

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

REIMY OKAZAKI

**IDENTIFICAÇÃO DE INEFICIÊNCIAS NA CADEIA DE VALOR DA SAÚDE, A  
PARTIR DA ANÁLISE DA GESTÃO DE COMPRAS DE QUATRO HOSPITAIS  
PRIVADOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO  
2006

REIMY OKAZAKI

**IDENTIFICAÇÃO DE INEFICIÊNCIAS NA CADEIA DE VALOR DA SAÚDE, A  
PARTIR DA ANÁLISE DA GESTÃO DE COMPRAS DE QUATRO HOSPITAIS  
PRIVADOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo da  
Fundação Getulio Vargas, como requisito para  
obtenção do título de Mestre em  
Administração de Empresas

Área de concentração:  
Administração e Planejamento em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Júnior

SÃO PAULO  
2006

Okazaki, Reimy.

Identificação de Ineficiências na Cadeia de Valor da Saúde, a Partir da Análise da Gestão de Compras de Quatro Hospitais Privados do Município de São Paulo / Reimy Okazaki. - 2006. 130 f.

Orientador: Álvaro Escrivão Júnior.

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais - Administração. 2. Hospitais - Custos. 3. Hospitais - Compras. 4. Hospitais – Administração de material. 5. Cadeia de valor. 6. Cadeia de suprimentos. I. Escrivão Júnior, Álvaro. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

**REIMY OKAZAKI**

**IDENTIFICAÇÃO DE INEFICIÊNCIAS NA CADEIA DE VALOR DA SAÚDE, A  
PARTIR DA ANÁLISE DA GESTÃO DE COMPRAS DE QUATRO HOSPITAIS  
PRIVADOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo da  
Fundação Getulio Vargas, como requisito para  
obtenção do título de Mestre em  
Administração de Empresas

Campo de conhecimento:  
Administração e Planejamento em Saúde

**Data de aprovação:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca examinadora:**

---

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Júnior (Orientador)  
FGV-EAESP

---

Prof. Dr. Djair Picchai  
FGV-EAESP

---

Prof. Dr. José Henrique Germann Ferreira  
Hospital Israelita Albert Einstein

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Walter e Mirta, que, desde os meus primeiros instantes de vida até aqui, me conduziram com tanto amor, carinho e sabedoria, me ensinando os verdadeiros valores da vida, não medindo esforços para me proporcionar uma educação de qualidade.

Ao meu amor, Alexandre, por acreditar e torcer sempre por mim, por me dar forças quando estas se esvaíam, por estar sempre ao meu lado, cuidando tão bem de todas as demais coisas para que eu pudesse me dedicar à conclusão desta dissertação.

Ao professor Álvaro Escrivão Jr., pela orientação deste trabalho, pelas contribuições oportunas, e por grande sua ajuda neste processo de amadurecimento.

À professora Ana Maria Malik, por ser uma constante referência e inspiração, exemplo de dedicação e profissionalismo.

Ao amigo Marcos Fumio Koyama, pelas discussões enriquecedoras, pelas dicas e, sobretudo, pela sua amizade.

À amiga Rebeca Chu, pelo incentivo para a realização do mestrado, e por ser uma amiga muito especial durante todos estes anos.

À amiga Vanessa Chaer Kishima, por sua solicitude, constante preocupação e grande ajuda nos momentos mais críticos.

À Leila Dall'Acqua, pelo sorriso, pelo bom humor e pela presteza sem igual.

A Célia, Gisele, Henrique por viabilizarem, de forma tão eficiente, o contato com os entrevistados.

A todos os entrevistados, os quais não posso revelar aqui por motivos de confidencialidade, pela atenção, pela cordialidade e pela dedicação de parte de seu precioso tempo.

Aos meus queridos amigos de mestrado e a todos que contribuíram para a conclusão desta dissertação. Saibam que serão sempre lembrados com muito carinho.

Ao CNPQ, pela bolsa de estudos.

Aos visionários de um sistema de saúde eficaz,  
eficiente e ao alcance de todos

## RESUMO

Os estudos e pesquisas sobre as razões do crescimento dos custos na Saúde apontam um conjunto de fatores, como o aumento dos preços dos materiais e medicamentos, os avanços tecnológicos, o envelhecimento da população, entre outros. Porém, poucos são os estudos que procuram analisar como a interação entre as partes que constituem o sistema de saúde pode resultar em ineficiências, ou que procuram desvendar a lógica de como se dão as trocas de valores entre os *players* desse mercado e sua racionalidade, a fim de identificar fatores que elevem os custos no sistema sem um aumento de benefícios aos usuários finais. Sabe-se que grande parte dos gastos na saúde ocorre dentro dos hospitais. Sendo assim, este trabalho buscou analisar a gestão de compras dos hospitais, para descrever aspectos relevantes no relacionamento entre algumas partes envolvidas na dinâmica da compra hospitalar, conhecer especificidades da gestão de compras destas organizações, e verificar algumas ineficiências na cadeia de valor da saúde. Foram escolhidos quatro hospitais privados do município de São Paulo, onde foram entrevistados um executivo da alta administração, um gestor de compras e um médico. A partir da percepção destes entrevistados foram identificadas algumas ineficiências, como a dependência de alguns hospitais nas margens de comercialização de materiais e medicamentos, que mostra a existência de um custo no sistema, desvinculado do real valor agregado pelos hospitais; a dificuldade em se padronizar os materiais cirúrgicos que representam um dos maiores gastos em compras nestas instituições; a existência práticas de marketing dos fornecedores que tentam anular a racionalidade da compra, a dificuldade de alinhamento de objetivos entre hospitais, operadoras de planos de saúde, médico e fornecedores, entre outros.

Palavra-chave: Gestão de Compras em Hospitais, Gestão de Suprimentos em Hospitais, Gestão da Cadeia de Suprimentos, Gestão da Cadeia de Valor , Cadeia de Valor da Saúde, Custos da Saúde.

## **ABSTRACT**

Studies and researches on the reasons of the increase in healthcare costs tends to focus on a set of factors, such as the increase of materials and medicines prices, the new technologies, the aging of the population, among others. However, there are few studies that analyses the interactions between the healthcare system participants which may result in inefficiencies, or reveal the logic behind the exchange of values between healthcare market players and its rationality, in order to identify some issues which may contribute to the raising costs in the healthcare system, not followed by an increase of benefits to the end users. It is known that great part of healthcare expenses occurs within the hospital settings. Therefore this research analyzes some aspects of the hospital purchasing, in order to describe major aspects in the relationship between some parts involved in its dynamics, identify specificities of hospital purchasing, and verify some inefficiencies in the health care value chain. Four private hospitals of the city of São Paulo have been chosen and from each of these hospitals, an executive of the high administration, the purchasing/supply manager and a physician were interviewed. From the perception of the interviewees some inefficiencies were identified, as the dependence of some hospitals on the materials and medicine commercialization margins, which reveals the existence of a cost in the system not directly related to the real value added by the hospitals; the difficulty in standardizing the surgical materials that represent one the major purchase expenses in these institutions; the existence of supplier's marketing practices that try to annul the rationality of the purchase; the difficulty to align the objectives between hospitals, health plans, physicians and suppliers, among others.

**Keywords:** Hospital Purchasing Management, Hospital Supply Management, Supply Chain Management, Value Chain Management, Healthcare Value Chain, Healthcare Costs.



## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 - TERMOS UTILIZADOS PARA DESCREVER A GESTÃO DE DIFERENTES PARTES DA CADEIA DE SUPRIMENTOS	23
FIGURA 2- RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DE COMPRAS, A GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS E A GESTÃO DA CADEIA DE VALOR	34
FIGURA 3 - CADEIA DE VALOR DA SAÚDE	41
FIGURA 4 - RELAÇÕES DA CADEIA DE VALOR QUE FRAGILIZAM O HOSPITAL	82
FIGURA 5 - OBJETIVOS DA ÁREA DE SUPRIMENTOS PARA EQUILIBRAR AS RELAÇÕES DA CADEIA DE VALOR	82

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - MODALIDADES DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	49
TABELA 2 - HOSPITAIS DA AMOSTRA E SUA CARACTERIZAÇÃO	64
TABELA 3 – RELAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	66

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EDI	<i>Electronic Data Interchange</i>
EUA	Estados Unidos da América
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GPO	<i>Group Purchasing Organization</i>
HFMA	<i>Healthcare Financial Management Association</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MRP	<i>Materials Requirements Planning</i>
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PPI	<i>Physician Preference Items</i>
PROAHSA	Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
1.1 TEMA E JUSTIFICATIVAS	16
1.2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	17
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO	17
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>18</b>
2.1 GESTÃO DE COMPRAS: EVOLUÇÃO HISTÓRICA, DEFINIÇÕES E CONCEITOS	18
2.2 FATORES QUE INFLUENCIAM O RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE COMPRAS/SUPRIMENTOS NAS EMPRESAS	24
2.3 A EVOLUÇÃO DA GESTÃO DE COMPRAS: DE UMA FUNÇÃO OPERACIONAL PARA UMA FUNÇÃO ESTRATÉGICA	25
2.4 NOVOS OBJETIVOS PARA A ÁREA DE COMPRAS	29
2.5 GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS – SUPPLY CHAIN MANAGEMENT	31
2.6 GESTÃO DA CADEIA DE VALOR – VALUE CHAIN MANAGEMENT	33
2.7 A RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DE COMPRAS, A GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS E A GESTÃO DA CADEIA DE VALOR	34
2.8 ESTÁGIOS DA GESTÃO DE COMPRAS	35
2.9 A INDÚSTRIA DA SAÚDE	38
2.10 ESPECIFICIDADES DO MERCADO DA SAÚDE	39
2.11 A CADEIA DE VALOR DA SAÚDE	41
2.11.1 OS HOSPITAIS	42
2.11.2 OS PRINCIPAIS FORNECEDORES DA ÁREA DA SAÚDE	45
2.11.3 AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	49
2.12 OS ITENS DE PREFERÊNCIA DO MÉDICO: OS MAIORES GASTOS EM COMPRAS	52
2.13 INICIATIVAS PARA A REDUÇÃO DE GASTOS EM COMPRAS	53
2.13.1 A PADRONIZAÇÃO	53
2.13.2 GRUPO DE COMPRAS - GROUP PURCHASING ORGANIZATIONS (GPOs)	57
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>62</b>
3.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	62
3.2 MÉTODO DE COLETA DE DADOS	63
3.3 AMOSTRA	64
3.4 ENTREVISTADOS	65
3.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA	66
3.6 LIMITAÇÕES DO TRABALHO	67
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>68</b>
4.1 ITENS DE REPRESENTATIVIDADE NA COMPRA HOSPITALAR	69
4.2 POSICIONAMENTO DA ÁREA DE COMPRAS/SUPRIMENTOS NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL	70
4.3 PERCEPÇÕES SOBRE A ÁREA DE COMPRAS/SUPRIMENTOS	73
4.4 CONTRIBUIÇÕES ESTRATÉGICAS DA ÁREA DE COMPRAS/ SUPRIMENTOS	76
4.5 A PADRONIZAÇÃO	83
4.6 DISTINÇÃO ENTRE A PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS X MEDICAMENTOS	84
4.7 RESISTÊNCIA À PADRONIZAÇÃO	85
4.8 ATUAÇÃO DA ÁREA DE COMPRAS/SUPRIMENTOS NA SELEÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	86
4.9 OS MÉDICOS E A QUESTÃO DOS CUSTOS	87
4.10 TRANSPARÊNCIA E MONITORAMENTO DOS CUSTOS	88
4.11 OS MÉDICOS E O ENTENDIMENTO DE SEU PAPEL DA CADEIA DE VALOR DA SAÚDE	89
4.12 A VISÃO DE CUSTOS A CURTO PRAZO	90
4.13 OS FORNECEDORES E SUA INFLUÊNCIA SOBRE O MÉDICO	91

4.14 A FALTA DE REGULAMENTAÇÃO COM RELAÇÃO AOS FORNECEDORES	93
4.15 A UTILIZAÇÃO DOS GENÉRICOS	94
4.16 A UTILIZAÇÃO DOS GRUPOS DE COMPRAS	95
4.17 PACOTES: UMA INICIATIVA DE INTEGRAÇÃO COM OS ELOS DA CADEIA DE VALOR DA SAÚDE	96
4.18 O PACIENTE	98
4.19 A EVOLUÇÃO DA GESTÃO DE COMPRAS	99
<b>5 CONCLUSÃO</b>	<b>104</b>
<b>6 SUGESTÃO DE PESQUISAS</b>	<b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>120</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>126</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

Os gastos crescentes na área da saúde preocupam o governo, as empresas, os planos de saúde e seus beneficiários. Além das causas comumente levantadas para explicar o aumento sucessivo dos custos, como o envelhecimento da população, os avanços tecnológicos que impulsionam o surgimento de novos medicamentos, materiais, equipamentos, Kumar e Ozdamar (2001) levantaram a hipótese de que uma das causas se deve aos processos inadequados de compras na área da saúde. Segundo estes autores, as ineficiências na cadeia de suprimentos da saúde poderiam ser significativamente corrigidas se as melhores práticas de gestão da cadeia de suprimentos de outras indústrias fossem adotadas.

Ao analisar a evolução da função de compras em outras indústrias, pode-se notar que, de uma área estritamente operacional, ela passou a exercer uma função estratégica, com uma contribuição clara no alcance dos objetivos estratégicos da empresa (CARR; SMELTZER, 1997; FARMER, 1997; WOLF, 2005).

Nos anos 80, Porter (1980) enfatizou a importância do comprador em seu modelo das cinco forças que causam impacto na natureza competitiva de uma indústria. A relação entre a empresa e seus fornecedores passou, então, a ser vista como uma das forças críticas para a empresa, capaz de auferir vantagem competitiva.

A mesma década foi um marco no surgimento de um novo olhar sobre o papel de Compras na estratégia corporativa. Até então, a área de Compras era reconhecida como uma área de suporte, cuja responsabilidade era assegurar que a qualidade do fornecedor atendesse aos padrões da produção (FARMER, 1997).

Durante os anos 90, a literatura indica um movimento em relação à integração de Compras no processo de planejamento estratégico da firma. Um dos motivos foi a notável capacidade de se melhorarem os resultados da empresa (CARR; SMELTZER, 1997).

A área de Compras começou a ter um papel ainda mais estratégico à medida que o conceito de gestão da cadeia de suprimentos - *Supply Chain Management* - e da cadeia de valor - *Value Chain Management* - surgiram (CARR; SMELZER, 1999, HOLMEN *et al.*, 2004; CHEN *et al.*, 2004).

Estes conceitos ampliaram o horizonte de atuação das empresas, mostrando que o sucesso de uma empresa depende de suas relações com os demais elos da mesma cadeia produtiva.

O relacionamento com os outros elos da cadeia mostrou-se capaz de proporcionar vantagens competitivas para todos os envolvidos e para o consumidor final. Seguindo esta abordagem, o conceito de parcerias também ficou em evidência, pois se viu como uma relação mais próxima com os fornecedores poderia agregar valor ao produto, proporcionar reduções de custo e ainda unir *expertise* para a criação de novos produtos (VAN WEELE, 2005).

Toda esta evolução da gestão de compras é constatada principalmente na indústria manufatureira. Na área da saúde, pouco se conhece sobre o papel de compras, além de suas funções tradicionais. Assim, é de se questionar se o estado da gestão de compras na área da saúde tem evoluído de forma a ter os mesmos resultados em termos de melhoria nos produtos, nos custos e no desenvolvimento de produtos, como se vê em outras indústrias.

Além disto, com a hipótese de Kumar e Ozdamar (2001) de que os custos crescentes da saúde se devem aos processos inadequados de compras, é válido analisar a gestão de compras, de forma a identificar possíveis ineficiências que contribuam para o aumento de custos. Não se trata de uma análise dos processos operacionais de compras, mas do seu funcionamento, isto é, das partes envolvidas, seus objetivos, a racionalidade, e como se dá a interação entre os participantes da dinâmica da compra hospitalar.

