

**Michael E. Porter** é professor universitário, titular da cátedra Bishop William Lawrence, na Harvard Business School. Autoridade em estratégia competitiva e competitividade de países, regiões e cidades, suas ideias e sua liderança pessoal têm influenciado governos, empresas e líderes de todo o planeta. Sua linha de pensamento sobre competitividade integra a teoria e a prática de desenvolvimento econômico da atualidade. O trabalho do professor Porter sobre assistência à saúde teve início há mais de uma década.

Graduado em engenharia aeroespacial pela Princeton, mestre em administração pela Harvard Business School, onde recebeu o título George F. Baker Scholar, e doutor em economia empresarial pela Harvard University, Porter tem inúmeros prêmios e distinções, inclusive o Prêmio Adam Smith da National Association of Business Economists, prêmios nacionais em diversos países e o grande prêmio da Academy of Management por contribuições acadêmicas à área da administração.

**Elizabeth Olmsted Teisberg** é professora associada na Darden Graduate School of Business da University of Virgínia, onde recebeu o Prêmio Frederick S. Morton de liderança. Suas áreas de interesse são estratégia, inovação e análise de risco. Foi professora da Harvard Business School.

Além de se dedicar à pesquisa sobre assistência à saúde há mais de uma década, Teisberg tem realizado análises de estratégias em empresas fabricantes de equipamentos médicos e de biotecnologia, opções reais, decisões relativas a pesquisa e desenvolvimento, inovações médicas e resposta estratégica à incerteza. É autora de inúmeros casos e artigos em periódicos especializados e co-autora de *The Portable MBA*, publicado em cinco idiomas.

Bacharel em Ciências e PhD pela School of Engineering da Stanford University, tem mestrado em Engenharia pela University of Virgínia e bacharel *summa cum laude* pela Washington University em St. Louis. Elizabeth é integrante da sociedade de honra acadêmica Phi Beta Kappa.

**Michael E. Porter**  
**Elizabeth Olmsted Teisberg**

# REPENSANDO A SAÚDE

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A  
QUALIDADE E REDUZIR OS CUSTOS



P847r Porter, Michael E.  
Repensando a saúde : estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos / Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg; tradução de Cristina Bazan. - Porto Alegre : Bookman, 2007. 432 p. : il. ; 25 cm.

ISBN 978-85-7780-002-5

1. Administração. 2. Gestão: Saúde. 3. Gestão da Qualidade I. Teisberg, Elizabeth Olmsted. II. Título.

CDU 65.011.4

Catálogo na publicação: Juliana Lagoas Coelho - CRB 10/1798

Tradução:  
Cristina Bazan

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:  
Equipe do Grupo Amil



desenvolvimento do conhecimento. Faz-se necessário o desenvolvimento formal e contínuo do conhecimento em nível de condição de saúde, para que sirva de base a melhorias contínuas na prestação dos serviços.

Finalmente, a mudança para estratégias baseadas em valor vai exigir a transposição de uma série de barreiras, desde a forma de organização dos médicos até os modelos de pagamento prevalentes e a regulamentação obsoleta. Identificamos algumas das barreiras mais importantes e forma como os prestadores estão lidando com elas. Apesar das barreiras, temos certeza de que as novas estratégias e estruturas são viáveis, pois prestadores de destaque já as estão adotando.

Para mudar para as novas estratégias e estruturas não é preciso esperar por mudanças na regulamentação nem pela liderança de outros participantes do sistema. Os prestadores podem dar os primeiros passos, de forma voluntária, em direção à competição em valor. Prestadores de destaque já o estão fazendo e colhendo os benefícios na forma de melhor atendimento aos pacientes, maior domínio dos tratamentos, melhores dados clínicos, melhores margens e melhor reputação, mesmo no sistema falho de hoje em dia.

Um número muito grande de prestadores continua satisfeito com a situação vigente, esperando por soluções perfeitas ou por uma futura regulamentação pelo governo. Muitos prestadores culpam outros participantes pelos problemas do sistema, em vez de assumirem a responsabilidade por aquilo que eles mesmos podem controlar. Lentos em medir seus resultados, até mesmo para si próprios, encontram justificativas para resistir à prestação de contas ao mundo exterior. Essa atitude os deixará para trás no esperado realinhamento da forma de prestar serviços de saúde. Os prestadores que quiserem ganhar um lugar no sistema de saúde dirigido pelo valor e quiserem continuar a controlar seu próprio destino precisam agir.

## O vácuo estratégico na prestação do serviço de saúde

Prestar serviços de saúde, seja num hospital, numa clínica ou no consultório é algo complexo que envolve miríades de atividades e desafios. Os prestadores precisam lidar com contratos com planos de saúde, negociações de pagamento, cumprimento de exigências regulamentares, assimilação de novas tecnologias médicas, melhoria do atendimento a clientes e recrutamento e retenção de pessoal. Um crescente acervo de livros, artigos e estudos revela inúmeras oportunidades para melhorias de processos em todos os aspectos da prestação dos serviços de saúde, que podem reduzir erros e complicações, melhorar os resultados dos tratamentos e aumentar a eficiência. Assimilar todas essas melhores práticas e melhorar a eficácia operacional pode ser desgastante.

Dedicar-se a melhorar a eficácia operacional é importante em qualquer organização, mas não basta. Toda empresa precisa de uma estratégia norteadora, que defina objetivos e propósitos, o negócio ou negócios em que vai operar, os serviços que irá oferecer e de que maneira tentará se distinguir de seus pares. Sem uma estratégia, uma organização carece de clareza para atingir a verdadeira excelência. Sem direção e foco, fica difícil até mesmo ser eficiente nas operações.

A prestação de serviços de saúde necessita urgentemente de uma estratégia, tendo em vista os interesses e riscos envolvidos, a escala e a patente complexidade da tarefa. As práticas de hospitais e médicos precisam de metas claras, dada a miríade de forças atuando sobre elas. Precisam também definir a gama de serviços que irão oferecer. Os prestadores precisam mapear um caminho para a verdadeira excelência nas suas áreas de serviços, uma vez que o bem-estar dos pacientes está em risco. Uma estratégia e metas claras devem determinar as estruturas organizacionais, os sistemas de mensuração e o uso das instalações.

