução do serviço prestado.

C- Equipe treinada e engajada com influência de um *business analytics platform* para gerar perpetuidade de boas práticas

Quanto as competências da empresa que permitiram, (na prática), ou facilitaram o processo de verticalização, o entrevistado respondeu que a liderança e clareza dos processos

com incentivo direto à equipe com pré-acordo direto em relação aos benefícios que as mudanças irão gerar.

O entrevistado foi convidado a colocar valores (1 a 5) destas competências da organização para o processo da verticalização. Os valores atribuídos foram: liderança (5), clareza dos processos (5) e incentivo a equipe (5).

Outra questão respondida foi: Que tipo de vantagens relativas eram esperadas com a implementação desta estratégia? (Médio e Longo Prazos)? A resposta foi: maior controle da jornada do paciente e principalmente antecipação do diagnóstico de fatores de risco e diminuição do desperdício causado pela falta de informação do histórico do paciente e principalmente pelo engajamento da equipe assistencial.

A principal vantagem relativa que a verticalização propiciou para a operadora foi o crescimento orgânico sustentável acima da média de mercado uma vez que o cliente/paciente passa a ser o proliferador da qualidade do serviço bem como defender o modelo de trabalho. O entrevistado também pontuou de 0 a 5 sobre o grau de importância destas vantagens relativas.

Receberam a pontuação máxima os quesitos: economia de escala, possibilidade de maior controle de custos de produção, possibilidade de melhor estimar demanda, facilidade ou maior flexibilidade na adoção de novas metodologias administrativas, ampliação do montante de informações disponíveis sobre os clientes finais, melhor qualificação e fidedignidade dos dados sobre os clientes finais, atração e fidelização dos novos clientes.

O quesito de otimização da conveniência dos serviços oferecidos aos clientes / pacientes recebeu pontuação (4). Os quesitos de menor pontuação (3) foram: diminuição dos custos de transação, redução do grau de incerteza associado ao setor (fluxo de clientes estável), fortalecimento da posição competitiva no mercado, criação de barreira de entrada a novos concorrentes, garantia ou ampliação da qualidade dos serviços oferecidos e ampliação da oferta de serviços a determinados segmentos de clientes.

Quanto a principal dificuldade ocorrida com a implantação os serviços próprios, o entrevistado relatou que na disrupção do crescimento de carteira pode haver descompasso entre crescimento de rede e causar dificuldades de acesso bem como danos de imagem provenientes da restrição de crescimento.

Foi feita uma pergunta ao entrevistado se seria viável desenvolver um modelo de verticalização que priorize a economia de escala e resultados, mantendo a qualidade e ética, assegurando aos pacientes e suas famílias que não serão subatendidos, submetidos a procedimentos desnecessários e que terão um processo de acesso eficiente, evitando obstáculos à assistência médica.

O entrevistado disse que ao contrário da verticalização de ativos, essa estratégia se concentra na integração de processos, proporcionando uma sinergia inovadora que transcende os limites tradicionais das organizações de saúde.

Uma das características distintivas da verticalização de gestão é a sua capacidade de estabelecer parcerias estratégicas entre operadoras de saúde, hospitais terceiros, laboratórios e outros prestadores de serviços. Isso permite que dados clínicos sejam compartilhados e integrados de forma eficaz, promovendo a interoperabilidade e, em última instância, melhorando a qualidade do cuidado ao paciente.

No entanto, é crucial reconhecer que a implementação bem-sucedida da verticalização de gestão na saúde não é uma tarefa trivial. Requer uma força motriz considerável, com uma equipe altamente comprometida com os princípios e objetivos subjacentes, centrados na qualidade, no cuidado e na atenção ao paciente.

O entrevistado também foi convidado a opinar sobre a tendência de crescimento na verticalização no setor e se existe alguma estratégia que possa substituir com vantagens a "verticalização" das operadoras:

“Existe uma tendência devido ao sucesso de poucos players, porém a estabilidade de um sistema verticalizado demanda alto investimento em ativos, pessoas e tecnologia, além de uma coordenação extremamente ágil para mudanças conforme a evolução do número de pacientes. Muitas das empresas que estão buscando uma reestruturação tem como base que a verticalização é de ativos quando na verdade ela é uma verticalização de processos”.