Sendo o hospital o local onde é prestada a assistência aos casos mais complexos, e onde “põem-se em jogo procedimentos de alto custo que consomem altos níveis de recursos em insumos, manutenção ou amortização de investimento” (OPAS, 2004); a gestão de compras nos hospitais é a unidade escolhida, no presente estudo, para a análise das ineficiências da cadeia de valor da saúde.

## 1.1 Tema e Justificativas

O tema deste trabalho é a gestão de compras/suprimentos nos hospitais, as relações entre as partes envolvidas na compra hospitalar e os impactos na cadeia de valor da Saúde.

- 1) A literatura mostra uma evolução da gestão de compras. Esta passou, de uma função que apenas acumulava operações burocráticas, a desempenhar uma função mais estratégica dentro da organização. Um dos motivos para tal evolução foi a competitividade no mercado, e a conseqüente busca pela redução de custos, sem prejuízo da qualidade. Convém analisar se o mesmo tem ocorrido na gestão de compras dos hospitais;
- 2) A pressão por custos na área da saúde demanda decisões racionais de compras, isto é, decisões tomadas com base em critérios previamente definidos, na análise de alternativas, e constante monitoramento e avaliação da escolha. A análise da gestão de suprimentos nos leva a verificar se a decisão é racional, ou se existe uma ineficiência na compra;
- 3) Dada a prática de marketing agressiva das empresas farmacêuticas e de produtos médicos, é de se questionar como a área de Compras dos hospitais atua com relação a isto;
- 4) Os hospitais são organizações complexas e resguardam diferenças com relação à indústria manufatureira, de onde provém a maior parte da literatura sobre gestão de compras. A análise da gestão de compras nos hospitais, considerando os aspectos mais estratégicos, e com o intuito de levantar os temas que influenciam a gestão de compras nos hospitais, é de grande importância para um melhor entendimento do sistema de saúde;
- 5) A análise da gestão de compras/suprimentos nos leva a ver como se dão as relações com fornecedores, proporcionando subsídios para melhor entendimento das relações entre os elos da cadeia de valor.



## **1.2 Objetivos Geral e Específicos**

O objetivo geral deste trabalho é identificar ineficiências na cadeia de valor da saúde, a partir da análise da gestão de compras em hospitais privados do município de São Paulo

Os objetivos específicos são:

- 1) Analisar aspectos da evolução da gestão de compras em hospitais privados do município de São Paulo, a partir da percepção de executivos da alta administração, da gestão de compras/suprimentos e médicos;
- 2) Descrever aspectos relevantes do relacionamento entre algumas partes envolvidas na dinâmica da compra hospitalar;
- 3) Conhecer especificidades da gestão de compras na dinâmica das compras hospitalares;
- 4) Verificar possíveis ineficiências na cadeia de valor da saúde, a partir da análise da gestão de compras.

## **1.3 Estrutura do Trabalho**

No primeiro capítulo, encontram-se a introdução do trabalho, o tema, as justificativas, os objetivos geral e específicos e a estrutura do trabalho. No segundo capítulo, encontram-se o referencial teórico sobre o tema da gestão de compras e sua evolução, a indústria da saúde, suas particularidades, os principais elos da cadeia de valor da saúde, e algumas iniciativas de compras. O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada neste trabalho. O quarto capítulo apresenta os resultados e a discussão. O quinto capítulo é destinado à conclusão, e o sexto, à sugestão de novas pesquisas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Gestão de Compras: Evolução Histórica, Definições e Conceitos

#### 2.1.1 Evolução Histórica

Segundo Harding e Harding (1991), compras de grande escala, e que exigiam uma melhor coordenação, surgiram no meio militar, com a necessidade de se equiparem exércitos com armas e provisões.

Ainda nos primórdios da revolução industrial, a compra de insumos era de responsabilidade dos proprietários do negócio, que conduziam as negociações (HARDING; HARDING, 1991). Para fechar um bom negócio, os proprietários precisavam ter habilidade de negociação, o que lhes conferia prestígio.

Com o aumento da complexidade dos negócios, houve a necessidade de se organizar a empresa em funções específicas, como produção, finanças, etc. Entretanto, a função de compras foi a última a ser renunciada pelos proprietários de negócios. (HARDING; HARDING, 1991). Portanto, por um longo tempo, a função de compras se limitou ao processamento de papéis, enquanto que as decisões permaneciam nas mãos dos proprietários.

O primeiro livro a tratar sobre a função de compras, “*The Handling of Railway Supplies – Their Purchase and Disposition*”, data de 1887 e foi escrito por executivos da indústria de estradas de ferro, indústria predominante nos Estados Unidos na época (ZENZ, 2004, p. 4). Em 1915, H.B. Twyford, da empresa de elevadores OTIS, escreveu um livro, também focado nesta função, e, já naquela época, fazia uma crítica ao trabalho burocrático do departamento de compras:

*A (purchasing) staff which is entirely unsympathetic with the particular needs of the users of the material will fail to grasp what is one of the most essential things for their department. They will be dealing with*

*papers and accounts instead with men and things.* (TWYFORD apud DOBLER, BURT, 1996, p. 7)

Nas décadas de 1960 e 70, a grande preocupação dos executivos de compras era o preço dos insumos, o fluxo contínuo de abastecimento e o custo com estoques (DOBLER; BURT, 1996, p. 7).

Na década de 1980, o surgimento de softwares, como o *Materials Requirements Planning* (MRP), permitiu que as empresas calculassem as quantidades necessárias de materiais para os pedidos existentes. Assim, muitas empresas tornaram-se mais lucrativas, ao melhorarem o planejamento da produção e o gerenciamento de seus estoques. Houve, então, o reconhecimento de que a adequada gestão de materiais poderia contribuir para o resultado da empresa (DOBLER, BURT, 1996, p. 8).

Nesta mesma década, os conceitos administrativos das empresas japonesas invadiram o mundo ocidental. Segundo Abdala (2002), as empresas japonesas apresentavam um diferente esquema quanto à descrição das atividades de compras. Estas empresas não só compravam, como também buscavam gerenciar os seus mercados de suprimentos, influenciando a maneira como seus fornecedores operavam, suas atitudes e seu comportamento.

A década de 1980 foi também marcada pela intensa globalização e pela contratação de fornecedores fora do país de origem da matriz (KRAJIC, 1983). Assim, algumas empresas alcançaram economias com a compra de insumos em regiões que praticavam preços mais baixos. Com isto, intensificou-se a competitividade no mercado, e as empresas procuraram administrar melhor as suas compras e o relacionamento com seus fornecedores (MENTZER *et al.*, 2001).

Na mesma década, com a globalização do mercado, Krajic (1983) publicou um artigo na Harvard Business Review, “*Purchasing must become Supply Management*”, em que criticava as atividades puramente transacionais de compras e propunha uma nova forma de gestão dos suprimentos, muito mais estratégica.

Algumas organizações, então, mudaram o nome da área de compras para gestão de suprimentos (*Supply Management*), para refletir a transição de uma função baseada em

transações, para uma função mais estratégica (LEENDERS; FEARON, 1997, p. 3) e também para agrupar outras funções relacionadas ao suprimento, que não somente a compra.

O foco da gestão de compras foi, então, se expandindo, passando a abranger também o gerenciamento das interações com seus fornecedores. Surgia, então, conceito de *Supply Chain Management* – Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos, que é a gestão do fluxo de produtos de forma alinhada, sincronizada, com reduções de estoques entre a empresa e seus fornecedores, por meio do rompimento das barreiras entre áreas de uma mesma empresa e entre empresas (WOOD, 1998).

Recentemente, o termo “gerenciamento da cadeia de valor” tem sido utilizado como uma evolução do conceito de gerenciamento da cadeia de suprimentos. Isto porque o foco da gestão da cadeia de valor é a criação de valor ao usuário final, agregando mais benefícios com menores custos, por meio da maior integração e do maior compartilhamento de informações entre as empresas da cadeia produtiva (WALTERS; LANCASTER, 2000).

Segundo Walters e Lancaster (2000), o gerenciamento da cadeia de suprimentos está mais relacionado aos processos logísticos das interações com os fornecedores, ao passo que o gerenciamento da cadeia de valor se foca no valor proporcionado ao consumidor final. Entretanto, alguns autores consideram o usuário final também no conceito da gestão da cadeia de suprimentos.

Enfim, nota-se que o conceito de compras foi, ao longo do tempo, enriquecido, à medida que a complexidade nos negócios foi aumentando, e assim seu papel estratégico ficou cada vez mais evidente (CHEN *et al.*, 2004).

### 2.1.2 Definições e Conceitos

Ao se pesquisar o tema “Compras”, encontram-se diversos termos correlatos, que na literatura são muitas vezes utilizados como sinônimos. Não existe uma definição clara para cada termo, assim, cada autor define a partir do seu ponto de vista.

*Terms such as purchasing, procurement, supply, supply-chain, materiel, materials management, sourcing, and logistics are used almost interchangeably. No agreement exists on the definition of each of these terms (...) (LEENDERS, FEARON, FLYNN AND JOHNSON, 2002 apud KAUFFMAN, 2002)*

Além disto, algumas expressões em inglês são comumente utilizadas no Brasil, não havendo um termo correlato em português, como no caso do termo “*procurement*”. Algumas empresas também utilizam denominações distintas para designar uma mesma atividade. Assim, as definições abaixo procuram delimitar melhor os termos e mostrar sua relação. Vale lembrar que, como não há um entendimento comum, é possível que em citações cada autor utilize os termos da maneira que lhe convier.

#### **Função Compras**

Segundo Van Weele (2005, p. 14), a função compras pode ser definida como todas as atividades pelas quais a empresa recebe uma fatura de terceiros. Segundo Dobler e Burt (1996 p. 35), a função compras engloba todas as atividades essenciais associadas com a aquisição de materiais, serviços e equipamentos utilizados nas operações da organização. Slack (2002 p. 417) define a função compras como aquela que estabelece contratos com fornecedores para adquirir materiais e serviços, sendo que alguns deles são utilizados diretamente na produção, e outros para auxiliar a empresa a operar.

#### **Área de Compras/Suprimentos**

A função compras é comum a todas as empresas, entretanto a forma como esta função está organizada dentro das empresas varia. A função compras não pode ser confundida com a área de Compras e Suprimentos, pois a função independe da existência de uma área específica para sua realização. O departamento ou área de Compras/Suprimentos é a unidade organizacional responsável por toda ou por parte da função de compras de uma empresa (DOBLER; BURT,

1996 p. 24). A denominação da área varia entre as empresas. Em algumas, utiliza-se o termo “compras”, em outras, “suprimentos” ou “materiais”. Geralmente, a área de “Suprimentos” é mais abrangente que “Compras”, pois além desta, agrega as funções logísticas.

Neste trabalho, ao se referir à área responsável pelas compras, utilizar-se-á “Compras/Suprimentos”, pois a denominação para a área varia de empresa para empresa.

### **Logística**

Segundo Slack (2002 p. 416), logística refere-se à movimentação e coordenação de produtos finais. O foco principal da logística é a distribuição física (SLACK, 1997, p. 425). De acordo com Wood (1998), a logística deve “cuidar da harmonização dos fluxos desde a matéria-prima até a entrega do produto ao consumidor final”.

### **“Procurement”**

Trata-se de um conceito mais amplo e abrangente que a função compras, pois envolve tanto a função de compras, como a função logística. (VAN WEELE, 2005, p. 14; LEENDERS, FEARON, FLYNN AND JOHNSON, 2002 *apud* KAUFFMAN, 2002).

### **Gestão de Compras e Suprimentos**

Para Slack (2002, p. 416), gestão de compras e suprimentos é a função que lida com a interface da operação com os mercados de suprimentos. Outros autores, como Dobler e Burt (1996, p. 36), fazem diferença entre gestão de compras e gestão de suprimentos. Para eles, a gestão de suprimentos engloba as funções de compras e logística, e diferencia-se da gestão de compras não apenas pela maior abrangência, mas também pelo caráter estratégico da gestão.

Como algumas empresas utilizam apenas a denominação “compras”, enquanto outras utilizam o termo “suprimentos”, neste trabalho, será utilizado o termo gestão de “compras/suprimentos”, nos casos em que não houver diferença entre estes termos.

### **Gestão de Materiais**

Segundo Slack (2002, p. 427), a gestão de materiais inclui a função de compras, de acompanhamento, gestão de estoques, gestão de armazenagem, planejamento e controle da produção e gestão da distribuição física para os clientes. Geralmente, ao se referir à gestão de

materiais, a ênfase é no planejamento e no controle dos processos internos da empresa (SLACK, 1997, p. 425).

### Cadeia de Suprimentos

Pode-se definir a cadeia de suprimentos como o caminho percorrido por um produto, desde a produção da matéria-prima até o último consumidor, onde cada parada no caminho define um *link* da cadeia de suprimentos (BURNS, 2002). Mentzer *et al.* (2001) acrescentam que não se trata apenas do fluxo do produto, mas também do fluxo de serviços, montantes financeiros e informação, da fonte até o consumidor.

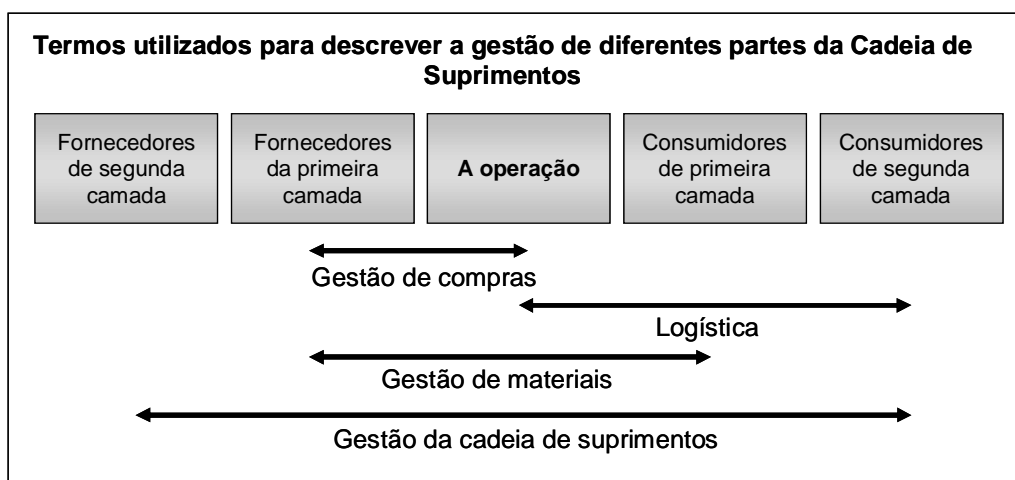
### Gestão da Cadeia de Suprimentos

Este conceito será melhor explicado na próxima seção, mas, para uma breve definição, pode-se dizer que é um conceito amplo, que inclui a gestão de toda a cadeia de suprimentos, desde o fornecedor de matéria-prima até o consumidor final (SLACK, 2002, p. 444).

### Resumo dos conceitos

Para um melhor entendimento dos conceitos e suas relações, a figura abaixo resume os termos acima descritos. Os fornecedores de primeira camada referem-se aos fornecedores diretos da empresa, denominada nesta figura como “a operação”, ao passo que os fornecedores de segunda camada são os fornecedores dos fornecedores diretos da empresa. O mesmo conceito se aplica aos consumidores.

Figura 1 - Termos utilizados para descrever a gestão de diferentes partes da Cadeia de Suprimentos



Fonte: Adaptado de SLACK, 1997, p.425.

## **2.2 Fatores que Influenciam o Reconhecimento da Importância da Gestão de Compras/Suprimentos nas Empresas**

A importância de qualquer função de negócio (marketing, finanças, suprimentos, produção, entre outros) dentro de uma empresa varia conforme o tipo de negócio, os objetivos da empresa, as circunstâncias econômicas e como a empresa opera para atingir estes objetivos (DOBLER; BURT, 1996, p. 20).

Por exemplo, uma empresa cuja produção dependa majoritariamente de um único insumo, cujo fornecimento seja escasso, demandará que sua gestão de compras procure novas fontes, que pesquise novos fornecedores, que tenha planos de contingência, etc. Ao passo que uma empresa que não tenha dependência de um determinado produto e os encontre abundantemente no mercado não terá as mesmas exigências.