No entanto, muitos prestadores de serviços de saúde organizam-se de forma predeterminada, num padrão generalizado que não atende a essas questões estratégicas e organizacionais. As metas são indefinidas ou enquadradas em termos de sustentabilidade financeira ou serviços à comunidade, em vez de no valor ao paciente. As linhas de serviço são amplas e espelham as de outras

organizações comparáveis - outros centros médicos acadêmicos, outros hospitais comunitários e outras práticas da vizinhança. A prestação dos serviços de saúde é, na verdade, governada por práticas e tradições arraigadas. As estruturas organizacionais são dirigidas pela oferta, em vez de pelos clientes, e, assim, consistem em grupos formados por especialidade e funções compartilhadas, como manda a tradição. Poucos prestadores se automensuram ou se consideram responsáveis pelos resultados ao paciente. As considerações gerenciais tendem a ficar em último lugar na lista de prioridades.

A ausência de estratégias claras entre os prestadores de serviços de saúde talvez seja compreensível, em vista da orientação para serviços à comunidade e à forte influência de médicos que tendem a fazer de tudo um pouco.<sup>1</sup> Mas esse legado é contraproducente na assistência à saúde moderna, na qual a variedade e a complexidade dos serviços aumentaram drasticamente.

Os prestadores de serviços de saúde tendem a sofrer de três típicos problemas estratégicos. Primeiro, a gama de serviços em geral é *ampla demais* em termos de linhas de serviços, especialmente no caso de hospitais, mas também no de alguns grupos de médicos. Segundo, dentro de cada linha de serviço, a abordagem de prestação de serviços é *estreita demais*, e os serviços oferecidos não são integrados. Terceiro, o foco geográfico da maioria dos prestadores de serviços de saúde é *localizado demais*, tanto em termos de escopo de mercado como da organização do atendimento em si. Esses três problemas com frequência se combinam na mesma organização, subtraindo uma parte substancial do valor ao paciente.

### *Ampla demais*

No que diz respeito à gama de serviços oferecidos, muitos prestadores têm uma não-estratégia - eles oferecem quase todos os serviços possíveis, com linhas excessivamente amplas servindo a um mercado geográfico demasiado estreito. Os hospitais, particularmente, costumam tentar ser "um ponto único de atendimento" mantendo todas as linhas de serviços, mesmo que o número de pacientes em uma determinada linha seja pequeno em comparação a prestadores experientes. O mesmo ocorre nas clínicas e nos consultórios. Um ortopedista tenderá a tratar de todo tipo de problema ortopédico que entrar pela porta, ou um grupo de anestesistas cobrirá uma multiplicidade de tipos de cirurgias.

No entanto, o tamanho de um prestador e sua variedade de serviços têm pouco impacto no valor ao paciente. O que importa é possuir experiência, escala e domínio em cada serviço. Não há justificativa para retornar ao mesmo prestador para uma condição de saúde diferente da anteriormente tratada, a não ser que o prestador seja excelente no tratamento dessa nova condição. Às vezes, os prestadores pressupõem que perderão encaminhamentos a menos que possam diagnosticar e subsequentemente tratar todo paciente que apareça. Contudo, os pacientes só se beneficiarão se o prestador for excelente no diagnóstico e no tratamento da sua condição específica. Um argumento típico para a amplitude é a presença de condições co-ocorrentes. No entanto, prestadores excelentes numa condição de saúde se equipam para lidar com co-ocorrências importantes, como discutiremos. Ao contrário, muitos prestadores de linha ampla tratam das condições co-ocorrentes, mas deixam de coordenar o atendimento.

O modelo de linha ampla tem sérias consequências para o valor ao paciente, em vista dos princípios que descrevemos no Capítulo 4. Em certas linhas de serviço, muitos prestadores carecem de escala para serem experientes ou eficientes. Eles mantêm instalações e equipamentos com excesso de capacidade. Isso gera pressões para utilizar a capacidade, levando às vezes a uma ampliação ainda maior dos serviços. O resultado é que os prestadores oferecem serviços nos quais eles são competentes, mas não excelentes.

Alguns prestadores de fato se focam na abordagem de condições de saúde específicas, como o M. D. Anderson Cancer Center ou o New England Baptist Hospital (de ortopedia), mas estes são

exceções. A maioria, isolada pela falta de competição e sem ter que prestar contas pelos resultados, resolve realizar todos os serviços e esforçar-se para ser suficientemente boa em tudo, em vez de concentrar recursos nas áreas em que se distingue. A falta de foco dificulta ainda mais o alcance de melhorias. Os prestadores tentam melhorar, mas não conseguem fornecer um valor superior em muitos serviços.

O problema do excesso de amplitude de serviços aflige todos os tipos de hospitais. Os centros médicos acadêmicos oferecem muitos serviços de rotina ou padrão em instalações de alto custo. Os hospitais comunitários mantêm instalações caras de alta tecnologia para tratar de pacientes com condições raras ou complexas. Os hospitais rurais se dispõem a atender a todas as necessidades da comunidade local, ainda que o volume de pacientes seja restrito.

Em parte por causa da amplitude, há uma notável ausência de parcerias estratégicas entre organizações, ao contrário do que se observa em outros campos. As organizações tendem a se isolar e manter distância nos relacionamentos externos. (Isso se deve, em parte, às equivocadas leis Stark, discutidas no Capítulo 8.)

As estruturas de governança prevaletentes acentuam a tendência de os prestadores de serviços de saúde tentarem ser tudo para todos. Os hospitais e clínicas, em sua maioria, são organizações sem fins lucrativos supervisionadas por conselhos voluntários bem-intencionados, atentos à sua missão na comunidade e às suas obrigações legais de prestar serviço. O serviço comunitário, no entanto, é interpretado como oferecer de tudo. Então, tomado ao pé da letra, esses nobres intentos podem, na verdade, funcionar contra o valor ao paciente, na medida em que os prestadores procuram atender às necessidades de todos os integrantes da comunidade. Para manter a viabilidade financeira e, ao mesmo tempo, sustentar uma ampla gama de serviços, os prestadores também buscam donativos filantrópicos que mantenham serviços antieconômicos e de escala subdesenvolvida.