“Justamente a verticalização de processos proveniente da evolução dos sistemas de dados e a interoperabilidade que irá facilitar os controles e garantir uma maior abrangência de ações”.

6 DISCUSSÃO

Na literatura internacional a integração vertical de médicos e hospitais ou sistemas de saúde tem sido consistentemente associada ao uso de cobrança de taxas de instalação e preços e gastos mais altos de serviços médicos (GODWIN et al., 2021).

A aquisição generalizada de consultórios médicos por hospitais e sistemas de saúde – uma prática conhecida como integração vertical – foi a mudança mais significativa na estrutura do mercado de provedores de saúde na última década. Embora a consolidação dos mercados hospitalares e de planos de saúde já concentrados esteja ocorrendo lentamente, a porcentagem de médicos de cuidados primários que trabalham em consultórios pertencentes a um hospital ou sistema de saúde aumentou drasticamente nos últimos anos, aumentando em 57% no período de 2010 a 2019. Essa mudança na estrutura dos sistemas de prestação de cuidados foi atribuída a uma série de incentivos de mercado e de políticas em um sistema de saúde em rápida mudança e pode ter implicações significativas para seguradoras, empregadores e pacientes (FULTON, 2019).

Machta et al. (2019) indicam que embora a teoria econômica não sugira uma relação clara entre integração vertical e preços em geral, trabalhos teóricos recentes em economia da saúde sugerem que pode haver circunstâncias plausíveis nas quais os provedores podem se integrar verticalmente para aumentar a alavancagem de negociação, embora esses estudos não tenham focado especificamente sobre integração vertical de médicos e hospitais.

Dois estudos mais recentes sobre integração vertical e preços encontraram resultados semelhantes, encontrando gastos mais altos para pacientes de provedores integrados verticalmente. O primeiro estudo, de Capps et al. (2018) encontra um crescimento significativo de preços e despesas em nível de provedor em relação a médicos não integrados após a integração com um hospital e demonstra que esses efeitos de preço variam de acordo com a especialidade. Outro estudo recente de Ho et al. (2020) encontraram diferenças significativas de gastos associadas à integração, embora os autores tenham descoberto que essa diferença era atribuível ao aumento da utilização e não a preços mais altos.

A integração vertical pode facilitar a melhoria da continuidade dos cuidados, a integração do registro eletrônico de saúde e o gerenciamento da saúde da população, mas os benefícios potenciais da integração vertical podem não ser percebidos de forma consistente (DIANA et al., 2019). As 2 revisões mais recentes da literatura sobre integração vertical oferecem conclusões conflitantes sobre a qualidade, com 1 revisão argumentando que nenhuma

relação foi estabelecida, enquanto a outra afirma que, embora nenhuma relação entre a integração vertical e os resultados do paciente tenha sido demonstrada, a integração vertical pode levar a um melhor desempenho em algum processo de medidas de cuidado (MACHTA et al., 2019; POST et al., 2017). No entanto, não ficou claro nesta revisão se esse processo de medidas de cuidado refletiu melhorias de qualidade reais ou melhorias de qualidade percebidas. Um estudo mais recente não encontrou nenhuma associação entre integração vertical e resultados de saúde em uma grande amostra de beneficiários do Medicare (KOCH et al., 2020). O crescimento de preços associado à integração vertical pode representar uma preocupação política se os potenciais benefícios de qualidade da integração vertical não forem percebidos de forma consistente.

No Brasil a verticalização de operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços médicos, seja via investimentos diretos, seja via aquisição de participação acionária, é uma estratégia comumente utilizada em resposta ao risco moral advindo do modelo de remuneração *fee-for-service*. Isso porque, possibilita a reestruturação dos incentivos financeiros, alinhando os interesses entre os prestadores e as operadoras de planos de saúde, que passam a maximizar os lucros das duas atividades conjuntamente, reduzindo, portanto, o problema de agência. Assim, ao reduzir os custos médicos, torna-se possível ofertar planos de saúde a preços menores para os beneficiários (ARANOVICH et al., 2021).