Sendo assim, a partir do levantamento da literatura, existem alguns fatores que influenciam na importância dada à gestão de compras/suprimentos. São eles:

### **Competitividade na Indústria**

Quanto mais competitivo for o ambiente, maior pressão haverá sobre o departamento de compras (VAN WEELE, 2005, p. 92). Isto ocorre porque, num ambiente competitivo, as empresas necessitam buscar eficiência nos custos para manterem seus preços competitivos.

### **Volume de compras**

Quanto maior o volume de compras, a economia obtida por unidade representará uma grande economia no custo total da empresa, proporcionando-lhe melhores resultados (DOBLER; BURT, 1996, p. 113).

### **Porcentagem do custo de compra no produto**

Quando os gastos em compras representam 40% ou mais em relação ao custo do produto ou do serviço, uma pequena redução nos gastos pode também levar a um aumento de lucros significativo (DOBLER; BURT, 1996, p. 113).



**Disponibilidade**

Se a empresa depende de produtos ou serviços fundamentais que são escassos no mercado ou sujeitos a grande variação de preços, por pertencerem a um mercado muito volátil, a gestão de compras terá um papel estratégico. Ela demandará profissionais com maior capacitação, e esta função estará configurada na alta administração da empresa (DOBLER; BURT, 1996, p. 113).

**Diversificação das compras**

Quanto mais produtos e serviços a empresa comprar, maiores serão os controles que o pessoal de compras deverá ter com relação a disponibilidade, qualidade, custos e serviços.

A gestão de compras de uma empresa que possui uma ampla gama de produtos e serviços a serem comprados é, em tese, mais complexa do que a de uma empresa que compra poucos produtos e padronizados. (DOBLER; BURT, 1996, p. 113).

**Reconhecimento da alta direção**

Se a alta direção estiver interessada e envolvida nos possíveis ganhos que as estratégias de suprimentos possam proporcionar para empresa, a área de Compras terá maior importância na empresa (VAN WEELE, 2005, p. 92).

**2.3 A Evolução da Gestão de Compras: de uma Função Operacional para uma Função Estratégica**

Existem dois conceitos muito distintos com relação à gestão de compras: a gestão tradicional e a gestão estratégica (WOLF, 2005).

A gestão tradicional está ligada às funções básicas de compras, e tem como objetivo “comprar a qualidade de material correta, no tempo certo, na quantidade exata, da fonte certa ao preço adequado” (BAILY, 2000, p. 31). Já a gestão estratégica de compras e suprimentos está relacionada a uma atuação mais voltada a alcançar os objetivos estratégicos da organização.

Farmer (1997) explica a diferença entre a percepção estratégica e a operacional da área de compras por meio de dois acontecimentos na indústria: a crise do petróleo em 1973 e o surgimento do modelo de negócios das empresas japonesas.

A crise do petróleo causou a paralização da produção em escala nunca vista, depois da segunda guerra mundial, e mostrou como as empresas desconsideravam o acompanhamento de seus mercados fornecedores em seus planejamentos estratégicos. A questão dos suprimentos era desconsiderada pela alta administração, o que causou prejuízo a muitas empresas.

O outro fenômeno foram as empresas japonesas, que mostraram ao mundo ocidental um modelo de negócios que prezava aspectos que não obtinham muita atenção dos gestores: a relação com os fornecedores, o envolvimento destes na criação de novos produtos, o cumprimento rígido de prazos de entrega para a produção e a importância da conformidade dos produtos comprados. Assim, enquanto o mundo ocidental considerava estratégicas as funções como finanças e marketing, os japoneses sabiam que a atenção à gestão de compras tinha contribuição direta na *performance* do negócio. A grande diferença era o peso estratégico conferido à função de compras em cada um destes modelos.

Quando a gestão de compras/suprimentos está alinhada à estratégia corporativa da empresa, contribuindo para alcançar os objetivos desta, e fazendo cumprir a sua missão, então, pode-se falar em gestão estratégica de compras/suprimentos (CARR; SMELTZER, 1997; CARR; PEARSON, 2002).

Uma revisão da literatura permite levantar alguns indícios que podem sinalizar se a gestão de compras é estratégica ou não dentro de uma organização:

### **Participação no planejamento estratégico corporativo**

Como explicado anteriormente, esta é uma das evidências mais nítidas da gestão estratégica de compras. Para Carr e Smeltzer (1997), uma função é incluída no processo de planejamento estratégico da empresa apenas quando é reconhecida pela sua alta administração como estratégica.

### **Status organizacional da área**

A posição hierárquica da gestão de compras dentro de uma organização pode revelar como a área é reconhecida pela alta administração e como é vista pelas demais áreas organizacionais (VAN WEELE, 2005, p. 92). Quanto mais alto for seu posicionamento na estrutura organizacional, maior a percepção da alta diretoria de que a gestão de compras contribui para os resultados da empresa (HARDING; HARDING, 1991, p. 1).

Quando a gestão de compras é vista como estratégica nas organizações, o tratamento despendido pela alta administração e pelas demais áreas é o mesmo despendido para as principais funções da empresa, como finanças e produção (FREEMAN; CAVINATO, 1990).

### **Natureza das atividades**

Quando a equipe de compras se limita a atender, reativamente, às demandas das demais áreas; quando suas tarefas se limitam às atividades rotineiras e operacionais, como receber pedidos e colocar os pedidos de compras para os fornecedores, então se tem uma clara evidência da gestão tradicional de compras (CARR; PEARSON, 2002). Já a gestão estratégica de compras envolve a busca pró-ativa de oportunidades para alcançar um impacto positivo na qualidade dos produtos e no crescimento da empresa (CARR; PEARSON, 2002). Por agir mais proativamente, buscando oportunidades, o grau de risco a que é exposta é maior. Esta “aptidão” por assumir riscos é também uma evidência da gestão estratégica de compras (CARR, SMELTZER, 1997).

### **Desenvolvimento profissional da equipe**

A gestão estratégica de compras demanda profissionais que possuam conhecimento e habilidades para desempenhar sua função num nível estratégico e não apenas operacional (CARR; PEARSON, 2002). Com relação ao conhecimento, trata-se do conhecimento do mercado dos produtos ou serviços (CARR; SMELTZER, 1997). É esperado que os profissionais da área, no desempenho de uma função estratégica, tenham habilidades de planejar, avaliar, implementar e controlar ações, alinhando a estratégia da firma à compra de insumos/serviços dos fornecedores (CARR; SMELTZER, 1997). Van Weele (2005, p. 93), ao apresentar os estágios de evolução de compras, enfatiza os conhecimentos e habilidades que o profissional da área possui em cada estágio. No estágio mais primário, ele cita a habilidade em negociações e em comparação dos preços de mercado; porém, à medida que a função vai

adquirindo um caráter mais estratégico, os profissionais precisam ter conhecimentos sobre a gestão estratégica da cadeia de suprimentos, habilidades gerenciais, liderança, entre outros.

### **Foco dos indicadores de performance da área**

Uma outra importante diferença entre a gestão estratégica de compras e a gestão tradicional são os indicadores utilizados para medir a *performance* da área. Na gestão tradicional, os indicadores estão ligados somente às transações (CARR; PEARSON, 2002) e à redução de preço (DOBLER; BURT, 1996, p.6). Num nível mais estratégico de gestão de compras, surge a necessidade de avaliação de aspectos que vão além do transacional, como a avaliação dos fornecedores e a qualidade dos produtos.

### **Integração com áreas internas**

Rozemeijer e Van Weele (1998) relacionam o nível de maturidade do departamento de compras com a sinergia entre as áreas internas. Para eles, a maturidade de compras está relacionada ao profissionalismo da área: quanto maior a maturidade de compras, mais sinergia ela terá na organização, pois as áreas reconhecerão o seu valor.

Portanto, quando a função de compras for fragmentada na organização, haverá um indício de um nível inferior de maturidade do departamento. Já quanto mais centralizada for a área, dispondo de iniciativas de sinergia, como os times multifuncionais, maior a evidência de uma gestão mais madura e estratégica.

### **Integração com o fornecedor**

Quando a área de Compras possui uma gestão estratégica, passa a ver o fornecedor não apenas como intermediário comercial, mas como um potencial parceiro para auferir vantagem competitiva, numa relação recíproca de ganhos. O departamento de compras passa a decidir qual o melhor relacionamento a se manter com o fornecedor (CARR; SMELTZER, 1999). Para isto, passa a acompanhar o desempenho destes, desenvolvendo melhores controles de *performance*. O desenvolvimento de parcerias, a diminuição do número de fornecedores e os contratos de longo prazo são evidências deste maior estreitamento da relação com os fornecedores. Baily *et al.* (2000, p. 20) explicam que em organizações de classe mundial, como Nissan, Ford, Hewlett Packard, o pessoal de compras gasta pouco tempo em atividades administrativas e burocráticas. A maior parte de suas atividades está voltada para a construção e o desenvolvimento de relacionamentos com os fornecedores.

### **Utilização de sistemas e tecnologia de informação**

O uso da tecnologia é, sem dúvida, a base para a gestão estratégica de compras. A informação agiliza a habilidade de se ter informações estratégicas para a tomada de decisões (CARR; SMELTZER, 1997), ao mesmo tempo que permite a racionalização de processos, transações em tempo real e o acesso a informações externas sobre o mercado fornecedor.

Na gestão tradicional de compras, os sistemas, apesar de existentes, não são integrados entre si (VAN WEELE, 2005, p. 95). Já na gestão estratégica de compras, os sistemas se encontram integrados tanto internamente como também com os principais fornecedores. São utilizados os recursos advindos com a Internet, como a compra por catálogos eletrônicos, leilões eletrônicos, e o acesso a portais de compras (VAN WEELE, 2005, p. 95).

### **Aplicação do Conceito de Marketing Reverso**

À medida que se aumenta a utilização do marketing nas empresas, torna-se cada vez mais necessária uma força para contrabalancear e proteger as necessidades da organização compradora (LEENDERS; BLENKHORN, 1991). O marketing reverso são iniciativas que constituem processos, ou uma série de passos que os compradores devem tomar para alcançar seus objetivos, sem serem facilmente dominados pelas estratégias de marketing de seus fornecedores, aceitando passivamente todas as suas condições. Este conceito procura tirar a área de Suprimentos da acomodação, para uma busca mais estruturada dos fornecedores, impondo-lhes condições de fornecimento. Ou seja, trata-se de uma abordagem rigorosa para a seleção dos fornecedores, fazendo-os agir da melhor forma para a organização.

## **2.4 Novos Objetivos para a Área de Compras**

A evolução da gestão de compras pode ser notada também na abrangência de seus objetivos. Uma área voltada apenas para as atividades operacionais terá objetivos da mesma natureza. Já quando a área começa a evoluir, no sentido de contribuir para os objetivos estratégicos da organização, novos objetivos surgem.

Como exemplo dos objetivos “tradicionais”, Baily (2000) cita:

- Suprir a organização com um fluxo seguro de materiais e serviços para atender a suas necessidades;
- Assegurar continuidade de suprimento, mantendo relacionamentos efetivos com fontes existentes, desenvolvendo outras fontes de suprimentos alternativas, ou para atender a necessidades emergentes ou planejadas;
- Comprar eficiente e sabiamente, obtendo por meios éticos o melhor valor por centavo gasto;
- Administrar estoques para proporcionar o melhor serviço possível aos usuários e ao menor custo possível;
- Manter relacionamentos cooperativos sólidos com outros departamentos, fornecendo informações e aconselhamentos necessários para assegurar a operação eficaz de toda a organização;
- Desenvolver funcionários, políticas, procedimentos e organização para assegurar o alcance dos objetivos previstos.

Já numa visão mais estratégica da gestão de compras, surgem novos objetivos:

- Colaborar no desenvolvimento eficaz de novos produtos;
- Identificar continuamente ameaças e oportunidade no mercado fornecedor;
- Conduzir estudos de análise de valor;
- Melhorar e sustentar a posição competitiva da empresa;
- Zelar pela imagem da empresa junto aos fornecedores para melhorar a sua capacidade de auferir vantagens do fornecedor;
- Realizar, por meio de parcerias, alianças estratégicas com os fornecedores;
- Fomentar melhorias contínuas na cadeia de suprimentos.

Posteriormente, serão apresentados os estágios da evolução da gestão de compras, onde fica evidente que não somente os objetivos, mas outros aspectos, entre eles a capacitação dos profissionais e o uso da tecnologia, também evoluem.

## 2.5 Gestão da Cadeia de Suprimentos – Supply Chain Management

A gestão da cadeia de suprimentos se tornou um termo “guarda-chuva” que cobre uma série de práticas que asseguram um fluxo e estoque de materiais e produtos acabados, ao longo da cadeia de valor, isto é, do ponto de fabricação ao ponto de consumo (ANDERSEN, RASK, 2003, tradução da autora)

À medida que a gestão de compras evolui, seu raio de atuação também aumenta. O conceito de *Supply Chain Management* é um exemplo desta ampliação do foco da gestão de compras, para um gerenciamento integrado com os demais elos da cadeia de suprimentos. É importante observar que, quanto mais integradas as empresas de uma determinada indústria estiverem, mais aptas estarão para, juntas, melhorar processos, reduzir custos e desenvolver novos produtos, diminuindo assim as ineficiências da cadeia produtiva.

Ao se pesquisar na literatura, existem inúmeras definições para o termo *Supply Chain Management*. Alguns autores a definem como implementação, outros, como uma metodologia, outros ainda, como uma rede; enfim, não existe um conceito único. A gestão da cadeia de suprimentos surgiu da função logística, na tentativa de melhorar o fluxo, a armazenagem e a distribuição de produtos entre empresas (CROOM; ROMANO; GIANNAKIS, 2000).

Segundo Simchi-Levi *et al.* (2003):

[...] a gestão da cadeia de suprimentos é um conjunto de abordagens utilizadas para integrar eficientemente fornecedores, fabricantes, depósitos e armazéns, de forma que a mercadoria seja produzida e distribuída na quantidade certa, para a localização certa e no tempo certo, minimizando assim os custos globais do sistema, ao mesmo tempo que atinge o nível de serviço desejado.

Uma definição mais abrangente é dada por Mentzer *et al.* (2001), que define a gestão da cadeia de suprimentos como a implementação efetiva de **uma coordenação sistemática e estratégica entre os elos desta cadeia, tendo em vista a melhoria de performance de cada empresa e também da cadeia de suprimentos como um todo**. Esse autor afirma que a

efetiva implementação da gestão da cadeia de suprimentos demanda algumas atividades como:

- Comportamento integrativo;
- Compartilhamento de informações;
- Compartilhamento de riscos e recompensas;
- Cooperação;
- Mesmo objetivo e mesmo foco com relação ao consumidor final;
- Integração de processos;
- Construção e manutenção de relacionamento de longo-prazo.

As vantagens desta coordenação sistemática e estratégica entre os elos de uma cadeia de suprimentos é um alinhamento de objetivos, que resulta numa maior convergência de esforços e num conseqüente aumento da eficiência em toda a cadeia produtiva. Tem-se também como benefícios a redução de atividades duplicadas e de custos e gastos desnecessários (WOOD, 1998).

Portanto, quanto mais evoluída a gestão de compras nas empresas de uma cadeia produtiva, maior a eficiência desta cadeia.

É importante diferenciar os termos *Supply Chain Management* e *Supply Chain Orientation*. O gerenciamento da cadeia de suprimentos envolve a implementação efetiva de um processo de gestão único e não fragmentado de toda esta cadeia (HOULIHAN, 1988), já a orientação para cadeia de valor é apenas o reconhecimento das implicações estratégicas do gerenciamento de toda a cadeia de suprimentos, mas sem a sua real implementação (MENTZER *et al.*, 2001).



## 2.6 Gestão da Cadeia de Valor – Value Chain Management

Num estágio ainda maior na evolução da gestão da cadeia de suprimentos, encontra-se a gestão da cadeia de valor.