A governança dos médicos também é problemática para a estratégia, sem mencionar para a organização da prestação dos serviços de saúde. O modelo de livre agente está espalhado por todo o sistema de saúde. Muitos médicos são autônomos, ainda que seu consultório esteja dentro de um hospital. Isso dificulta a execução de uma estratégia sintonizada e a coordenação e integração do atendimento entre os médicos. Os grupos de médicos tendem a ser confederações frouxas de profissionais independentes, cada um deles querendo fazer as coisas à sua maneira. Muitos médicos resistem à ideia de se restringir aos serviços nos quais são mais eficazes. Na verdade, são estimulados a assumir uma gama de casos, confiantes de que se sairão bem em todos eles.

As escolhas e estratégias organizacionais dos prestadores também são afetadas por uma variedade de fatores externos que descrevemos em capítulos anteriores. A necessidade de aumentar o poder de negociação tem levado hospitais e grupos de médicos a ampliar as suas linhas de serviços, por exemplo. De forma semelhante, os generosos níveis de pagamento em áreas como ortopedia têm levado a uma substancial duplicação de serviços.

### *Estreito demais*

Ao mesmo tempo em que os prestadores são demasiadamente amplos em linhas de serviço, o pensamento estratégico nessas linhas é muito estreito. Como já discutimos em capítulos anteriores, os prestadores, em sua maioria, são estruturados para prestar serviços distintos, não para prestar atendimento verdadeiramente integrado. Os hospitais, por exemplo, são organizados por especialidades tradicionais, como medicina interna, cirurgia, radiologia, e assim por diante, não em torno das necessidades do paciente. Os grupos de médicos também são estruturados por especialidade. Em vez de funcionarem como uma equipe integrada, grupos de especialistas independentes se reúnem em torno de casos individuais. Tudo isso diminui o valor ao paciente.

O foco estreito dos prestadores também se aplica à prestação do atendimento ao longo do tempo. Os prestadores tendem a definir seus serviços em termos de uma série de intervenções distintas,

não de um ciclo de atendimento completo. Mesmo em âmbito de um determinado hospital ou clínica, as várias unidades ou departamentos tendem a focar de forma demasiadamente estreita o seu próprio procedimento ou função. Cada unidade dedica atenção limitada ao que aconteceu antes ou ao que acontecerá mais tarde com o paciente.

As várias unidades envolvidas no ciclo de atendimento, que frequentemente consistem em entidades separadas, raramente trabalham em conjunto ou aceitam responsabilidade em melhorar o ciclo de atendimento como um todo. Ao contrário, os relacionamentos ao longo do ciclo de atendimento tendem a ser distantes e formais, mesmo em âmbito de um hospital ou de um grupo de prestadores. Esse tipo de atendimento, truncado ao longo do ciclo de atendimento, prejudica seriamente o valor ao paciente, como descrevemos em capítulos anteriores.

A fragmentação da prestação dos serviços de saúde tem suas raízes nas tradições médicas. O campo da medicina herdou estruturas de uma era em que a prática médica era menos complexa e mais individualista. Hoje, entretanto, faz pouco sentido para o valor ao paciente, por exemplo, que cardiologistas, cirurgiões cardíacos e radiologistas intervencionistas sejam independentes no tratamento de pacientes cardíacos através de consultórios e instalações separadas. Contudo, o treinamento médico, as associações de medicina e outras tradições consagram a atual estrutura. De forma similar, há pouca lógica, em termos de valor ao paciente, nos médicos somarem e faturarem individualmente os custos dos serviços, ou, pela mesma razão, emitirem uma fatura separada da do hospital. No entanto, esses legados, e outros tantos, têm complicado desnecessariamente o processo de integração e melhoria da prestação dos serviços de saúde.

É um grande desafio, para se dizer o mínimo, conseguir que grupos de médicos se alinhem e trabalhem estrategicamente para prestar atendimento medicamente integrado por meio de processos compartilhados. É ainda mais difícil conseguir que livres agentes, os quais na verdade trabalham por si mesmos, aceitem responsabilidade conjunta por seus resultados e trabalhem juntos para melhorar sistematicamente o valor ao paciente. Para serem estratégicos, os prestadores precisarão que todos os envolvidos na prestação dos serviços de saúde tenham um objetivo comum centrado no paciente, e um compromisso compartilhado com os resultados gerais, e não agendas individuais.

A curiosa combinação de amplitude e fragmentação excessivas na prestação dos serviços de saúde também tem complicado a melhoria dos processos. Muitos prestadores estão dedicando atenção a melhorar os processos, porém o foco tem quase sempre recaído em processos genéricos que abrangem a instituição como um todo e se encaixam dentro da estrutura atual, como controle de infecção hospitalar, triagem telefônica e prescrições, em vez de no atendimento integrado a condições de saúde específicas.

### *Localizado demais*

Muitas das realidades que descrevemos também levam os prestadores a pensar e se comportar de forma predominantemente local. Ancorados em uma determinada comunidade ou região, os prestadores, em sua maioria, encaram suas opções em termos locais. Os conselhos, demasiado locais, costumam definir os serviços à comunidade como a principal missão da organização. Há pouca inclinação para expandir-se ou competir geograficamente, mesmo nas áreas de excelência médica.

Esse foco local dos prestadores acentua o problema da amplitude de serviços. Encarando o seu mercado como a comunidade local, os prestadores tendem a oferecer tudo o que a comunidade precisa, em vez de deixar certos serviços a cargo de outros prestadores. Com uma orientação local, as oportunidades de crescimento ficam restritas. Ampliar as linhas de serviços, em vez de expandir-se geograficamente, parece ser o caminho natural. O licenciamento em nível estadual e outras complexidades regulatórias também reforçam a orientação local na prestação dos serviços de saúde, como discutiremos no Capítulo 8.