Em geral, os grupos verticalizados costumam adotar algumas estratégias para alinhar os interesses dos prestadores de serviços médicos e operadoras de planos de saúde e reduzir o uso inapropriado de serviços médicos. Uma delas é, ao invés de utilizar o *fee-for-service* para a remuneração de sua equipe médica, é contratá-los, dentro da sua estrutura hospitalar como médicos assalariados, com o papel de coordenar o tratamento do paciente segundo as diretrizes e protocolos estabelecidos pelo grupo.

Esses médicos, responsáveis por aprovar procedimentos e exames ou consultas com especialistas, funcionam como *gatekeepers*, monitorando as decisões clínicas de outros médicos e determinando se são apropriadas ou não. Ao fazê-lo, tende a reduzir a possibilidade de sobreutilização de serviços médico-hospitalares.

Outra possibilidade utilizada, é o pagamento global, ou *capitation*, que consiste no estabelecimento de um valor mensal por vida assistida, que é pago independentemente se o paciente é atendido ou não pelos prestadores de serviços médicos. Como o rendimento dos prestadores deixa de ser afetado pelo volume de serviços prestados, deixa de existir o incentivo à sobreutilização. O mesmo ocorre quando a operadora estabelece um modelo de remuneração baseado no compartilhamento de riscos, de forma que os rendimentos dos prestadores

diminuem na medida em que o custo de tratamento do paciente aumenta (RODWIN, 2021).

Essas estratégias, no entanto, apesar de diminuírem o risco moral entre prestadores e operadoras, podem resultar em um risco moral tão ou mais preocupante: agora entre médicos e seus pacientes. Isso porque, essa estrutura de incentivo pode vir a desencorajar a realização de serviços necessários, não apenas aqueles inapropriados, podendo resultar em restrição de acesso, com potencial de ampliar o risco de agravamento da saúde do paciente. Tal estratégia passa a recompensar os prestadores que gastam menos, não necessariamente gerando melhores resultados em saúde para os pacientes, e pode estimular a subutilização de serviços de saúde e a negativa de atendimento a beneficiários de alto custo.

No caso da Unimed, no estudo de Albuquerque et al. (2016) as principais vantagens aferidas com a estratégia de verticalização indicam que a qualidade assistencial é a principal vantagem. Informa também que o controle e a redução custo. Apontam ainda que a percepção do nosso cliente em relação ao desenvolvimento da empresa, diferencial para comercialização dos planos de saúde, gestão dos serviços assistenciais, atendimento prioritário ao beneficiário da operadora, facilidade no processo de negociação com credenciados, fidelização e satisfação dos clientes, disponibilizar rede de atendimento aos nossos clientes, relatam crescimento da carteira, o valor agregado à marca da operadora, gerar trabalho ao cooperado, manter-se no mercado, unificação das equipes de trabalho. Outro ponto importante foi o aumento na qualidade assistencial e diminuição nos custos, o que remete à principal motivação relatada pelos respondentes, para verticalizar. Quanto às desvantagens, o autor não identificou nenhuma no caso estudado.

7 CONCLUSÃO

Associações entre empresas, na forma horizontal ou na forma vertical, são motivadas por considerações que incluem melhorias dos custos de transação, aprimoramento da estratégia, vantagens e redução das incertezas sobre preços de *inputs* e *outputs*. No Brasil, verifica-se nos últimos anos a intensificação no processo de verticalização da assistência médica privada.

Buscando verificar entre as operadoras de saúde quais foram os principais motivadores do processo de verticalização e quais as vantagens relativas efetivamente verificadas com esse processo, este trabalho apresentou os resultados obtidos com um estudo exploratório.

Os benefícios obtidos pela operadora de saúde em processos de verticalização incluíram o aprimoramento no controle dos custos de produção e a garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados, seguido pelo incremento da economia de escala. Se por um lado esses resultados confirmam aqueles obtidos em estudos realizados na América do Norte com relação à redução de custos e economia de escala, por outro lado trazem à luz a questão da qualidade dos serviços prestados.