O conceito de cadeia de valor foi primeiramente abordado por Porter (1989), em seu livro sobre a vantagem competitiva. Porter (1989) segregou uma unidade empresarial em atividades de valor, o que ele denominou cadeia de valor (PORTER, 1989, p. 33). Assim, a cadeia de valor de uma empresa é o conjunto de atividades que operam de forma a adicionar um valor para o comprador do produto ou serviço. Como cada empresa pode organizar e realizar suas atividades de formas distintas, o valor final também será distinto.

Por exemplo, duas empresas de transporte aéreo podem ter cadeias de valores muito distintas ao desempenharem operações de embarque, políticas de pessoal, e nas operações de aeronave.

Na concepção de Porter (1989, p. 46), a cadeia de valor existe não apenas dentro da empresa, mas também envolve os fornecedores e os consumidores, criando um “sistema de valores”. A vantagem competitiva provém, então, não somente das atividades internas à cada empresa, mas também da união de atividades com outras empresas da indústria.

A este conjunto de empresas que participam da transformação de um produto ou serviço, Porter (1989) denomina “sistema de valores” (PORTER, 1989, p. 31). Entretanto, o termo “cadeia de valor” é também utilizado neste mesmo sentido. Portanto, ao se falar em “cadeia de valor da indústria automobilística”, ou “cadeia de valor da saúde”, faz-se uma referência a todas as empresas que participam na agregação de valor desta indústria. Diferentemente do conceito de cadeia de suprimentos, que se foca majoritariamente nas questões logísticas, a cadeia de valor tem o foco na adição de valor que ocorre em cada elo da cadeia produtiva.

O conceito de “valor” é definido por Walters e Lancaster (2000) como o conjunto de benefícios e utilidades proporcionados por um produto ou serviço, menos o seu custo de aquisição. Sendo assim, a percepção de valor pelo consumidor é uma ponderação entre os benefícios que recebe e o montante financeiro que está disposto a pagar.

A gestão da cadeia de valor envolve, então, a identificação do critério de valor do consumidor final, com o entendimento dos fatores críticos de sucesso para o atendimento de suas prioridades, visando a criação de vantagem competitiva em toda a cadeia de valor (WALTERS; LANCASTER, 2000). Para isto, o compartilhamento de informações sobre o consumidor final, entre os elos da cadeia de valor, passa ser crucial, e a tecnologia passa a ter um papel fundamental para este compartilhamento.

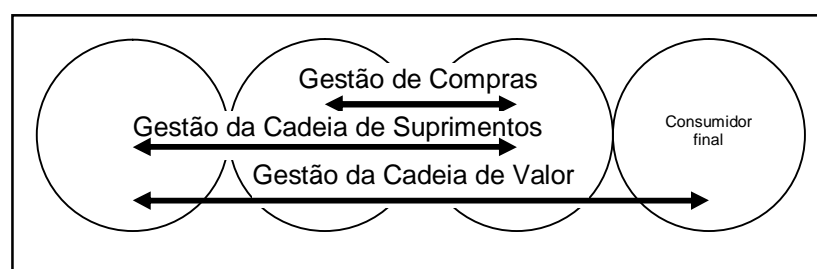
## 2.7 A Relação entre a Gestão de Compras, a Gestão da Cadeia de Suprimentos e a Gestão da Cadeia de Valor

Diante da proliferação destes termos, é importante frisar que os conceitos de gestão de compras, gestão de cadeia de suprimentos e gestão de cadeia de valor são integrados um ao outro (CARR; SMELTZER, 1999).

A função de compras, assim como a de vendas, é uma janela para o mundo externo (DOBLER; BURT, 1996, p. 55). Portanto, é o cerne a partir do qual se desenvolvem os relacionamentos estratégicos com os demais elos da cadeia de valor.

A figura abaixo mostra a relação entre a gestão de compras, a gestão da cadeia de suprimentos e a gestão da cadeia de valor. A gestão de compras é o primeiro ponto de contato da empresa com seu fornecedor, os demais conceitos são evoluções deste relacionamento, que passa a abranger não somente os fornecedores diretos, mas o fornecedor do fornecedor, até o consumidor final.

Figura 2- Relação entre a Gestão de Compras, a Gestão da Cadeia de Suprimentos e a Gestão da Cadeia de Valor



Fonte: Elaboração própria.

Tanto na literatura, como no meio executivo, foi dada uma grande ênfase ao conceito de gestão da cadeia de suprimentos. Esta ênfase contribuiu para se colocar a gestão de compras/suprimentos em evidência. (CHEN; PAULRAJ; LADO, 2004).

*As firms increasingly pursue supply chain management strategies in response to competitive pressures, the need for purchasing to become integrated into the supply chain, both internally and externally, has increased.* (MENTZER, 2000, p. 211).

A evolução da gestão de compras caminha no sentido de unir membros da cadeia produtiva, incluindo fornecedores, produtores, distribuidores e consumidores, para que ajam como se fosse uma única empresa. Subentende-se, assim, que todas estariam voltadas para um objetivo em comum, o que eliminaria possíveis ineficiências resultantes de objetivos conflitantes, plataformas desiguais para troca de informação, processos descasados, duplicidade de atividades, entre outras. Neste sentido, a evolução da gestão de compras tem impactos positivos que podem melhorar a eficiência de toda a cadeia produtiva.

## **2.8 Estágios da Gestão de Compras**

A literatura apresenta alguns modelos de desenvolvimento de compras que permitem ver com maior clareza os diversos estágios da gestão de compras nas empresas. Apesar de existirem diversos modelos, eles são, em geral, muito parecidos entre si.

A classificação dos estágios baseia-se em alguns aspectos, como a organização de compras, o reconhecimento da alta direção aos sistemas de informação utilizados, o relacionamento com o fornecedor, as competências do profissional de compras, entre outros. Estes estágios mostram, de forma didática, como a função de compras evolui dentro das organizações.

No presente estudo, optou-se por apresentar o Modelo Van Weele (2005, p. 93), que é o mais recente dentre os pesquisados na literatura. Ao apresentar este modelo, tem-se como objetivo mostrar como se dá, de forma teórica, a evolução da gestão de compras.

### **Estágio 1 - Orientação Transacional**

Neste primeiro estágio, a principal tarefa de compras é encontrar fornecedores apropriados e assegurar que não haja falta de materiais/serviços. Sua maior contribuição é assegurar materiais e serviços para que a empresa cumpra seu propósito principal. A estrutura organizacional é descentralizada e não é uma área independente, mas sim subordinada à outrem. As atividades são predominantemente operacionais. As compras não relacionadas ao propósito principal da empresa são realizadas pelos próprios usuários. O fato de não haver reclamações relacionadas a compras é o indicador de que a área desempenha um bom trabalho. O pessoal de compras é orientado para tarefas com pouca necessidade de especialização.

### **Estágio 2 - Orientação Comercial**

Este estágio se caracteriza pela busca dos melhores preços. A função de compras se torna mais especializada. Compradores especialistas são organizados por grupos de produto e concentram-se nas negociações passíveis de bons negócios. A cultura é ser inflexível nas negociações com o fornecedor. As economias alcançadas são o indicador principal de *performance*. Uma habilidade requerida do pessoal de compras é a habilidade em negociações e comparação dos preços de mercado.

### **Estágio 3 – Coordenação em Compras**

Neste estágio existe uma centralização da função de compras que passa a implementar políticas de compras uniformes e sistemas informatizados de compras. O departamento passa a coordenar as compras de outras áreas. Pela primeira vez existe a formulação de estratégias, focadas principalmente nos ganhos da coordenação e da sinergia internas. Além dos preços e custos, a área de Compras passa a ter responsabilidade pela qualidade dos itens comprados. A importância da compra dos produtos e serviços de apoio passa a ser reconhecida pela área. Lentamente, a área de Compras passa a atrair a atenção da alta administração; entretanto, as demais unidades ainda não estão convencidas do potencial de agregação de valor da área de Compras.

A gestão do fornecedor é um tema central neste estágio, e é caracterizada pela adoção de diferentes estratégias de fornecedor, baseadas em técnicas de análise de portfólio dos itens comprados. A cultura da área é caracterizada pela comunicação e pela intenção de cooperar mais internamente com as áreas. Sistemas de informação são utilizados, mas não se encontram totalmente integrados com todas as áreas. Compras possui um pessoal com experiência e treinamentos na área. Os treinamentos são voltados às habilidades analíticas, gestão da qualidade total e comunicação.

#### **Estágio 4 - Integração Interna**

A ênfase neste estágio é na atuação interdepartamental, com foco na melhoria dos processos internos, na tentativa de organizar a função de compras ao redor dos clientes internos. Neste estágio existe uma grande atenção para a compra de itens não relacionados diretamente ao negócio principal da empresa (compras secundárias). A importância estratégica de compras é totalmente reconhecida e a área passa a ser envolvida em temas estratégicos, como a decisão de *make or buy*, isto é, desenvolver uma atividade internamente ou terceirizá-la. A gestão é caracterizada pelo gerenciamento de times multifuncionais. As ações de melhorias estão voltadas à integração dos processos de compras ao longo das diversas áreas. Neste estágio o foco ainda é interno. O sistema de informações é integrado com os demais departamentos, mas não o é com os fornecedores principais. As pessoas envolvidas no processo de compra possuem uma ampla perspectiva de negócios e um alto nível educacional. Habilidades requeridas neste estágio estão relacionadas à construção de equipes e a habilidades de comunicação.

#### **Estágio 5 - Integração Externa: “*Supply Chain Management*”**

Este estágio é caracterizado pela estratégia de terceirização combinada com uma atenção extra para a cooperação com os parceiros da cadeia de suprimentos. Os usuários podem fazer pedidos por sistemas de catálogo que estão diretamente ligados aos fornecedores. A área de Compras trabalha para simplificar e facilitar as compras pelos usuários, seja por meio de cartão de compras, negócios eletrônicos, EDI (*eletronic data interchange* – troca de dados por meio eletrônico), entre outros. A gestão dos fornecedores passa a ser a gestão da cadeia de suprimentos. Existe uma busca do envolvimento com os fornecedores em processos de negócio, e não somente da compra de materiais e serviços. A responsabilidade por novas

compras passa a ser dos times interdepartamentais, e não é mais executada por um departamento específico. Os times são compostos por pessoas com diferentes *expertise*. O estilo de gestão é orientado à busca de resultados. A cultura é caracterizada pela participação e pela tomada de decisão em consenso. Os conhecimentos e habilidades requeridas são: conhecimento dos princípios do custo total de propriedade, gestão estratégica da cadeia de suprimento, habilidades gerenciais e liderança. O sistema de informação não está integrado internamente, também com os fornecedores parceiros.

### **Estágio 6 - Orientação para a Cadeia de Valor**

A estratégia de compras neste estágio é baseada no reconhecimento de que o fator mais importante para o sucesso é entregar valor para o consumidor final. Para satisfazer às necessidades do cliente final, é necessário o envolvimento do fornecedor. Os fornecedores são encorajados a participar nas estratégias de produto e mercado e participar no desenvolvimento do produto. O objetivo é desenhar a melhor cadeia de valor para o cliente final. A estratégia de compras se mistura com a estratégia do negócio. As funções de marketing e compras passam a ser integradas.

## **2.9 A Indústria da Saúde**

No capítulo anterior, foi mostrada a evolução da gestão de compras na indústria em geral, que colabora para o aumento de eficiência na cadeia de valor. Neste capítulo serão apresentadas as características da indústria da saúde.

Segundo Burns (2002, p. 28), apesar do desenvolvimento das outras indústrias com relação à gestão de suprimentos, o setor da saúde não assimilou estes avanços. Para ele, a gestão da cadeia de suprimentos da saúde se assemelha às práticas da indústria de manufatura das décadas de 60 e 70.

Para Vecina e Reinhardt (2002, p. 80), “é importante ressaltar que a administração de materiais não tem tido um tratamento profissional como seria desejável que ocorresse,

considerando-se a importância do setor, os valores envolvidos (...)”. Segundo eles, esta área é delegada a funcionários de nível médio, sem as devidas qualificação e linguagem do setor.

Segundo Chapman *et al.* (1998), “se comparado com a sofisticação da gestão de suprimentos de outras indústrias, a gestão de suprimentos dos hospitais nos EUA é subdesenvolvida”. O mesmo artigo diz que os departamentos de compras dos hospitais continuam sendo uma função sem nenhum destaque, desintegrada, e sem as habilidades necessárias para capturar as novas oportunidades da gestão.

Para se analisarem as causas do *gap* entre as práticas da indústria em geral e a prática das organizações de saúde, deve-se levar em consideração as particularidades da indústria da saúde que influenciam na gestão de compras.

Portanto, serão levantados importantes aspectos da indústria da saúde que, segundo a literatura, influenciam na gestão de compras e no relacionamento entre os elos da cadeia de valor da saúde.

## **2.10 Especificidades do Mercado da Saúde**

O mercado da saúde é caracterizado pelos altos volumes financeiros. Estes representam uma grande porcentagem do PIB de um país. Nos EUA, o total de gasto com a saúde representou, em 2002, 14,6% do PIB (WHO). No Brasil, os gastos com saúde totalizaram 7,9% do PIB, no mesmo ano.

A demanda pelos serviços aumenta à medida que a população envelhece, os avanços tecnológicos permitem o desenvolvimento de novos medicamentos, novos equipamentos, que, em alguns casos, ao invés de substituírem os anteriores, acrescem custos adicionais e requerem mão-de-obra ainda mais especializada para o manuseio (CALIL, 2001, p. 101).

Em termos econômicos, existem falhas de mercado. Segundo Fonseca (2004), os elementos constitutivos destas falhas são:

- a) as dificuldades em limitar os benefícios da atenção à saúde a uma pessoa em particular, seja na absorção dos benefícios gerados pelas ações de saúde pública, seja na interdependência da percepção individual entre a própria saúde e a de outras pessoas que têm acesso a serviços de saúde; assim, existe dificuldade na avaliação da efetividade de tratamentos, materiais e medicamentos;
- b) a assimetria de informação entre o consumidor de saúde e os provedores, que se desdobra por diversas vias, desde o custo da informação até a submissão do consumidor-comprador de serviços às decisões tomadas pelo profissional da área, o que pode ocasionar uma demanda induzida;
- c) a incerteza envolvida tanto na necessidade de saúde quanto na efetividade de um eventual tratamento.

Andreazzi (2002) acrescenta as seguintes particularidades:

- a) a presença do terceiro pagador, ou seja, de seguros, sejam sociais, ou privados, em que o consumidor não tem, no ponto de uso do serviço, as restrições orçamentárias clássicas da compra direta, o que pode levá-lo a consumir mais serviços do que o necessário para seu bem-estar, ou restringi-los de forma a não serem eficazes;
- b) a presença de inúmeras instituições não-lucrativas torna necessária a identificação de outros objetivos maximizadores diferentes do lucro para os produtores de serviços de saúde, sejam eles médicos ou donos de hospitais e outros tipos de estabelecimento, que podem não ser convergentes.

Outros aspectos do mercado podem ser citados:

- a) a inelasticidade da demanda nas camadas de maior poder aquisitivo, o que impulsiona o desenvolvimento de produtos e procedimentos mais avançados e mais caros (FRENKEL, 200, p. 170);
- b) a regulação do governo sobre o mercado, que pode colocar certos *players* em posição desfavorável em relação aos demais.

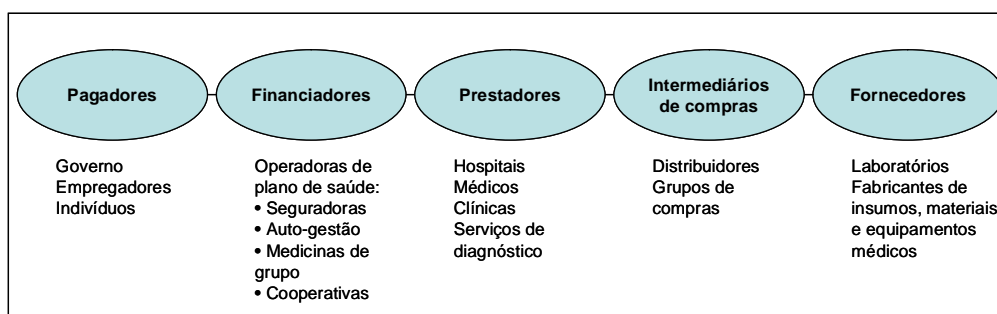


## 2.11 A Cadeia de Valor da Saúde

Os sistemas de saúde estão formados por todas as pessoas e entidades cujo objetivo principal, ainda que não único, seja melhorar as condições de saúde. Os diversos atores que participam deles deveriam estar integrados, ao menos coordenados, algo que, com frequência, não ocorre (OPAS, 2004).