Essa orientação local diz respeito não apenas à região de origem, mas também a instalações ou complexos de instalações num determinado local físico. Os prestadores têm a tendência de tratar instalações como se fossem entidades auto-suficientes. Cada local físico oferece todos os serviços demandados na área imediata, em vez de o conjunto de serviços para os quais o local, em particular, apresenta eficácia de custo. Hospitais-escola no centro das cidades, por exemplo, geralmente oferecem práticas de assistência primária e serviços ambulatoriais extensivos num local inerentemente caro, além de inconveniente para muitos pacientes. Um número maior de prestadores vem estabelecendo instalações satélites, mas o acasalamento entre serviços e instalações e a verdadeira integração entre instalações permanecem aleatórias.

## Definir a meta correta: valor superior para o paciente

Como os prestadores de serviços de saúde criam estratégias mais eficazes e melhoram o seu desempenho? O ponto de partida para a estratégia é definir a meta correta. A principal meta deve ser a excelência no valor ao paciente. O valor consiste em resultados de saúde alcançados por dólar incorrido nos custos, em comparação a seus pares. O tamanho, a gama de serviços e a reputação do prestador, ou se ele atinge um bom superavit operacional, são aspectos secundários. Se um prestador não estiver entregando valor aos pacientes, estará fracassando na sua missão fundamental, ainda que seja financeiramente bem-sucedido. Um prestador que entrega resultados superiores aos pacientes estará em posição de prosperar, mesmo no atual sistema.

Como já discutimos, o valor ao paciente só pode ser medido no nível de condições de saúde e avaliado em relação aos pares. Não basta somente competência. Um prestador deve ser capaz de atingir resultados que se comparem favoravelmente com os daqueles que prestam serviços similares.

O valor total entregue por uma organização é acumulado a cada condição de saúde.<sup>2</sup> Valor excelente em alguns serviços não compensa a mediocridade em outros. Os pacientes, sem mencionar todo o sistema de saúde, não estão bem servidos se os prestadores mantiverem uma linha de serviço na qual não alcancem resultados iguais ou melhores que seus pares. A verdade é que nem todos os prestadores serão igualmente eficazes em tudo, e nem deveriam tentar ser. Na competição baseada em valor, a excelência, e não a amplitude ou a conveniência, deve moldar a escolha dos serviços oferecidos por prestador, bem como a configuração geral do sistema de saúde. O ThedaCare, um sistema de prestação de serviços de saúde do estado de Wisconsin, articulou essa aspiração de uma forma contundente. O ThedaCare procura atuar somente naqueles serviços em que atinge desempenho clínico de classe mundial no percentil 95.

Embora a adoção do valor ao paciente como meta possa parecer auto-evidente, a definição de meta na prestação dos serviços de saúde tem sido obscurecida por uma variedade de fatores. Muitas organizações de prestação dos serviços de saúde são sem fins lucrativos. Organizações sem fins lucrativos, como um grupo, têm dificuldade em concordar sobre metas comuns, porque cada uma delas vê seus valores e aspirações como meritórias. As estruturas de governança, como descrevemos anteriormente, introduzem considerações comunitárias e um foco local que podem, inadvertidamente, sobrepujar o valor ao paciente como meta central. Por fim, e esta não é em absoluto uma lista exaustiva, as normas e a ética profissional em medicina oferecem uma margem considerável para diferenças de opinião no estabelecimento de prioridades institucionais. O resultado é que os prestadores acabam tentando atender a todo paciente que entre pela porta.

A viabilidade financeira geralmente aparece como uma meta importante. Mas resultados financeiros são uma consequência, não uma meta em si e por si mesma. Uma boa margem de superavit operacional não pode compensar a mediocridade no atendimento. Em um sistema baseado em valor, como discutiremos, resultados excelentes levarão a mais pacientes, maior eficiência e margens mais altas.

O valor ao paciente é a bússola que deve forçosamente guiar a estratégia e as escolhas operacionais de todo grupo de prestadores, hospital, clínica e prática médica. Cada prestador tem que se esforçar ao máximo para medir o valor ao paciente, linha de serviço a linha de serviço, e comparar o seu desempenho com o dos demais prestadores. Se o valor para os pacientes de fato governasse cada escolha de prestador, os resultados na saúde por dólar gasto no sistema de saúde dos EUA melhorariam drasticamente.

Os prestadores obviamente não operam num vácuo. Os benefícios de estratégias de prestadores baseadas em valor serão maiores, se outros participantes (especialmente planos de saúde, empregadores e governo) abraçarem a meta do valor ao paciente. Este é um assunto que discutiremos extensivamente nos capítulos subsequentes. No entanto, mesmo que os prestadores ajam sozinhos, o potencial para melhorar o valor aos pacientes é enorme. Tomando a liderança, os prestadores podem também atuar como catalisadores da mudança em todo o sistema.

## Mudança para a competição baseada em valor: imperativos para os provedores de serviços de saúde

Como os prestadores podem competir em valor? Para fazê-lo, eles têm que abraçar uma série de imperativos estratégicos e organizacionais, mostrada na Figura 5-1. Descrevemos os imperativos no contexto de hospitais e grupos de médicos. Entretanto, eles se aplicam até ao consultório. Atualmente, um número crescente de prestadores começa a abordar vários dos imperativos, mas poucos, se algum, abordam todos. A mudança para o modelo baseado em valor se realimenta. A medida que esses imperativos são abordados, os benefícios crescem exponencialmente.

### Redefinir o negócio em torno de condições de saúde

O ponto de partida para desenvolver uma estratégia em qualquer campo é definir o negócio ou negócios relevantes em que a organização compete. Na prestação de serviços de saúde não é diferente. Os prestadores de serviços de saúde não se vêem como empresas, mas eles estão no negócio de prestação de serviços a pacientes. (Aqueles que não se sentirem à vontade com a ideia de negócios na assistência à saúde podem substituí-la por *linhas de serviços*.)