O estudo traz a confirmação da relação positiva entre integração vertical e desempenho, demonstrando que o fenômeno da verticalização apontado na literatura tem sido benéfico para as operadoras de saúde. Os resultados apontam que a existência de incentivos para que os usuários usem os serviços próprios da operadora de saúde, a existência de clínicas de especialidades, ambulatórios e centros de diagnóstico próprios são os principais determinantes do desempenho, considerando que o modelo explica apenas 20,2% do desempenho.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G.M.; FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A.L. Integração vertical nas operadoras de assistência médica ... na região de São Paulo. **Prod.** v. xx, n. x, p. 1-14, 2016.
- ALMEIDA, S.L. Eficiência das operadoras de planos de saúde. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, v. 4, n. 8, p. 87-112, 2019.
- ANDRADE, M.V.; LISBOA, M.B. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. **Revista Brasileira de Economia**, v. 54, n. 1, p. 5-36, 2022.
- ANSOFF, H.; MACDONNEL, E.J. **Implantando a Administração Estratégica**. São Paulo: Atlas, 2018.
- ARANOVICH, T.C.; LEANDRO, T. Covid-19 e a Nova Concentração do Mercado de Planos de Saúde. In: Revista do IBRAC. São Paulo: **IBRAC**, n.1, p. 171-194, 2021.
- BAHIA, B.J. **Introdução à comunicação empresarial**. Rio de Janeiro: Mauad, 2021.
- BRANDÃO, H.P.; BAHRY, K. Gestão por competências: métodos e técnicas para mapeamento de competências. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 56, n. 2, p. 179-194, 2015.
- BRASIL. **Lei Federal** nº 11.357, de 19 de outubro de 2016. Dispõe sobre a criação do Plano Geral de Cargos do Poder Executivo - PGPE e do Plano Especial de Cargos do Ministério do Meio Ambiente e do IBAMA; ... e dá outras providências.
- BUSS, W.C. et al. **Comunicação empresarial: teoria e pesquisa**. São Paulo: Manole, 2018.
- BYRNE, M.M.; ASHTON, C.M. Incentives for Vertical Integration in Healthcare: the effect of reimbursement systems. **Journal of Healthcare Management**. 2019.
- CAPPS, C.; DRANOVE, D.; ODY, C. The effect of hospital acquisitions of physician practices on prices and spending. **J Health Econ.**, v. 59, p. 139-152, 2018.
- CARBONE, P.P. et al. **Gestão por Competência e Gestão do Conhecimento**. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2016.
- CARVALHO, I.M.V.; PASSOS, A.E.V.M.; SARAIVA, S.B.C. **Recrutamento e seleção por competências**. Rio de Janeiro: FGV, 2016.
- CERTO, S.C.; PETER, J. **Administração Estratégica – Planejamento e Implantação da Estratégia**. São Paulo: Makron Books, 2018.
- CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2016.
- COSTA, B.L. et al. **Atenção Primária e Saúde Suplementar no Brasil: Revisão Integrativa**. Cadernos ESP. 3º de março de 2022

DIANA, M.L.; ZHANG, Y.; YEAGER, V.A.; STOECKER, C.; COUNTS, C.R. The impact of accountable care organization participation on hospital patient experience. **Health Care Manage Rev.**, v. 44, p. 48-58, 2019.

DRUCKER, P.F. **Introdução à Administração**. São Paulo: Pioneira, 2018.

DUTRA, J.S. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. São Paulo: Atlas, 2022.

FERRAZ, M.B. Especialista em economia brasileira e saúde. **Rev. Você S/A**. v. 1, n. 2, p. 45-56, 2016.

FERRAZ, A.; BASSETTE, F. **40% dos planos de saúde já oferecem hospitais e laboratórios próprios**. O Estado de São Paulo, 2018.

FULTON, B.D. Health care market concentration trends in the United States: evidence and policy responses. **Health Affairs.**, v. 36, p. 1530-1538, 2019.