A cadeia de valor da saúde é composta por pagadores, financiadores, provedores, intermediários de compras e fabricantes. Burns (2002, p.4) ilustra a cadeia de valor da saúde com a seguinte figura:

Figura 3 - Cadeia de Valor da Saúde



Fonte: BURNS, 2002.

Os pagadores são compostos por governo, empregadores e os próprios indivíduos. Exceto o governo, os demais, normalmente, utilizam um financiador para pagar pelos serviços utilizados. Os financiadores são as operadoras de planos de saúde, que, no caso do Brasil, são as medicinas de grupo, as cooperativas, as autogestões, as seguradoras. Os provedores são aqueles diretamente envolvidos na prestação do cuidado, como hospitais, médicos, clínicas, entre outros. Os intermediários da compra são os distribuidores, os grupos de compras. Por fim, os fabricantes são as empresas farmacêuticas, os fabricantes de equipamentos e aparelhos e os fabricantes de materiais médico-cirúrgicos e insumos hospitalares em geral.

Como o foco deste trabalho é a gestão de compra em hospitais, serão melhor caracterizados os elos: prestadores (hospitais), fornecedores e operadoras de planos de saúde.

### 2.11.1 Os Hospitais

[...] os hospitais se apresentam como a organização mais complexa que participa na prestação de serviços de saúde. Suas funções têm atravessado um período de rápidas mudanças à medida que o modelo de atenção tem alterado o equilíbrio entre a atenção de pacientes hospitalizados e a atenção ambulatorial (...). A questão mais difícil é encontrar a forma de integrar os serviços hospitalares no seio do sistema de saúde, o qual está alterando, definitivamente, a posição que estes nele ocupam (OPAS, 2004).

Os hospitais sempre foram considerados o centro do sistema de saúde e também uma das organizações mais complexas da sociedade. Estão voltados para a assistência médica integral, curativa e preventiva, sendo também centro de educação, capacitação em recursos e pesquisas em saúde. Desempenham, portanto, o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade.

A função tradicional do hospital é atender pessoas doentes, prestando um serviço eminentemente curativo. Por esta razão, é o lugar onde grande parte dos gastos ocorre, pois é nele que é prestada a assistência aos casos mais graves de doença. Prescrições de fármacos, intervenção cirúrgica e realização de exames são algumas operações inerentes e rotineiras ao hospital.

Para Longest (2001, p. 170), o modelo hospitalar é caracterizado pela alta tecnologia, cujo principal objetivo é o tratamento da doença.

Em comparação com as organizações industriais, os executivos dos hospitais possuem menos poderes, porque não podem controlar os profissionais da “linha de frente”, da assistência, pois eles detêm o conhecimento técnico necessário para a atividade-fim do hospital (PICCHIAI, 1998). Com relação a isto, Mintzberg (1995, p. 121) afirma: *“The professional administrator maintains power only as long as the professionals perceive him or her to be serving their interests effectively”*.

Teixeira (1983, p. 26) cita mais diferenças do hospital com relação a outras organizações, tais como:

- n Serviços de atenção e tratamento personalizados a pacientes individuais, em vez de uniforme. O valor econômico do produto organizacional é secundário aos valores social e humanitário;
- n O trabalho no hospital é diversificado e com pouca padronização. São pessoas cuidando de pessoas, que participam ativamente no processo de produção;
- n O hospital tem pouco controle sobre seus trabalhadores (principalmente os médicos) e sobre os pacientes;
- n O hospital demonstra eficiência e desempenho previstos na efetividade (benefício social).

Os materiais são recursos fundamentais no hospital moderno. Segundo Machline (1983, p. 142), um hospital compra “desde medicamentos até a roupa de cama, desde alimentos até peças de reposição. A complexidade do hospital e da moderna tecnologia médica, com seus sofisticados remédios, tratamentos e equipamentos, tornam preponderante o papel do gestor de materiais, pois uma falha ou uma falta prejudicariam seriamente o desempenho da instituição e a saúde do paciente”.

Vecina e Reinhardt (2002, p. 1) afirmam que os gastos com materiais representam aproximadamente de 15% a 25% das despesas correntes. Barbieri e Machline (2006) citam um estudo conduzido pela Arthur de Little, nos Estados Unidos, que indica que 33% dos custos operacionais hospitalares se referem aos suprimentos de medicamentos, alimentos e outros materiais, incluindo as atividades administrativas relacionadas. Os indicadores do Proahsa (2005) mostram que o consumo de materiais está hoje em torno de 22% à 35% dos custos totais do hospital.

Quadro 1 - Distribuição das Despesas em Hospitais

<b>Descrição</b>	<b>Hospitais privados não lucrativos</b>	<b>Hospitais privados</b>	<b>Hospitais públicos</b>	<b>Média geral</b>
Pessoal	49,8%	47,5%	54,5%	50,3%
Consumo de Materiais	29,3%	35,1%	22,8%	28,9%
Custos e despesas gerais	20,9%	17,4%	22,7%	20,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Indicadores PROAHSA.

A dispensação de medicamentos é um dos itens que afetam de forma fundamental os gastos da unidade hospitalar (VECINA, REINHARDT, 2002, p.1). Barbieri e Machline (2006, p. 13) afirmam que a gestão eficiente dos recursos materiais pode trazer importantes

contribuições para a melhoria dos serviços hospitalares, por meio de redução dos custos e melhoria dos serviços prestados.

Entre as estratégias de compras nos hospitais, Ferreira (2000) cita negociação de preços, obtenção de descontos baseados em volume, controle de obsolescência e perda de materiais e medicamentos, adoção de políticas, padronização, entre outros.

Segundo Ferreira (2000), a gestão de recursos materiais e de medicamentos em hospitais caracteriza-se pela participação de diferentes profissionais: o médico, que determina o uso de materiais e medicamentos; os técnicos, que tratam dos materiais; os farmacêuticos, que administram a farmácia; as enfermeiras, responsáveis pela utilização dos materiais e medicamentos; e ainda os auditores das fontes pagadoras, que buscam divergências entre o uso e o pagamento dos produtos utilizados. O consumidor final do hospital não tem influência sobre a determinação do produto que irá consumir. Esta decisão fica a cargo dos técnicos, que muitas vezes não são funcionários do hospital.

Devido aos gastos envolvidos na assistência curativa nos hospitais, coloca-se a cultura hospitalar tradicional, eminentemente curativa, e seu posicionamento, no centro do sistema de saúde, em debate (OPAS, 2004). Espera-se que a atuação do hospital se foque também nas atividades preventivas. Além disto, os riscos inerentes à hospitalização e as fortes pressões financeiras forçam os hospitais a uma orientação para as atividades ambulatoriais, recorrendo menos à hospitalização. Assim, os hospitais se encontram numa fase de questionamento quanto ao seu papel na cadeia de valor da saúde.

## **2.11.2 Os Principais fornecedores da área da Saúde**

### **2.11.2.1 As Empresas Farmacêuticas**

Os medicamentos representam uma das maiores categorias de gastos da saúde. Estima-se que nos Estados Unidos sejam gastos cerca de US\$ 122 bilhões por ano, dos quais 25% são vendidos para os hospitais (BURNS, 2002, p. 219). Segundo Burns (2002, p.219), os custos relacionados aos medicamentos crescem mais rápido que os demais custos da saúde, ultrapassando a inflação e até o crescimento do PIB norte-americano. As causas para este aumento no gasto residem na introdução de novos produtos, na substituição de terapias, em novas formulações do produto e no aumento da demanda devido ao envelhecimento da população (NOONAN, 2000; BURNS, 2002, p.219).

Apesar de não haver um grupo que controle uma grande participação da indústria farmacêutica, esta se caracteriza pela existência de monopólios e oligopólios dentro das classes terapêuticas (FERREIRA, 2004). Assim, apesar de haver um grande número de empresas farmacêuticas, sem que nenhuma detenha mais de 7% de participação no mercado, este, ao invés de ter as características de um mercado de concorrência perfeita, onde existe competitividade em termos de preços, a existência de patentes confere características de mercado monopolista ou oligopolista, atribuindo às empresas maior liberdade na precificação dos medicamentos.

Tanto é assim que, num conceituado livro de microeconomia de Pindick e Rubinfeld (2006, p. 294), o mercado monopolista é ilustrado com o caso do medicamento Prisolet da Astra-Merck, lançado em 1995. Possuindo um mecanismo bioquímico que o diferenciava dos demais, e tendo sua eficácia melhor que os demais medicamentos, o Prisolet não possuía concorrentes que competissem à sua altura. Detentora da patente do Prisolet, a então Astra-Merck estava livre para decidir o preço do medicamento. Ela o precificou com um *markup* que excedia em 400% o custo variável unitário. E antes que a patente do Prisolet expirasse, ela lançou Nexium, um novo remédio, ainda mais inovador para a úlcera.

Este exemplo ilustra bem o funcionamento do setor, no qual a inovação é a fonte de diferenciação entre os produtos (GADELHA, 2002), e as patentes conferem ao seu possuidor poderes de atuação monopolista no mercado.

Devido ao custo da inovação, houve um processo acelerado de concentração de empresas, a partir de fusões entre grandes grupos. A vantagem destas fusões são a integração de conhecimento intra-firmas e o trabalho conjunto em pesquisa e desenvolvimento (GADELHA, 2002).

Segundo Ferreira (2004), a indústria farmacêutica é uma das que mais investem em pesquisa e desenvolvimento, com relação ao faturamento. Nos EUA, cerca de 20% do faturamento das empresas farmacêuticas foram aplicadas em pesquisa e desenvolvimento em 2000, deixando para trás a indústria de informática (10,5%), a indústria de produtos eletro-eletrônicos (8,4%), a de telecomunicações (5,3%) e a aeroespacial e de defesa (3,8%).

Os executivos destas empresas afirmam que se leva de 12 a 14 anos para se desenvolver um novo medicamento e que apenas um em dez medicamentos desenvolvidos vai de fato ao mercado, o que faz que seu preço deva cobrir não apenas seus custos, mas também dos demais (NOONAN, 2000).

Além dos gastos de P&D, um outro gasto significativo destina-se a publicidade e promoção dos medicamentos. Segundo Jacobzone (2000 *apud* FERREIRA, 2004), os gastos de marketing têm sido tão elevados quanto os de P&D. De acordo com Noonan (2000), em 1999 as empresas americanas investiram US\$ 20 bilhões em P&D e US\$ 14 bilhões em publicidade e promoções.

A expiração de patentes de medicamentos que foram introduzidos no mercado nas décadas de 1980 e 1990 ocasionou uma maior competição no mercado (BURNS, 2002, p. 220). Pois, após a expiração da patente e de outros direitos de exclusividade, o medicamento genérico pôde ser comercializado (BERMUDEZ, 1994). Com esta competitividade, a lealdade à marca é mantida por meio da publicidade e da inércia dos médicos, permitindo que os laboratórios mantenham seu mercado, mesmo após a expiração de suas patentes.

Por esta razão, os gastos com o marketing dos medicamentos são altos, e uma das estratégias utilizadas é um marketing agressivo juntamente aos médicos. Wazana (2000) estima que são gastos cerca de US\$ 8.000,00 a US\$ 13.000,00 com marketing direto aos médicos. Buckley (2004) diz que nos Estados Unidos estima-se que US\$ 19 bilhões são gastos na promoção de medicamentos aos médicos.

Como se trata de um grande volume financeiro, questiona-se até que ponto esta interação pode influenciar na prescrição (MOYNIHAN, 2003; WAZANA, 2000; RICCARDI, 2002; BUCKLEY, 2004).

*Critics argue that a culture of industry giving creates entitlements and obligations for doctors that conflict with their primary obligation to patients. (MOYNIHAN, 2003).*

As práticas mais comuns são: o pagamento das despesas de viagens (refeições e acomodação) em congressos, patrocínio de pesquisas, amostras grátis, presentes, refeições pagas, honorários para apresentação (WAZANA, 2000).

#### **2.11.2.2 Fabricantes de Materiais Cirúrgicos e Equipamentos Médicos**

O que caracteriza a produção dos fabricantes de equipamentos e aparelhos médicos é emprego de tecnologia muito avançada, o baixo volume de produção e, por conseguinte, um alto preço unitário (BURNS, 2002, p. 243).

Enquadram-se neste segmento os fabricantes que, segundo o acordo com o Cadastro Nacional de Atividades Econômicas do IBGE (1997), encaixam-se no grupo CNAE33.1, “Fabricação de aparelhos e instrumentos para usos médico-hospitalares, odontológicos e de laboratórios, e aparelhos ortopédicos”. Incluem-se neste grupo os aparelhos:

- 1) não eletrônicos, como instrumentos cirúrgicos, estetoscópios, entre outros;
- 2) os aparelhos eletro-eletrônicos, como equipamentos de laboratório, hemodialisadores, oxigenadores, entre outros;
- 3) os aparelhos de órtese e prótese, que são as válvulas cardíacas, pernas e membros artificiais, entre outros.

É difícil quantificar este mercado, uma vez que não existe padronização na coleta de dados e na forma de processá-los (CALIL, 2001).

Da mesma forma que o farmacêutico, este setor tem como um importante fator de marketing a inovação. Os médicos também possuem uma preferência natural pelos equipamentos e aparelhos mais avançados porque, normalmente, eles possuem novas funções em relação aos equipamentos já existentes (BURNS, 2002, p. 247). No caso de equipamentos, por exemplo, busca-se, por meio da inovação, a redução de tempo de procedimento, a não-hospitalização e procedimentos menos invasivos. Assim, ainda que sejam mais caros, os médicos tendem a optar por estes produtos. Os fabricantes de produtos médicos também procuram estabelecer um relacionamento com os médicos desde o início de sua carreira, para obterem sua lealdade.

Segundo Furtado e Souza (2001), no Brasil falta um índice de preços do setor de equipamentos médicos, pois alguns produtos, mesmo sendo produzidos no país, possuem preços dolarizados.

#### **2.11.2.3 Fabricantes de Material de Consumo**

Segundo a classificação do IBGE (1997), os fabricantes destes materiais são classificados juntamente com as empresas do setor farmacêutico. Tratam-se de produtos de baixo preço unitário, comprados em grande volume. São geralmente os primeiros alvos na padronização dos medicamentos.



### 2.11.3 As Operadoras de Planos de Saúde

As fontes pagadoras são um importante elo na cadeia de valor da saúde, no que concerne à saúde suplementar. Não se pretende aqui detalhar a atuação destas, mas levantar importantes aspectos na sua relação com os hospitais. Sabe-se que existem diversas modalidades de operadoras de planos de saúde, cada qual com características e funcionamento próprios. O quadro abaixo apresenta as modalidades, seus objetivos e forma de financiamento.