A pergunta "em que negócio estamos?" é importante porque orienta o raciocínio de uma organização em relação a quem é o seu cliente, que necessidades a organização está tentando atender e como deveria se organizar. Implícita em toda definição de negócio está a visão de como o valor é criado. Alinhar a visão de valor de uma organização com o valor real é uma pré-condição para um desempenho excelente.

Em alguns campos, o negócio relevante é óbvio e definido de imediato. Mas na assistência à saúde não é assim, em parte pela maneira como a medicina é, por tradição, estruturada e organi-

- Redefinir o negócio em torno de condições de saúde
- Escolher a extensão e os tipos de serviços prestados
- Organizar-se em torno de unidades de prática medicamente integradas
- Criar uma estratégia distinta em cada unidade de prática
- Mensurar resultados, experiência, métodos e atributos de pacientes por unidade de prática
- Mudar para fatura consolidada e novas abordagens de cálculo de preço
- Distinguir serviços no mercado em termos de excelência, singularidade e resultados
- Crescer localmente e regionalmente nas áreas de maior competência

FIGURA 5-1 Mudança para a competição baseada em valor: imperativos para os prestadores de serviços de saúde.

zada. Muitos hospitais, por exemplo, se vêem como no negócio de "hospitais" ou no negócio de "prestação dos serviços de saúde", competindo com outros hospitais com base na sua oferta geral de serviços. Uma definição ainda mais ampla do negócio "assistência à saúde" é comum entre especialistas em políticas de saúde. Isso os leva a favorecer grandes sistemas de saúde, acreditando que a assistência é organizada melhor se combinados seguro e prestação de serviços de saúde em um sistema verticalmente integrado com linhas completas.

Outros prestadores, inclusive a maioria dos consultórios e clínicas de médicos, definem o seu negócio em torno de funções e especialidades específicas. Um grupo de anestesistas define-se como estando no negócio da anestesia; um grupo de nefrologistas se vê no negócio da nefrologia. Os hospitais, em termos de linhas de serviços e normalmente se autodefinem em termos de especialidades, como medicina interna, radiologia, urologia, cirurgia, e assim por diante.

Ambos os modos de definição de negócio prevalentes entre os prestadores representam obstáculos para a criação de valor. Eles são centrados nos médicos, nos procedimentos ou na instituição, e não no paciente. Também são desalinhados com o modo como o valor ao paciente é de fato criado.

O valor ao paciente na prestação dos serviços, como já discutimos, só pode ser compreendido no nível de condições de saúde. O valor é determinado por quão bem um prestador atende a cada condição de saúde, não pela amplitude dos seus serviços. O valor entregue em uma condição de saúde é decorrente de um conjunto completo de atividades e especialidades envolvidas. Não são os papéis, as habilidades ou as funções, isoladamente, que importam, mas o resultado geral. Além disso, para cada aspecto do atendimento, o valor é determinado por quão bem se reúne o conjunto de habilidades e funções necessário. Em cirurgia, por exemplo, o valor depende não apenas do cirurgião, mas também do anestesiológico, dos enfermeiros, do radiologista, de técnicos bem-preparados e outros, todos desempenhando bem em equipe. No entanto, não obstante o elevado nível da equipe cirúrgica, o ciclo de atendimento como um todo é crucial. A menos que o problema do paciente seja diagnosticado com precisão, o paciente seja adequadamente preparado e a recuperação e reabilitação sejam bem gerenciadas, os resultados serão prejudicados. Na verdade, o impacto do ciclo de atendimento é maior ainda. O valor pode ser aumentado sem cirurgia e tratando do caso de uma forma diferente. O valor pode ser maior ainda se atendimento e aconselhamento preventivo forem fornecidos ao longo do tempo, de forma que pouco ou nenhum tratamento seja necessário.

O negócio relevante na prestação de serviços de saúde, portanto, é a assistência a uma condição de saúde específica em todo o ciclo de atendimento. O negócio é, por exemplo, insuficiência cardíaca congestiva, não cirurgia cardíaca, cardiologia, angiografia ou anesthesiologia. As especialidades tradicionais geralmente são muito amplas. O negócio não é nefrologia, mas sim a doença renal crônica, doença renal em estágio terminal (diálise), transplante renal e hipertensão. A condição de saúde não é tratamento ortopédico, mas diversas condições, inclusive desordens da coluna vertebral, desordens do quadril, e assim por diante. O atendimento ao câncer também envolve várias condições de saúde.

Observe que nos centros médicos acadêmicos, a pesquisa e o ensino laboratorial deveriam ser tratados como negócios separados do atendimento a pacientes, na maioria dos casos, em vez de unificados como são hoje. A pesquisa de resultados clínicos, entretanto, precisa ser ampliada e mais bem integrada com o atendimento a pacientes.

A definição do negócio sempre envolve um componente geográfico. Um prestador de serviços de saúde tem que compreender o mercado geográfico ou a área de serviços em que ele pretende competir, caso contrário, não poderá reconhecer os verdadeiros *benchmarks* de desempenho contra os quais deverá se comparar nem as opções estratégicas disponíveis para si. Como já discutimos, ainda que alguns serviços tenham que ser prestados localmente, o mercado relevante para a maioria das condições de saúde deveria ser regional ou até mesmo nacional. Os prestadores que não pensarem nesses termos se tornarão cada vez mais vulneráveis à competição. Eles também perderão oportunidades de crescer e firmar parcerias nas outras regiões.

As condições de saúde representam a unidade básica de análise para pensar sobre o valor na assistência à saúde. As condições de saúde são centradas nos pacientes, e não nos prestadores. Usamos o termo *condições de saúde* (ou condições médicas), em vez de *doenças, lesões* ou outras circunstâncias, como gravidez, porque optamos pelo termo mais geral. O termo sistema orgânico, usado por alguns prestadores, é centrado no prestador e não é, de modo algum, uma condição de saúde).

A definição do conjunto de condições de saúde em torno do qual se deve organizar o atendimento às vezes envolve julgamentos, da mesma forma que a definição de onde deve começar e terminar o ciclo de atendimento. Diferentes prestadores podem, e devem, definir as condições de saúde diferentemente, tomando por base as suas estratégias, a complexidade dos casos que assumem e os grupos de pacientes a que atendem. O árbitro maior da definição adequada é o valor ao paciente. Retornaremos a essas questões mais adiante neste capítulo e no Apêndice B.