GAJ, L. **Administração Estratégica**. São Paulo: Ática, 2018.

GODWIN, J.; ARNOLD, D.R.; FULTON, B.D.; SCHEFFLER, R.M. **The Association between Hospital-Physician Vertical Integration and Outpatient Physician Prices Paid by Commercial Insurers: New Evidence**. Inquiry. 2021.

GRAMIGNA, M.R. **Modelo de competências e gestão dos talentos**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2017.

HO, K.; LEE, R.S. Insurer competition in health care markets. **Econometrica.**, v. 85, p. 379-421, 2020.

KALIL, P.A. et al. **Gestão por Competências em organizações do governo: Mesa-redonda de pesquisa-ação**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, 2015.

KOCH, T.G.; WENDLING, B.W.; WILSON, N.E. The effects of physician and hospital integration on medicare beneficiaries' health outcomes. **Rev Econ Stat.**, v. 2, p. 1-38, 2020.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Administração de Marketing**. São Paulo: Atlas, 2018.

MACHTA, R.M.; MAURER, K.A.; JONES, D.J.; FURUKAWA, M.F.; RICH, E.C. A systematic review of vertical integration and quality of care, efficiency, and patient-centered outcomes. **Health Care Manage Rev.**, v. 44, p. 159-173, 2019.

MAXIMINIANO, A.C.A. **Teoria Geral da Administração – Da Escola Científica à Competitividade na Economia Globalizada**. São Paulo: Atlas, 2020.

MCKEOWN, T. **The role of medicine: dream, mirage or nemesis?** Blackwell: Oxford, 1976.

MEDICI, A.C. **Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde**. Brasília: IPEA, 2018.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2020.

MINTZBERG, H; QUINN, J. B. **O Processo da Estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2021.

MONTEIRO, J.C.; MORAIS, J.S. **Capacitação e gestão por competência no serviço público federal brasileiro**: um balanço preliminar da experiência no Ministério da Justiça. XI Congresso Internacional del CLAD sobre La Reforma del Estado y de La Administración Pública. Gualaquela, 2016.

PINHEIRO, G.; MATOS, E. **O poder das pessoas**: como usar a inteligência de todos dentro da empresa para conquista de mercado. Rio de Janeiro: Campus, 2021.

POST, B.; BUCHMUELLER, T.; RYAN, A.M. Vertical integration of hospitals and physicians: economic theory and empirical evidence on spending and quality. **Med Care Res Rev**. V. 75, p. 399-433, 2017.

RABAGLIO, M.O. **Seleção por competências**. 4 ed. São Paulo: Educator, 2016.

RABELAIS, D.C. **A assistência médica suplementar no Brasil**: história e características da cooperativa de trabalho Unimed. Campinas: *In*: Parte 4 - O sistema de saúde suplementar (o sistema privado de atenção à saúde). Brasil: Radiografia da Saúde. Ed. UNICAMP, pp. 363-393, 2021.

REBOUÇAS, D.P. **Planejamento Estratégico – Conceitos, Metodologias, Práticas**. São Paulo: Atlas, 2014.

RODWIN, M.A. **Conflicts of Interest and the Future of Medicine**: The United States, France, and Japan. Oxford: Oxford University Press, 2021.

SILVA, P.C.; GOMES, A.Q. A população em situação de rua no contexto pandêmico. **Conversas & Controvérsias**, v. 8, n. 1, p. e40080-e40080, 2021.

TAVARES, M.C. **Planejamento Estratégico – opção entre sucesso e fracasso empresarial**. São Paulo: Harbra, 2021.

TERRIS, M. **Conceptos sobre promocion de la salud** - dualidades en la teoria de la salud publica. Washington, OPAS/OMS, 2012.

TISOTT, P.B. 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.

WRIGHT, P.; KROLL, M.J.; PARNELL, J. **Administração Estratégica - Conceitos**. São Paulo: Atlas, 2020.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. Traduzido por Maria Helena C.V. Trylinski. São Paulo: Atlas, 2021.