Tabela 1 - Modalidades de Operadoras de Planos de Saúde

	Cooperativas Médicas	Medicina de Grupo	Autogestão	Seguradoras
Objetivos	Valorizar o trabalho médico e prover soluções de saúde, assegurando a satisfação dos seus clientes	Prestar assistência à saúde por meio de serviços próprios ou credenciados aos beneficiários dos planos coletivos e dos planos individuais.	Proporcionar assistência à saúde a trabalhadores de empresas públicas ou de setores estratégicos da economia, por meio de sistemas de saúde supletivos que são administrados diretamente pela instituição patrocinadora ou por uma instituição assistencial e/ou previdenciária diretamente ligada a ela.	Prestar assistência à saúde por Sistema supletivo de saúde por meio de uma forma particular de intermediação financeira segundo a qual a empresa seguradora paga diretamente ao prestador do serviço de atenção médica credenciado ou reembolsa as despesas feitas pelo segurado sob regime de livre escolha.
Financiamento	O custeio dos planos é realizado pelos beneficiários (plano individual), ou pelas empresas, parcial ou integralmente (plano coletivo).	O custeio dos planos é realizado pelos beneficiários (plano individual), ou pelas empresas, parcial ou integralmente (plano coletivo).	O custeio dos planos é coparticipação entre empresas e empregados. Em 14,5% das empresas o custeio é integralizado pelos usuários ou entidades, ao passo que em apenas 4,8% é integralizado pelas Empresas mantenedoras dos planos	O custeio é realizado pelos beneficiários (plano individual) ou pagamento da empresa parcial ou integralmente (Plano coletivo). Operam com um sistema de pré-pagamento em que o contratante paga antecipadamente pelos serviços e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato.

Fonte: Adaptado de MALTA (2003).

Com relação ao número de beneficiários, as medicinas de grupo detêm a maior parcela do mercado (33% do total de beneficiários), seguidas pelas cooperativas (23%), seguradoras (15%) e autogestões (14%) (BANCHER, 2004).

Silva (2003) afirma que a atuação das operadoras de planos de saúde sempre esteve exageradamente vinculada à supremacia dos interesses econômicos e arriscadamente afastada das políticas de saúde e da mensuração da qualidade da assistência prestada. Para ele, os contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços não levam em consideração os aspectos de qualidade assistencial, e sim a capacidade de vendas que o credenciamento de um prestador de serviços possa gerar para a operadora de planos de saúde.

As operadoras gozavam de uma posição confortável no mercado: tinham rendimentos financeiros e repassavam os custos da assistência para os consumidores finais. Entretanto, a relação operadoras – prestadores sofreu mudanças por meio da Lei nº. 9.656/98, que passou a regulamentar o setor suplementar de saúde, e da Lei nº. 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo Silva (2003), estas regulamentações visaram a criar uma ruptura no desequilíbrio sistêmico que desfavorecia o usuário. A regulamentação ocasionou o surgimento de regras com grande impacto no setor. Silva (2003) cita algumas mudanças ocorridas:

- Ampliação das coberturas assistenciais, não admitindo qualquer tipo de exclusão ou de exceção, mesmo em planos exclusivamente ambulatoriais, o que levou ao atendimento de uma demanda maior por procedimentos de complexidade, antes realizados no setor público;
- Expansão dos direitos dos usuários e proibição de rompimento unilateral dos contratos nos planos individuais, proibição da recontagem dos prazos de carência, da seleção de risco e da exclusão indiscriminada de usuários. Mesmo os contratos antigos não podem ser rescindidos unilateralmente;
- Rigoroso monitoramento de preços e das condições de reajuste, com regras de proteção ao consumidor. Retiram-se, então, as possibilidades de recuperação do equilíbrio econômico nas bases antes realizadas, ou seja, utilizando o realinhamento da receita por meio de reajustes por desequilíbrio ou por

sinistralidade, redução da massa de expostos, exclusão dos contratos deficitários e de maiores controles de acesso e cobertura assistencial;

- Estabelecimento do pagamento de multas pelo não cumprimento contratual e pela desobediência da legislação regulamentadora;
- Exigências de solidez empresarial, impedindo operadoras de recorrer à concordata e de seus credores pedirem falência. As operadoras somente podem ser liquidadas a pedido da ANS, e também estão sujeitas à constituição de reservas e garantias de capacidade econômico-financeira para cumprimento dos contratos.

Essas medidas resultaram na elevação dos custos para as operadoras. Sem os rendimentos do mercado financeiro, com a ampliação da cobertura e da restrição dos reajustes, as operadoras se viram numa situação desfavorável, com suas margens reduzidas.

Esse mosaico legislativo-operacional, acrescido de tantas outras regras estabelecidas pela regulamentação da saúde suplementar, tratou de modificar substancialmente as condições assistenciais, de acesso e garantias de direitos. Entretanto, produziu um aumento considerável na espiral de custos, gerando uma expressiva inadequação econômica. (SILVA, 2003).

As soluções a curto prazo foram focadas nos prestadores de serviços, pressionando-os para a redução de custos, o que levou a um relacionamento conflituoso entre estes e as operadoras.

Houve, então, a necessidade de rigorosa auditoria sobre os gastos, o que ocasionou o número de glosas e novas configurações de pagamento aos prestadores de serviço.

Com relação à remuneração pelos serviços prestados, Andreazzi (2002) afirma que a modalidade mais tradicional e freqüente é o pagamento por produção de serviços, também conhecido como *fee-for-service* ou “conta aberta”. Entretanto, devido à busca por redução de custos, as operadoras, juntamente com os prestadores, têm criado novas formas de pagamento, como a diária global de internação, que constitui na precificação única de um conjunto de serviços hospitalares, compreendendo as diárias, os serviços de enfermagem, a utilização de equipamentos, a gasoterapia, honorários médicos em áreas fechadas e taxas diversas. Os demais itens da conta hospitalar, medicamentos, materiais médico-hospitalares, órteses e próteses, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e outros, permanecem sendo cobrados pela conta aberta (SILVA, 2003).

Uma outra forma usual de remuneração são os “pacotes”, que são preços fixos por determinados procedimentos, geralmente de baixa complexidade e baixa variabilidade de protocolos clínicos. Nestes casos, os custos adicionais ao preço fixo são pagos pelo próprio prestador.

Percebe-se, então, que a cadeia de valor da saúde, na ponta do pagamento, passa por um momento de adequação frente à restrição do repasse de custos ao consumidor final. E que, nesta relação, os prestadores de serviços são o foco das pressões por reduções de custos.

## **2.12 Os Itens de Preferência do Médico: os Maiores Gastos em Compras**

O que a literatura americana denomina “*physician preference items*” (PPI), cuja tradução seria “itens de preferência do médico”, são aqueles produtos pelos quais os médicos possuem uma marca de sua preferência, sendo muito difícil fazê-los optar por um outro produto. Esta preferência surge por meio das experiências de treinamento do médico, a familiaridade com o produto e a satisfação com relação a ele (BURNS, 2002, p. 247).

O grande problema destes itens é que a decisão do médico é baseada na sua preferência, sem levar em conta os custos envolvidos. E, como visto, existem vários fatores que podem influenciar na escolha do médico, desde a preferência por equipamentos e produtos inovadores até os incentivos dos fabricantes.

A variabilidade de produtos, decorrente das distintas preferências do médico, torna os processos de compras mais caros, por se tratarem de compras fragmentadas, sem muito poder de negociação com o fornecedor. Além disto, o processamento diferente para cada fornecedor também acaba por elevar os custos operacionais do processo de compras.

Sobre os PPIs, Ballard (2005) afirma:

*They typically are brought to market at blazing speed and marketed directly to physicians, thereby bypassing checks and balances of a hospital's normal purchasing process. (BALLARD, 2005).*

Ballard (2005) estima que 40% dos gastos com suprimentos em hospitais são com PPIs. McKone-Sweet, Hamilton e Willis (2005) dizem que 28% dos gastos com suprimentos devem-se aos produtos “commodities” e 72% com os produtos de preferência do médico.

As porcentagens são variadas na literatura, mas seja qual for, o fato é que estes produtos representam uma grande porcentagem dos gastos, e são os mais difíceis de ser reduzidos.

Na maioria das vezes, a tomada de decisão do médico não leva em conta questões de custos, ele opta por utilizar os equipamentos e produtos seguindo critérios clínicos. Para eles, o custo deve ser preocupação dos administradores do hospital, e não deles (BALLARD, 2005).

## **2.13 Iniciativas para a Redução de Gastos em Compras**

### **2.13.1 A Padronização**

Um dos principais objetivos da gestão de compras nos hospitais é reduzir a variabilidade dos itens comprados (NEUMANN, 2003).

De acordo com Barbieri e Machline (2006, p.59), quanto maior a variabilidade produtos com a mesma finalidade, maior o estoque médio da organização, o que acarreta custos de armazenagem. Outros objetivos da padronização são, segundo estes autores:

- Reduzir os custos de obtenção dos materiais;
- Facilitar as operações de compra e as interações com fornecedores;
- Reduzir os custos de manutenção de estoques;
- Facilitar as operações de armazenagem e manuseio.

A grande variabilidade de produtos comprados é, segundo Neumann (2003), resultado de muita diferenciação entre os produtos e de decisões que são baseadas somente na opinião de indivíduos, como os médicos que possuem um conhecimento técnico significativo sobre a *performance* dos produtos. Apesar do conhecimento técnico ser importante, as decisões

baseadas somente nele acabam por enfatizar exageradamente pequenas distinções entre os produtos (NEUMANN, 2003).

Para Neumann (2003), a solução para esta grande variabilidade de produtos requer uma análise sistemática de suas opções. O processo de avaliação dos produtos deve estar focado em estreitar a escolha daqueles que são de alta qualidade e que produzam os melhores resultados. Segundo ele, “*the object should not be to reduce choice, but to make the choice more rational*”. A padronização dos produtos é uma consequência deste processo.

O autor sugere um “formulário terapêutico” (*supply formulary*), ou seja, uma lista com os produtos padronizados pelo hospital. Para se desenvolver esta lista, Neumann (2003) diz que todos os produtos e serviços devem ser analisados, e deve-se levar em consideração as necessidades dos pacientes, médicos e *staff* clínico.

Na área da saúde, a padronização é um desafio, afinal os médicos tendem a resistir a quaisquer iniciativas que limitem seu acesso aos suprimentos ou que acarretem mudanças de suas próprias práticas (NEUMANN, 2003). O envolvimento dos médicos é um fator crítico de sucesso para as iniciativas de padronização. (BALLARD, 2005; STARK; MANGIONE, 2004).

Grande parte das padronizações já ocorridas foca-se em produtos *commodities*, como curativos, algodão, luvas e outros, e também em medicamentos. Por se tratarem de produtos com pouca diferenciação entre si, eles são facilmente intercambiáveis, o que torna sua padronização mais rápida e sem maiores resistências. “*Most organizations have a formulary for drugs, but not for other supplies*” (NEUMANN, 2003)

Para Ballard (2005), o grande desafio é a padronização dos itens de maior valor, os PPIs.

### **2.13.1.1 Barreiras para a Implementação da Padronização**

#### **2.13.1.1.1 Diferença de visões entre médicos e executivos de áreas administrativas**

Um dos problemas levantados para a padronização é a diferença entre a formação do médico e a dos executivos, o que os leva a ter visões diferentes sobre o mesmo assunto. Enquanto os executivos se focam nas questões financeiras, os médicos detêm o conhecimento clínico. (McKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005).

Ballard (2005) reforça a necessidade dos gerentes de materiais aprofundarem seus conhecimentos clínicos, pois a perspectiva clínica sempre será fundamental na seleção dos produtos. Por outro lado, também enfatiza a importância de se obter a atenção dos médicos para as questões financeiras. Para ele, discussões fundamentadas em dados financeiros confiáveis são chave para se ter uma reação positiva dos médicos.

Uma forma de contornar estas diferenças e aproveitar a diversidade de conhecimento dos profissionais é a formação de equipes multifuncionais para a seleção dos produtos. Estas equipes são também conhecidas como comitês de padronização (LONG, 2005; BALLARD, 2005), comitês de análise de valor (NEUMANN, 2003) e comitê de avaliação de produtos (NEUMANN, 2003). Seja qual for a denominação, o objetivo é reduzir a variabilidade de produtos comprados.

McGinnis (2005) relata o caso do West Jefferson Medical Center, um hospital de Nova Orleans. Neste hospital, foram formados “*value analysis teams*”, times de análise de valor, para avaliar os custos e benefícios de cada suprimento médico e serviço contratado do hospital. Estes times envolviam médicos, diretores de departamentos, pessoal de suprimentos, finanças e até especialistas sobre a remuneração pelas fontes pagadoras (McGINNIS, 2005). Eles eram incumbidos de revisar todos os produtos do hospital, determinando seu impacto nas questões clínicas, nos custos e pagamentos.

*Under WJMC'S program, every new product, equipment, or supplier had to be approved by a value analysis team. As such, physicians, administrators, and department manager could not order a supply*

*simply because someone liked it or because a sales representative's visit was particularly persuasive. This accountability helped keep costs down without affecting medical care. (McGINNIS, 2005)*

Desta forma, a seleção dos produtos engloba os critérios de decisão de todas as partes envolvidas, evitando decisões parciais. McGinnis dá o seguinte exemplo: suponha que um chefe de departamento queira trocar um produto por um outro que custe o dobro, que empregue uma nova tecnologia. Se o pagamento é baseado na diária, uma decisão como esta incorreria num maior custo para hospital, sem nenhum aumento da receita. Portanto, a necessidade de haver representantes dos pagadores no comitê de padronização.

#### **2.13.1.1.2 Obter envolvimento dos médicos**

Como os médicos são aqueles que de fato fazem a decisão sobre a compra, o envolvimento deles na seleção de produtos é de fundamental importância (McKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005; STARK, 2004).

Algumas práticas bem sucedidas são expostas a seguir:

- Formação de times de análise de valor (HFMA, 2002);
- Explicação da importância da iniciativa, apoiando-se em dados completos e confiáveis sobre os gastos do hospital e dados de *benchmarkings* com outros hospitais (HFMA, 2002; BALLARD, 2005; NEUMANN, 2003; McGINNIS, 2005);
- Treinamento dos médicos com relação às metodologias do projeto de padronização (McGINNIS, 2005);
- Liderança de um médico para facilitar a comunicação e diminuir a resistência dos demais (LONG, 2005).



### **2.13.1.1.3 Mobilidade dos médicos para outros hospitais**

McKone-Sweet, Hamilton e Willis (2005) alertam para o fato de que muitos médicos não são empregados dos hospitais, e, por isto, se o hospital não efetua a compra que ele deseja, ele pode levar seus pacientes para um outro hospital.

Como os médicos são clientes-chave dos hospitais, estes hesitam numa padronização mais agressiva, que envolva os itens mais caros, que geralmente são de preferência do médico.

### **2.13.2 Grupo de Compras - Group Purchasing Organizations (GPOs)**

Ao se pesquisar sobre o tema “compras” na saúde, percebe-se um acentuado número de estudos sobre os grupos de compras. Tal prática não é tão comum nas demais indústrias, conforme mostra o estudo de Essig (2000), que verificou que apenas 21% das empresas americanas fazem parte de um consórcio de compras (HENDRICK, 1997 *in* ESSIG, 2000).

Segundo Nollet e Beaulieu (2005), o surgimento de grupos de compras na saúde, nos EUA, data antes mesmo da década 1970, quando os hospitais regionais se uniram para realizar compras conjuntas. No final da década de 70, surgiram os grupos de compras com abrangência nacional, e o crescimento deste setor foi intenso. Na década de 1980, os grupos de compras não conseguiam mais crescer, pois a maioria dos hospitais já era atendida por um grupo de compras. Então, os grupos de compras passaram a oferecer outros serviços, além dos da área, como consultoria, serviços relacionados à tecnologia da informação e outros. Os anos 90 foram marcados pela consolidação dos próprios grupos de compras, fazendo surgir os maiores dos Estados Unidos: Novation (US\$ 11 milhões), Premier (US\$ 10 milhões).

Um grupo de compras é definido por Nollet e Beaulieu (2005) como uma estrutura formal ou virtual que facilita a consolidação destas em muitas organizações. A consolidação é uma prática de compras usada para transferir para uma entidade central atividades como: cotação,

avaliação de fornecedores, negociação e gestão de contratos. Assim, os membros obtêm condições mais favoráveis do que se fossem negociar individualmente.