Cada prestador, então, tem que definir clara e explicitamente *o conjunto de condições de saúde do qual irá participar*. Para cada uma dessas condições de saúde, o prestador tem que definir *onde ele se encaixa atialmente no ciclo de atendimento*. Abordar essas questões é o primeiro passo para conceber a estratégia, organizar a prestação dos serviços de saúde e mensurar os resultados.

### *Escolher a extensão e os tipos de serviços prestados*

Talvez a decisão estratégica mais básica para todo prestador seja o conjunto de serviços a serem oferecidos. Em outras palavras, em que negócios o prestador *quer* atuar? Os prestadores têm que escolher o conjunto de condições de saúde nos quais eles são capazes de alcançar excelência em termos de valor ao paciente, dada a sua combinação particular de pacientes, habilidades e outras circunstâncias. Em cada condição de saúde, os prestadores têm que decidir que papéis desempenharão no ciclo de atendimento, e que serviços oferecerão para assegurar bons resultados gerais para os pacientes. As escolhas serão diferentes para cada prestador. Os centros acadêmicos farão escolhas distintas das dos hospitais comunitários ou rurais. Um prestador pode fazer escolhas diferentes das de seus pares da redondeza.

Parte da escolha estratégica das linhas de serviço advém da análise de equiparação entre a complexidade e acuidade das condições diagnosticadas e tratadas com as habilidades, os recursos tecnológicos, as instalações e a base de custos da instituição. Serviços simples ou de rotina não deveriam ser oferecidos por instituições que não puderem realizá-los a um custo competitivo. Em oposição, serviços complexos e fora do comum não deveriam ser oferecidos por instituições que carecem de experiência, escala e capacidades para alcançar resultados excelentes.

Na competição baseada em valor, a maioria dos hospitais e grupos de médicos manterá uma gama de linhas de serviços, mas deixará de tentar oferecer de tudo. A maioria das instituições deveria restringir a gama de condições de saúde atendidas, ou pelo menos os tipos de casos que buscam abordar. Algumas práticas poderão ser totalmente eliminadas, ao passo que outras poderão ser significativamente reorganizadas. Na maioria dos negócios, o bom senso manda concentrar-se em produtos e serviços que criem um valor singular. Entretanto, para muitos hospitais e outros prestadores de serviços de saúde, fazê-lo irá requerer uma significativa mudança de mentalidade num campo acostumado a lidar com qualquer paciente que entre pela porta. E decidir o que *não* fazer é uma ideia mais radical ainda. Na assistência à saúde, a necessidade de uma escolha estratégica de serviços tem sido evitada devido à falta de informações e de prestação de contas pelos resultados.

Uma série de hospitais especializados que lideram ou estão entre os líderes nos seus campos são exemplos comprovados da capacidade de fornecer valor superior sem atender a todas as necessidades. Muitos desses hospitais, como o Bascom Palmer Eye Institute (Miami), o Hospital for Specialty Surgery (ortopedia, Nova York), o M. D. Anderson Câncer Center (Houston) e o Memorial Sloan-Kettering Câncer Center (Nova York), estão entre as mais conceituadas institui-

ções dos EUA nos seus respectivos campos de atendimento. Embora a especialização não seja um pre-requisito para a excelência, ela não é uma desvantagem, como comprovam o Massachusetts General Hospital e a Mayo Clinic.

Foco estratégico não significa especialização restrita, mas a busca de excelência e aprofundamento nos campos selecionados. Na Fairview-University Children's Hospital (Minnesota), por exemplo, um compromisso de longo prazo com a excelência na área de fibrose cística resultou na melhor instalação do país em tratamento da fibrose cística, apresentando 43 anos como idade mediana de sobrevivência de pacientes, em comparação à média nacional de 32 anos.<sup>4</sup> O Minnesota Cystic Fibrosis Center tem programas para o atendimento de necessidades específicas de pacientes por faixa etária: pediátrica (até 12 anos de idade), adolescente (13 a 22 anos de idade) e adulta (acima de 22 anos). Seu domínio no atendimento a pacientes adultos levou ao desenvolvimento de práticas reprodutivas especializadas para pacientes com fibrose cística, com excelentes resultados/ O centro também tem clínicas especializadas em diabetes e distúrbios gastrointestinais para ajudar os pacientes a lidar com condições normalmente co-ocorrentes com a fibrose cística, assim como um programa de transplante de pulmão para pacientes com fibrose cística, que apresenta taxas de 76% de sobrevivência de um ano e 66% de sobrevivência de cinco anos, bem acima das médias nacionais.

Quando um prestador faz uma escolha estratégica de condições de saúde e linhas de serviços, ele alimenta o círculo virtuoso de valor na prestação dos serviços de saúde a seu favor (ver Figura 5-2). Uma penetração mais intensa nas áreas de excelência dispara uma cascata de benefícios, como discutimos no Capítulo 4. (Neste capítulo, exploramos as mudanças organizacionais e outras necessárias para alcançar esses benefícios.)

Uma escolha estratégica de condições de saúde e serviços não implica encolher a organização total, mas expandir certas áreas e limitar ou eliminar outras. O resultado final pode ser uma instituição maior em tamanho, mas muito mais eficaz e eficiente. O impacto no valor na assistência à



FIGURA 5-2 O círculo virtuoso na assistência à saúde.

saúde seria enorme se as organizações fornecessem serviços nos quais são excelentes em relação a seus pares. A enorme variação em desempenho entre os prestadores revela a magnitude dessa oportunidade.