Para Burns (2002, p.60), a consolidação de suprimentos e serviços oferece aos hospitais uma oportunidade de gerar economias, uma vez que a compra em escala é vantajosa para os fabricantes. O custo da unidade cai com a venda de um volume grande de produtos, já que os custos fixos são divididos por uma grande quantidade de unidades. Isto é ainda mais importante na indústria da saúde, onde os custos com pesquisa e desenvolvimento (custos fixos) são muito altos (HOVENKAMP, 2002). Segundo este mesmo autor, num mercado “atomizado” nenhum vendedor pode ter certeza de uma grande produção, porque as compras são fragmentadas também. Daí ocorre que os vendedores colocam margens altas nos preços, o que encarece todo o sistema.

Segundo Burns (2002, p.60), os grupos de compras negociam a compra de materiais médico-cirúrgicos, medicamentos, material de laboratório, diagnóstico por imagem, equipamentos, refeição, material de escritório, manutenção, TI e seguros.

Por meio de sua consolidação, os grupos de compras conseguem economias que variam de 10 a 15% do custo normal de aquisição (HOVENKAMP, 2002).

Existem dois tipos de estrutura de grupo de compras: a estrutura cooperativa, no qual as compras consolidadas a serem feitas são distribuídas pelos membros; e a estrutura terceirizada, na qual existe uma organização distinta, que realiza contratos por intermédio de um mandato dado pelos membros (NOLLET; BEAULIEU, 2005). Neste último caso, além da economia advinda da consolidação das compras, tem-se a possível redução com pessoal devido à transferência das funções para o grupo de compras, e com gastos administrativos em geral (McKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005).

Nos Estados Unidos existem de 200 a 400 grupos de compras que se focam em hospitais (BURNS, 2002, p.63). Ao contrário do Brasil, o mercado norte-americano de grupo de compras é tão grande, que um hospital participa de vários grupos a fim de colocar um competindo com o outro para se alcançarem maiores descontos (HOVENKAMP, 2002).

Os grupos de compras, nos Estados Unidos, recebem uma taxa de administração do contrato (*contract administration fee*) que varia de 2 a 3% do valor total da compra (BURNS, 2002, p. 69). Esta taxa é paga pelo vendedor do produto (fabricante) e é a maior fonte de receita. Elhaug (2002) afirma que os grupos de compras também retêm parte do pagamento feito pelos hospitais: “(...) *and the GPOs get a percentage of what the hospitals pay, collecting both from device makers and member hospitals*” (ELHAUGE, 2002). Outras fontes de receita são as mensalidades pelo uso do site de comércio eletrônico (cobrada do vendedor do produto) ou pagamento por transação eletrônica, entre outros (BURNS, 2002, p. 69).

Segundo McKone-Sweet, Hamilton e Willis (2005), os grupos de compras também oferecem treinamentos para os gerentes de materiais e para os executivos dos hospitais, trabalham conjuntamente para reduzir custos de procedimentos e desempenham papel central de agregar informações para *benchmarkings* e para disseminação e compartilhamento de informação entre os hospitais membros. Hovenkamp (2002) acrescenta que os grupos de compras podem testar produtos para verificar a relação preço/qualidade, suas características e adequação de seu uso, e assim realizar recomendações de produtos para os seus membros. Burns (2002) também afirma que os grupos de compras oferecem uma proteção de preços aos hospitais membros, já que os contratos são de longo prazo, variando de três a cinco anos. Além disto, oferecem programas para melhorar a padronização de produtos e a utilização de recursos; oferecem também, entre outros, serviços de seguro, programas para gestão de tecnologia e gestão de pessoas.

Estes serviços adicionais são normalmente negociados de forma separada da atividade principal de um grupo de compras, que é a compra em si. Estima-se que nos Estados Unidos os grupos de compras sejam responsáveis por dois terços dos custos de suprimentos dos hospitais (BURNS, 2002, p. 70).

Existe um grande debate sobre o papel dos grupos de compras e sua atuação no mercado norte americano. Em linhas gerais, neste debate, Elhaug (2002) critica severamente a atuação anti-competitiva dos grupos de compras. Um problema é que eles tendem a favorecer os grandes fabricantes, porque estes possuem uma grande variedade de produtos, o que facilita a negociação conjunta. Ou seja, negocia-se uma linha inteira de produtos, ao invés de um produto apenas, o que garante menores preços (McKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS,

2005). Assim, o foco passa a ser o preço e não a avaliação se aquele é de fato o melhor produto (ELHAUGE, 2002).

Elhauge (2002) também alerta para o perigo de se justificar os preços menores em decorrência da economia em escala, quando para ele o fato é que os fabricantes baixam seus preços porque querem conquistar o *market share* e, conseqüentemente, adquirir a lealdade dos clientes conquistados, iniciando um processo de monopolização do mercado. Eles sabem que após uma adoção “maciça” de um produto, a substituição por um outro requer um esforço ainda maior.

Os grupos de compras também tendem a beneficiar os grandes fabricantes porque eles possuem maior solidez financeira para honrar seus compromissos (McKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005).

Mas, o grande problema reside no fato dos grupos de compras se tornarem mais um canal de vendas dos fabricantes, à medida que os fabricantes passam a dar incentivos cada vez mais atraentes para os grupos de compras. Como a principal fonte de renda advém dos fabricantes, o grupo de compras pode favorecer quem lhe proporciona o maior retorno financeiro (McKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005).

*Taking fees from both hospitals and manufactures, which have conflicting goals, creates the potencial for GPOs to favor the group that provides the largest financial return. (McKONE-SWEET; HAMILTON; WILLIS, 2005)*

### **Como os executivos dos Grupos de Compras dos Estados Unidos vêm a Gestão de Compras/Suprimentos dos Hospitais Norte Americanos**

O grupo de compras se tornou, nos EUA, um intermediário com muita força de influência para os provedores de cuidados da saúde, como também para os fabricantes de materiais e medicamentos.

Ao se deparar com este fato, surge a hipótese de que a força adquirida pelos grupos de compras seja inversamente proporcional à força que a gestão de compras possuía dentro dos

hospitais. Ou seja, a deficiência de compras nos hospitais acabou por ser suprida por uma outra organização que, detendo todo o *expertise* em compras, e sem nenhum tipo de controle feito pelos hospitais, passou a ter liberdade total, decidindo por si a relação com os demais *players* do mercado.

A diferença de conhecimento é tão grande a ponto de os grupos de compras oferecerem serviços de consultoria e treinamento para os gerentes dos hospitais. Sobre isto, Burns (2002), baseado em sua pesquisa, relata que os executivos dos grupos de compras dizem que os gerentes de materiais dos hospitais não têm habilidades para ser líderes de iniciativas de *Supply Chain Management* nos hospitais. Segundo eles, falta-lhes preparo para seus cumprir seus papéis:

*GPOs reported that materials management contacts lack the influence and ability to serve as effective leaders of Supply Chain efforts in the hospital. Part of this stems from their lack of education and preparation for their roles. (BURNS, 2002, p. 86).*

Esta é a percepção que os executivos dos grupos de compras possuem sobre a gestão de compras nos hospitais. Ou seja, uma vez que a diferença de conhecimento é tão discrepante, maior é a probabilidade de que os grupos de compras passem a liderar as iniciativas de compras dos hospitais, passando a exercer até o controle sobre a gestão.

Na indústria em geral, algumas das principais barreiras para a terceirização das atividades de compras são exatamente a perda de controle da gestão de compras e a dificuldade em se mensurar a *performance*:

*Objections to outsourcing voiced by supply managers included loss of control over supplier performance or purchasing costs, concerns that third party would not aggressively pursue improvements, and the level of difficulty associated with measuring the performance of a third-party supply management organization (MALTZ; ELLRAM, 1999)*

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Levantamento Bibliográfico

O levantamento bibliográfico foi dividido em duas partes: primeiramente, pesquisaram-se os temas relacionados à gestão de compras na indústria em geral. Foram pesquisados os termos: gestão de compras, gestão de suprimentos, cadeia de suprimentos, cadeia de valor, e os termos em inglês, *purchasing*, *strategic purchasing*, *supply management*, *supply chain management*, *value chain management*, nas bases de dados disponíveis na FGV. São elas: Ebsco, Emerald, Jstor, Proquest, e Portal CAPES. Foram feitas pesquisas no banco de teses e dissertações da CAPES e da USP, e no catálogo de dissertações e teses da FGV. Também foram pesquisados livros de autores “clássicos” sobre os temas, que se repetiam na bibliografia dos artigos encontrados.

Depois foram pesquisados artigos que abordassem o tema de Compras no setor da saúde, mais especificamente no ambiente hospitalar. Foram pesquisados os mesmos termos que foram antes citados, acrescentando o termo “hospital” e “saúde”. Foram também pesquisados os termos em inglês: *hospital purchasing*, *medical supplies*, *hospital + supply chain management*, *health care value chain*, *health care supply chain* e outros termos correlatos, nas bases Ebsco, Emerald, Jstor, Proquest, e Portal Capes, e também nas bases da Bireme. Foram também realizadas pesquisas na base da Fiocruz. Entretanto, verificou-se que existem poucos artigos acadêmicos que abordam este assunto, a maior parte dos artigos encontrados é proveniente de periódicos voltados ao público executivo, como os periódicos *Health Care Financial Journal*, *Hospital Purchasing*, entre outros. Percebeu-se, então, que o tema é muito mais tratado no âmbito executivo que no acadêmico.

O aprofundamento do tema fez surgir a necessidade de realizar pesquisas em temas correlatos, como o marketing das empresas farmacêuticas, os grupos de compras, que também foram pesquisados nas mesmas bases de dados, tanto em português como em inglês.

### 3.2 Método de Coleta de Dados

Foi utilizado o método qualitativo, que pode ser descrito como um conjunto de técnicas interpretativas que procuram descrever, decodificar, traduzir. Segundo Denzin e Lincoln (2000, p. 8), a própria palavra “qualitativa” implica numa ênfase na qualidade de entidades, processos e significados, que não podem ser examinados ou mensurados em termos de quantidade, valor, intensidade ou frequência.

As pesquisas qualitativas procuram respostas às questões voltadas a como determinada experiência social é criada e como surgem seus significados (DENZIN; LINCOLN, 2000, p. 8). Ao contrário, os estudos quantitativos enfatizam a mensuração e a análise de relações causais entre variáveis e não processos (DENZIN; LINCOLN, 2000, p. 8).

Além disto, quando se pretende capturar o ponto de vista de alguém, a pesquisa qualitativa permite uma maior proximidade entre o pesquisador e o indivíduo de quem se busca o ponto de vista, devido à possibilidade de entrevistas em maior detalhe e sua observação, podendo capturar aspectos subjetivos (DENZIN; LINCOLN, 2000, p. 10).

Com relação ao tipo de pesquisa, optou-se por um misto de descritiva e exploratória. Descritiva porque, com relação à gestão de compras, a literatura é significativa e proporciona um direcionamento sobre que aspectos poderão ser considerados e caracterizados na gestão de compras nos hospitais. Segundo Zikmund (2003), a pesquisa descritiva, ao contrário da exploratória, é utilizada quando se tem um entendimento prévio sobre a natureza de um problema.

Porém, quando se fala em gestão de compras em hospitais no Brasil, devido ao reduzido número de publicações que abordem uma visão mais estratégica da gestão de compras, surge a necessidade de uma pesquisa com um caráter mais exploratório, a fim de que se possam levantar problemas, processos, idéias próprias da gestão de compras deste segmento específico.

### 3.3 Amostra

A amostra para este trabalho é a intencional, também conhecida como não probabilística ou de intenção racional (BARROS; LEHFED, 1986, p. 107). Neste caso, o pesquisador se dirige intencionalmente a grupos de elementos dos quais deseja saber a opinião. A amostra intencional não é representativa e, por isto, não pode ser generalizada para o universo. Os resultados têm validade para aquele grupo específico (BARROS; LEHFED, 1986, p. 107).

Foram selecionados 4 hospitais privados de São Paulo com as seguintes características:

Tabela 2 - Hospitais da Amostra e Sua Caracterização

Hospital	Natureza Jurídica	Mantenedor	Tipo	Porte	Financiador*
Hospital 1	Privado s/ fins lucrativos	Sociedade Beneficente	Geral de alta complexidade	Grande	Plano de terceiros e particular
Hospital 2	Privado s/ fins lucrativos	Cooperativa	Geral de alta complexidade	Grande	Plano próprio
Hospital 3	Privado c/ fins lucrativos	Plano de Saúde	Geral de alta complexidade	Grande	Plano próprio e plano de terceiros
Hospital 4	Privado s/ fins lucrativos	Sociedade Beneficente	Geral de alta complexidade	Grande	Plano de terceiros e particular

\* Classificação do IBGE (2000):

Plano próprio - quando o estabelecimento possui ou é de propriedade de uma empresa de Seguro de Saúde, Autogestão, Grupo Médico ou Medicina de Grupo, que financia suas próprias atividades, por meio de planos de saúde ou de associados por cotas.

Plano de terceiros - quando o estabelecimento atende a clientes de planos de seguro saúde ou outras formas de financiamento das ações de saúde, administrados por terceiros.

Particular - o estabelecimento atende a clientes particulares, mediante pagamento.

O fato de serem escolhidos hospitais particulares foi motivado pelo alto custo envolvido na assistência suplementar. Do total de gastos com saúde no Brasil, o setor suplementar é responsável por 54% (WHO), sendo que sua cobertura abrange apenas 24,5% da população (IBGE, 2000). Esta disparidade nos custos torna o setor suplementar ainda mais instigante em termos de gestão de compras e análise das possíveis ineficiências. Os hospitais públicos obedecem às leis da administração pública, o que levaria à necessidade de se aprofundar em assuntos específicos da área pública, o que não é o objetivo deste trabalho. Todavia, o estudo da gestão de compras nos hospitais públicos fica como sugestão para futuras pesquisas.



Dentre os hospitais particulares do município de São Paulo, foram escolhidos os hospitais reconhecidos por sua posição de destaque em termos de gestão hospitalar, porque, sendo referência no setor hospitalar, adotam práticas que são seguidas posteriormente pelos demais hospitais.

Foram escolhidos hospitais que variam com relação à sua propriedade (mantenedora), a fim de haver diversidade de percepções. Porém, o objetivo não é realizar comparações, e sim levantar aspectos da gestão de compras.

### **3.4 Entrevistados**

Em cada hospital, foram entrevistados:

- o gestor responsável por compras/suprimentos;
- um representante da alta administração, como um diretor executivo;
- um médico.

Procedeu-se assim, a fim de se obterem diferentes perspectivas da gestão de compras no hospital, e não para confrontar os discursos. A unidade de análise foram os entrevistados e suas percepções.

Com relação aos médicos, ao invés de se entrevistar um médico que atua somente na prática assistencial, foram entrevistados diretores clínicos ou diretores médicos, para que eles pudessem trazer as percepções dos médicos da prática assistencial. Por terem uma visão mais administrativa que os demais, poderiam contribuir mais para as questões da pesquisa.

Optou-se por omitir a identidade dos entrevistados e nome do respectivo hospital para garantir a confidencialidade e para proporcionar mais liberdade durante a entrevista.

Das 12 entrevistas inicialmente previstas, apenas uma não pôde ser realizada, devido a um conflito de agenda. Houve um caso em que a entrevista foi substituída por um questionário, pois não havia a possibilidade de um encontro. No hospital 3 o gestor da área de materiais ocupava o cargo de diretor executivo interino, reduzindo a necessidade de uma entrevista. No

entanto, foi entrevistada mais uma pessoa do hospital 3, que cuidava das compras da operadora à qual o hospital 3 pertence. No total foram realizadas 12 entrevistas.

Tabela 3 – Relação dos Entrevistados

Hospital	Gestor de Compras/Suprimentos	Alta Administração	Diretor Médico ou Clínico
Hospital 1	Dir. de Suprimentos e Engenharia	Diretor Executivo	Diretor Médico
Hospital 2	Coordenador de Compras	Diretora Administrativa	Diretor Clínico
Hospital 3	Gerente Comercial e de Materiais / Coordenadora de Compras	Gerente Comercial e de Materiais ocupava interinamente o cargo	Gerente Médico
Hospital 4	Superintendente de Logística e Suprimentos	Não foi realizada	Diretor Clínico

Fonte: Elaboração própria.