A necessidade de uma abordagem estratégica às linhas de serviços não dita a exclusão de grandes grupos de prestadores, mas requer grandes mudanças na forma como eles funcionam. Os grupos de prestadores, na sua maioria, são atualmente estruturados como uma *holding*. Os hospitais, clínicas e consultórios médicos que os integram operam quase sempre como entidades autônomas. Num sistema de saúde baseado em valor, os grupos de prestadores só terão vez se puderem de fato demonstrar excelentes resultados em cada linha de serviço e conseguirem integrar medicamente os serviços entre as entidades do grupo. Em vez de duplicar o atendimento e se fiar em poder de negociação, a prestação dos serviços de saúde tem que ser radicalmente estruturada, ou os grupos perderão mercado quando tiverem que competir em valor.

Por que os prestadores de serviços de saúde têm resistido à escolha de linhas de serviços? Na prestação dos serviços de saúde, maior tem sido visto como melhor, e os prestadores tendem a exagerar a importância da amplitude. Prestadores focados são criticados como elitistas e geralmente fornecem procedimentos específicos em vez de um ciclo de atendimento completo para uma condição. A mentalidade de incrementação levou à ilusão de que cada nova linha de serviço está contribuindo para diluir o *overhead* e aumentar a produtividade, sem considerar se não seria mais lucrativo redispôr as instalações e o espaço para expandir as áreas verdadeiramente excelentes. (Como discutiremos mais adiante neste capítulo, a contabilidade de custos dos prestadores permanece primitiva.) Atualmente, o engajamento de linhas de serviços tende a ocorrer em casos de sérias dificuldades financeiras. Poucos prestadores percebem que a busca de amplitude em serviços não relacionados ou frouxamente relacionados acarreta um grande custo de oportunidade, uma vez que dispersa o foco e os investimentos que poderiam ser usados para eles se tornarem verdadeiramente excelentes e crescerem em condições de saúde específicas.<sup>7</sup>

O viés para a amplitude é revelado na resposta de hospitais de amplas linhas de serviços em

relação a novas instituições especializadas em atendimento cardíaco e ortopedia. Motivados pelas generosas taxas de pagamento por esses serviços e valendo-se dos benefícios de foco, esses hospitais tiraram fatias de mercado de instituições de linhas completas de serviços. Prestadores de amplas linhas de serviços têm se manifestado contra hospitais especializados, chegando a apelar para a regulamentação na tentativa de bani-los (ver Capítulos 3 e 8).<sup>8</sup> Contudo, prestadores especializados poderão oferecer benefícios contundentes em termos de valor em determinados campos, se conseguirem demonstrar um alto padrão e tiverem que competir em resultados. Os esforços para a proibição legal desses concorrentes com o propósito de perpetuar o atual modelo de linhas completas são equivocados. Ao contrário, os prestadores de linhas completas é que precisam repensar as suas estratégias. Nada impede que as instituições existentes se engajem numa competição focada nas linhas de serviço direcionadas dos prestadores especializados, inclusive estabelecendo "hospitais dentro de hospitais" nas suas dependências.

**Implementação da escolha de linhas de serviços.** O conjunto particular de serviços oferecidos irá diferir entre tipos de prestadores, dependendo se são centros acadêmicos, hospitais comunitários ou prestadores rurais. Os hospitais comunitários em áreas urbanas devem competir num conjunto de linhas de serviços diferente do de centros médicos acadêmicos, porque as suas forças são outras. Estudos revelam que os hospitais comunitários oferecem qualidade igual ou superior e custos mais baixos em tipos de tratamento para os quais eles têm volume adequado.<sup>9</sup> Hospitais comunitários também demonstram aprendizagem mais rápida em técnicas que eles executam com frequência, ao passo que hospitais terciários aprendem mais rapidamente novas técnicas aplicáveis a casos mais complexos.<sup>10</sup> Se a experiência e o volume de pacientes forem baixos numa condição específica, os hospitais comunitários podem se dar melhor encaminhando esses pacientes a outras entidades do ciclo de atendimento. No entanto, os hospitais comunitários deveriam firmar relacionamentos

medicamente integrados e até mesmo parcerias formais com os prestadores excelentes a que eles encaminham pacientes. Isso iria melhorar o valor no diagnóstico, no trabalho de acompanhamento e no gerenciamento contínuo do paciente.

Os prestadores rurais também desempenham um papel essencial numa variedade de áreas de serviços, inclusive nos atendimentos de emergência, no tratamento de condições relativamente comuns, no atendimento de acompanhamento e no gerenciamento de doenças em condições crônicas. Contudo, a maioria dos prestadores rurais carece de volume, nível de especialização e instalações para garantir a excelência em todos os serviços. Eles são impedidos a oferecer muitos serviços devido à ausência de outros prestadores locais num sistema que carrega um viés para o atendimento local. Isso faz pouco sentido do ponto de vista de valor, exceto em áreas em que um hospital rural possa demonstrar genuína excelência.

Em linhas de serviços com baixo volume, os prestadores rurais podem e devem estabelecer relacionamentos médicos (como relações formais de encaminhamento e parceria) com centros que têm experiência e instalações para atingir resultados excelentes. Esses relacionamentos não podem ser frios e distantes, pois requerem uma prestação dos serviços de saúde integrada em termos de ações. Em certos casos, prestadores urbanos e rurais estabelecerão ciclos de atendimento conjuntos envolvendo uma abordagem integrada ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e monitoração. Em tais modelos, cada instituição assume seu papel nas atividades nas quais pode fornecer maior valor. Em outros serviços, um prestador rural pode prestar atendimento, porém em parceria com um centro de maior volume, a fim de obter apoio no que se refere a treinamento, mensuração, tecnologia da informação e consultoria em cada caso. Então, em vez de tentar captar volume de pacientes locais para todos os serviços, os prestadores rurais deveriam selecionar os serviços que irão executar, ao passo que em outros serviços eles se distinguirão através da qualidade dos seus relacionamentos com prestadores excelentes, modificando suas instalações e equipes de acordo com a nova estrutura. Assim procedendo, os hospitais melhorarão drasticamente a sua eficiência e reduzirão a necessidade de manter capacidade sub-utilizada, ao mesmo tempo em que irão melhorar os resultados para os pacientes.

O Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC) em Boston, um centro médico acadêmico, é um exemplo de instituição que está começando a fazer suas escolhas de linhas de serviços. O BIDMC descobriu que o índice médio de acuidade dos seus serviços era bem similar ao de um hospital comunitário, apesar de suas dependências urbanas serem dotadas de instalações tecnologicamente sofisticadas e pessoal altamente qualificado e de estarem localizadas num bairro de difícil acesso para muitos pacientes. O BIDMC ingressou num processo consciente de migração de serviços que não requeriam o seu atual nível de especialização e base de custo para outros prestadores, como médicos que fazem encaminhamentos e hospitais comunitários. A sua abordagem para atrair encaminhamentos passou a ser mais direcionada a especialistas do que a médicos de assistência primária, porque o BIDMC buscava apenas casos mais complexos que correspondiam às suas capacidades.

Ironicamente, muitos hospitais são extremamente carentes de espaço e de recursos para ampliar a sua capacidade. Eles ignoram a solução mais lógica que o BIDMC compreendeu - utilizar o espaço apenas para aqueles serviços em que o hospital oferece um valor singular. Isso significa redistribuir e reprojeter as instalações para expandir os serviços excelentes, eliminando outros ou transferindo-os para outros locais.

Apesar da sua atratividade para o valor ao paciente, a migração dos serviços certos para os prestadores certos não é uma tarefa fácil na assistência à saúde, ainda que a atual divisão de trabalho esteja longe da ideal. As preferências dos médicos geralmente afetam as escolhas das linhas de serviços, e em alguns casos para acomodar a sua conveniência pessoal. As instituições carecem de uma compreensão sofisticada de custos, o que as leva a acreditar que o incremento de serviços é lucrativo, mesmo que esses serviços possam ser prestados com muito maior eficácia de custos por outros prestadores. Existe uma certa relutância em compartilhar encaminhamentos ou direcionar pacientes a outros prestadores, por receio de que não haja reciprocidade.

Os pacientes também podem dificultar a alocação eficiente do trabalho entre diferentes locais, quando, inerentemente, dão preferência a centros médicos terciários de alto custo para serviços menos complexos ou de rotina. Os pacientes e os médicos que os encaminham, por não terem dados de resultados, são atraídos pela forte reputação de um centro médico acadêmico e presumem que os resultados deste são melhores em tudo. Com frequência, o custo para os pacientes, em termos de co-pagamentos e dedutíveis, será igual ao de um tratamento num hospital comunitário. Nisso, e em muitos outros aspectos, as informações, as formulações de preço e as práticas de pagamento funcionam contra o valor na assistência à saúde, como discutiremos mais adiante.

Os desafios de escolher e alocar eficientemente os serviços são substanciais, mesmo entre instituições afiliadas numa rede totalmente proprietária. Aqui, cada instituição tende a querer manter a sua autonomia e preservar uma linha completa de serviços, mesmo que os serviços sejam duplicados ou ineficientemente distribuídos. As instituições solicitadas a abrir mão de serviços complexos ficam com o seu ego machucado. A abordagem de centros de excelência, ao ser adotada por alguns prestadores com múltiplas unidades, normalmente enfrenta este tipo de resistência. Para fazer com que os centros de excelência funcionem, são também necessárias mudanças estruturais na organização das práticas, na gestão e nos processos da prestação dos serviços, como discutiremos adiante.

O problema da divisão ineficiente do trabalho é ainda maior entre organizações prestadoras independentes. O caso do Beth Israel Deaconess revela os desafios e as oportunidades. Quando o BIDMC procurou migrar alguns serviços para hospitais comunitários e conseguir encaminhamentos para casos mais complexos, alguns médicos ficaram com receio de perder o controle do atendimento ao paciente para outra instituição e deixar decisões importantes a cargo de outros médicos. Ao mesmo tempo, os hospitais comunitários independentes ficaram com receio de que o BIDMC tentasse capturar os pacientes encaminhados. Para superar esses obstáculos no atendimento cardíaco, o BIDMC estabeleceu um relacionamento formal com o Milton Hospital, um hospital comunitário oito quilômetros ao sul das dependências do BIDMC no centro de Boston. Os dois hospitais começaram a se apresentar ao mercado juntos no atendimento cardíaco, encorajando os pacientes das comunidades ao sul de Boston a se dirigirem ao Milton. O BIDMC e o Milton concordaram num protocolo comum para avaliar pacientes com sintomas de cardiopatia. Os médicos do Milton executam o diagnóstico preliminar. Os pacientes que apresentarem condições sérias são transportados para o centro de Boston numa ambulância dedicada, enquanto outros são tratados com mais eficácia de custo no Milton. Para esta iniciativa ter êxito, os médicos do BIDMC tiveram que assegurar ao mercado que o Milton se equiparava ao seu alto padrão de qualidade, enquanto os médicos do Milton tiveram que acreditar que os médicos do BIDMC corresponderiam à sua confiança envolvendo-os na continuação do atendimento, e que não roubariam seus pacientes. Este caso ilustra como uma boa coordenação do ciclo de atendimento pode ocorrer entre organizações separadas, um tópico que discutiremos adiante.

A Cleveland Clinic procurou abordar algumas dessas mesmas questões sem afiliações formais com outras organizações prestadoras. A Cleveland Clinic tem a política de tentar devolver os pacientes aos médicos que os encaminham e de manter este médico bem informado. O médico que fez o encaminhamento recebe de imediato um telefonema, fax e uma carta com as descobertas e o resultado da cirurgia e, também por esses três meios, quando da alta do paciente, ele recebe uma notificação com o resumo dos prontuários hospitalares. A Cleveland Clinic também contata os pacientes após a alta, para lembrar-lhes de marcar uma consulta com o médico que fez o encaminhamento. Recentemente, a Cleveland Clinic começou a utilizar a tecnologia da informação para aprofundar a coordenação e a integração ao longo de todo o ciclo de atendimento. Também fornece aos médicos que fazem os encaminhamentos acesso em tempo real ao histórico completo dos pacientes, de modo que esses médicos tenham acesso aos resultados de todos os exames e solicitações e possam acompanhar o atendimento prestado.<sup>11</sup>