### 3.5 Instrumento de Pesquisa

O método de coleta de dados foi de entrevistas semi-estruturadas, o que significa que não são estruturadas o suficiente para permitir uma análise estatística, tampouco muito flexíveis a ponto de permitir a exploração de todos os assuntos citados (CASSELL; SYMON, 1997, p. 16).

Na entrevista semi-estruturada segue-se um roteiro que serve como orientação geral, e o entrevistado fica livre para conduzir a outros temas ou aprofundar-se naqueles que são pertinentes à pesquisa.

Foram elaborados 3 tipos de questionário, para cada tipo de entrevistado (executivo da alta administração, gestor de compras/suprimentos, médico).

Apesar de haver um roteiro, as entrevistas não seguiram rigorosamente a ordem dos assuntos abordados. Preferiu-se deixar os entrevistados livres para se aprofundarem nas questões julgadas mais relevantes na visão deles próprios.

Previamente às entrevistas, foi enviada aos responsáveis pela área de Suprimentos/ Compras uma “Solicitação de Dados Prévia”, onde se requisitavam os organogramas, as categorias de produtos e sua representatividade no total das compras e o número de itens e fornecedores. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Os roteiros e a solicitação prévia de dados se encontram nos apêndices.

### **3.6 Limitações do Trabalho**

Ao utilizar o tipo de amostra intencional, não poderão ser feitas generalizações, pois os casos não garantem representatividade do universo.

O trabalho se limitou a levantar as percepções dos executivos dos hospitais. Portanto, trata-se de uma visão parcial do entendimento das ineficiências da cadeia de valor da saúde. Para um entendimento mais abrangente, sugerem-se futuras pesquisas que abordem a percepção de outros elos da cadeia, como, entre outros, a fonte pagadora e os fornecedores.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa encontram-se organizados em temas, que surgiram a partir da análise do conteúdo das entrevistas. Os temas abordam questões relevantes na identificação das ineficiências da cadeia de valor da saúde. Assim, a apresentação dos resultados segue a seguinte ordem:

- Itens de Representatividade na Compra Hospitalar;
- Posicionamento da Área de Compras/Suprimentos na Estrutura Organizacional do Hospital;
- Percepções sobre a Área de Compras/Suprimentos;
- Contribuições Estratégicas da Área de Compras/ Suprimentos;
- A Padronização;
- Distinção entre a Padronização de Materiais X Medicamento;
- Atuação da Área de Compras/Suprimentos na Seleção de Materiais e Medicamentos;
- Os Médicos e a Questão dos Custos;
- Transparência e Monitoramento dos Custos;
- Os Médicos e o Entendimento de seu Papel na Cadeia de Valor da Saúde;
- A Visão de Custos a Curto Prazo;
- Os Fornecedores e sua influência sobre o Médico;
- A falta de Regulamentação com Relação aos Fornecedores;
- A Utilização dos Genéricos;
- A Utilização dos Grupos de Compras;
- Pacotes: Uma Iniciativa de Integração com os Elos da Cadeia de Valor da Saúde;
- O Paciente;
- A Evolução da Gestão de Compras.

**Na apresentação dos resultados, para resguardar a identidade dos entrevistados, foi utilizado o título genérico do cargo, como “diretor da alta administração”, para o executivo da alta administração; “gestor de compras/suprimentos” para o maior responsável pela função de compras; e “diretor clínico” para os médicos entrevistados,**

**sem a identificação do hospital do entrevistado. Em alguns casos em que se fazia necessária a identificação, as informações sobre os entrevistados foram mantidas.**

#### **4.1 Itens de Representatividade na Compra Hospitalar**

Apenas o hospital 4 não forneceu os dados relativos aos itens de compra e sua representatividade no total de compras. Os dados fornecidos pelos hospitais encontram-se em anexo (ANEXO A).

Cada hospital possui uma forma de agrupar os itens de compras, e existem diferenças quanto ao que se totaliza dentro do “total de compras”. Enquanto, o hospital 1 considera os serviços terceirizados de laboratório e anatomia patológicas junto ao total de compras, o mesmo não se verifica no hospital 2 ou 3.

O hospital 1 apresenta um grande percentual em serviços (36%), pois estão inclusos alguns serviços de laboratório terceirizados e também um laboratório de análises no exterior para patologias muito específicas.

Nos três hospitais, os materiais, juntamente com os medicamentos, somam mais da metade dos gastos em compras do hospital, variando de 55% à 83,9% do total de compras dos hospitais da amostra. Dentro deste percentual, os maiores gastos referem-se aos materiais cirúrgicos, que recebem diferentes denominações entre os hospitais: “materiais médicos em geral” (hospital 1), “materiais médicos” (hospital 2), ou mesmo “materiais especiais” (hospital 3).

## **4.2 Posicionamento da Área de Compras/Suprimentos na Estrutura Organizacional do Hospital**

Foi solicitado aos responsáveis pela área de Compras/Suprimentos que fornecessem o organograma do hospital, a fim de verificar onde a área se encontra dentro da hierarquia institucional. Como visto no referencial teórico, alguns autores colocam a posição hierárquica da área de Compras/Suprimentos como uma das formas de analisar a importância e o reconhecimento da área dentro da organização. Para eles, quanto maiores a visibilidade e a proximidade à alta administração, maior a probabilidade de a área ser vista como estratégica para a organização. Os organogramas encontram-se em anexo (ANEXO B), e resultados são apresentados a seguir.

### **Hospital 1**

No hospital 1, tem-se uma diretoria de Suprimentos e Engenharia que responde diretamente para a superintendência executiva da sociedade mantenedora do hospital.

Há dois anos atrás, a área de Suprimentos respondia para uma diretoria de Operações e Infraestrutura, que se subordinava à superintendência executiva do hospital, e não da sociedade mantenedora, como ocorre atualmente. De acordo com o diretor executivo do hospital, houve uma reestruturação em que todos os serviços corporativos comuns à todas as instituições da sociedade passaram a se tornar diretorias corporativas, respondendo diretamente à superintendência executiva da sociedade. Assim, a área de Suprimentos passou a ser uma diretoria e não uma gerência, como era anteriormente.

Ao explicar esta transição, o diretor de suprimentos justifica a mudança, enfatizando o olhar mais estratégico sobre a área de Suprimentos.

Criada a diretoria de Suprimentos e Engenharia, iniciou-se um projeto contendo o diagnóstico dos gastos da área, estudos detalhados sobre os custos de transação, classificação dos produtos e estratégias de compras, dando evidências de uma gestão altamente profissionalizada.

## Hospital 2

O hospital 2 é o único hospital da amostra em que a área de Compras não se reporta diretamente à diretoria executiva, e sim à área de infra-estrutura, que por sua vez responde à diretoria administrativa, esta ligada à diretoria executiva. O organograma do hospital 2 se assemelha à organização tradicional, onde a área de Compras responde a uma área de infra-estrutura. O fato interessante é que o responsável pela área de Compras do hospital 2 foi o único que relatou que a área é ainda vista como operacional, e de fato é o hospital da amostra cuja área de Compras mais se distancia da diretoria executiva. É ainda o único hospital da amostra em que a área de Compras não realiza a compra de serviços, revelando, aqui também, o seu caráter restrito.

O coordenador de compras disse que não há dúvidas de que a área tende a ser vista mais estrategicamente. Ele até citou a contratação de uma consultoria empresarial que irá auxiliá-los num projeto de compra conjunta.

As características do hospital 2, portanto, aproximam-se de um modelo mais tradicional, em que a área de Compras ainda não participa ativamente na elaboração da estratégia do hospital, e se encontra num nível hierárquico inferior.

## Hospital 3

Ao realizar a entrevista no hospital 3, constatou-se a existência de duas áreas de compras: a da operadora de planos de saúde à qual o hospital pertence, e a do hospital.

As compras são de fato realizadas na área de Compras que fica na estrutura organizacional da operadora, subordinada à diretoria de finanças. O motivo para a área de Compras responder para a área financeira é dada por um dos entrevistados:

*“O diretor de finanças é o diretor financeiro e de compras. Ele administra o dinheiro, então, ele tem interesse em negociar as compras melhor.” (Gestor de Compras/Suprimentos do hospital 3)*

A área de Compras do hospital, denominada “gerência comercial e de materiais”, é responsável pelo planejamento das necessidades de compra e pela distribuição dos materiais do hospital.

Segundo o gerente comercial e de materiais do hospital 3, o fato de haver uma separação entre as duas áreas de Compras, uma do hospital e outra da operadora, é porque pode haver interesses conflitantes: quem realiza as compras pode aumentar desnecessariamente o volume de compra para conseguir mais descontos, o que incorreria num aumento de estoques.

*"Quem planeja e define a necessidade a ser comprada não pode ser quem negocia, porque a meta de um é comprar pouca quantidade para virar o estoque, e a meta do outro é pagar barato. Quanto maior o volume, é mais fácil baixar o preço, mas o estoque pode crescer."*  
(Gestor de Compras/Suprimentos do hospital 3)

Com relação à estrutura da rede própria do qual o hospital faz parte, a gerência denominada “gerência comercial e de materiais” responde diretamente à diretoria executiva, cargo este que o gerente comercial e de materiais ocupava interinamente. A gerência comercial e de materiais do hospital 3 é a fusão de uma gerência comercial, responsável por vender a capacidade ociosa do hospital, com a gerência de materiais, responsável pela farmácia, pelo almoxarifado e pelo planejamento e controle das compras do hospital.

A razão para unir duas funções distintas é explicada da seguinte forma: ao se vender a capacidade ociosa do hospital para outros planos de saúde, o gerente comercial precisa ter muito conhecimento sobre os materiais, medicamentos, seus processos e custos, para poder criar pacotes atrativos para os planos de saúde e negociar com eles. A pessoa que mais detinha estes conhecimentos era exatamente o gerente de materiais. Por esta razão, a função foi unida na “gerência comercial e de materiais”. Foram criados protocolos com os médicos que fossem atrativos para os convênios. Com isso, o hospital aumentou seu faturamento com os leitos ociosos.

O fato interessante desta estrutura organizacional é a proximidade da área de materiais com a área comercial (no hospital), e a de finanças com a de Compras (na operadora), o que mostra



sua participação e sua interação com estas áreas. Esta sinergia com as demais áreas será discutida posteriormente.

A área de materiais no hospital está diretamente subordinada à diretoria executiva da rede própria, no mesmo nível que a diretoria clínica, apresentando uma posição de destaque no organograma. E, ao ser perguntado sobre a importância da área de materiais na organização, o gerente de materiais disse que é muito estratégica.

#### **Hospital 4**

No hospital 4, a área de Suprimentos, denominada “Superintendência de Logística e Suprimentos” encontra-se bem evidente, situando-se no mesmo patamar da superintendência médica e da superintendência de controladoria e finanças. Neste hospital, as áreas de TI, RH, *Client Care*, Comunicação Corporativa e Filantropia estão situadas em unidades de assessoria. Já a área de Logística e Suprimentos situa-se na “linha de mando” do hospital.

### **4.3 Percepções sobre a Área de Compras/Suprimentos**

#### **4.3.1 Percepção da Alta Administração**

*“É estratégica porque o hospital, do ponto de vista do seu financiamento, depende muito da questão da margem que ele tem da comercialização de materiais e medicamentos” (Diretor da alta administração do hospital 1)*

*“A área é bem operacional, embora em algumas situações ela seja estratégica” (Diretor da alta administração do hospital 2)*

Apenas 2 executivos da alta administração dos hospitais da amostra foram entrevistados. A opinião deles, com relação ao caráter estratégico ou operacional da área, varia. O entrevistado do hospital 1 levantou a questão do financiamento para justificar este caráter estratégico. A

entrevistada do hospital 2 justifica o caráter estratégico com base nas negociações, onde se conseguem o melhor preço e o melhor produto.

As contribuições estratégicas serão vistas num capítulo à parte; o importante aqui é lembrar que o reconhecimento da alta administração é um fator primordial para que a área de Compras possa ter uma atuação estratégica (VAN WEELE, 2005 p. 92). Nota-se que as percepções variam. O diretor executivo do hospital 1 relacionou o caráter estratégico da área de Suprimentos à importância que as margens de comercialização de materiais e medicamento representam na receita do hospital. O mesmo não foi relatado pelo hospital 2, possivelmente porque a receita do hospital 2 não provém das margens de comercialização de materiais e medicamentos, por se tratar de um hospital de propriedade de uma operadora de saúde.

#### **4.3.2 Percepção dos Gestores de Suprimentos**

*“Há dois anos atrás foi proposto que a área de Suprimentos tivesse um cargo corporativo. (...) Antes ficava na área de operações e infra-estrutura. Então, havia uma diretoria que cuidava de todos os aspectos de hospitalidade, nutrição, serviços ao cliente, todas as questões operacionais do hospital, no que diz respeito às funções não assistenciais ou administrativas. Mas, a área de saúde depende muito da comercialização de MAT e MED (materiais e medicamentos), e aí percebeu-se que essa função de suprimentos tinha um aspecto mais estratégico. E, por este motivo, houve a proposta de se ter um diretor corporativo com experiência nesta área para formular estratégias de relacionamento com fornecedores e de toda a cadeia de suprimentos.” (Gestor de Compras/Suprimentos do hospital 1)*

*“A área é mais operacional – ligada a curto prazo. A contribuição é grande, mas poderia ser maior. Participando dos projetos, dando mais sugestões, hoje, eu sou um facilitador, mas falta uma abertura maior. Falta promover projetos, agir de forma mais participativa. Hoje recebemos um projeto pronto(...) Acho que falta você estar mais ligado à administração, vendo sempre o foco (da organização). Porque se você vai fazer um orçamento, você vai entrar numa indústria, a área de Compras vai participar de todo o processo(...) Isto ainda*

*está muito novo no hospital. As decisões ainda são tomadas pela diretoria, pela administração(...) Está mudando, mas a área de Compras em hospital ainda tem um pouco de operacional.” (Gestor de Compras/Suprimentos do hospital 2)*

*“É estratégica porque proporciona um diferencial competitivo no mercado, que é ter custos mais competitivos e preços mais competitivos.” (Gestor de Compras/Suprimentos do hospital 3)*

*“A área é muito mais estratégica que operacional. Foco no longo prazo, com ganhos pensados além da necessidade do dia. A área possui muitos projetos que visam a longo prazo, a uma operação mais econômica.” (Gestor de Compras/Suprimentos do hospital 4)*

Apenas o entrevistado do hospital 2 caracteriza a área como mais operacional. Os demais entrevistados vêem a sua área como estratégica, ou seja, como uma área que contribui para os objetivos da organização. É interessante notar como as falas dos entrevistados e a posição da área na estrutura organizacional parecem estar de fato relacionadas, conforme exposto por Harding e Harding (1991). Segundo esta autora, quanto maior o posicionamento na estrutura organizacional, maior o reconhecimento estratégico da área de Compras. Tal fato fica evidente pelos casos da amostra onde, no hospital onde a área de se encontra num nível mais inferior na hierarquia, seu coordenador revelou um caráter mais operacional da área, enquanto os demais, que respondem diretamente para o maior cargo executivo, enfatizaram o caráter estratégico da área.

#### **4.3.3 Percepção dos Médicos**

*“Para o médico, aparentemente, a área de Compras não existe, ele jamais se relaciona com ela. Ele não tem a mínima idéia de toda a logística que está por trás do processo. O médico requisita o material e na hora do procedimento o material está lá.” (Diretor Clínico)*

*“Os médicos que estão na assistência não pensam em nada que está por trás do que ele está fazendo. É difícil ele pensar que existe uma padronização, uma rotina de padronização, onde*

*o hospital tenta garantir fornecedores adequados, qualidade assegurada.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

*“Na realidade, a primeira impressão dos médicos é não saber como funciona, e não ter preocupação com tal funcionamento. O médico está focado no atendimento, aquele atendimento gera uma necessidade, ele prescreve ou solicita o medicamento/material que atenda àquela necessidade e com o qual ele esteja habituado a trabalhar.” (Diretor Clínico)*

Com relação à visão dos médicos, percebe-se que eles se focam na assistência prestada ao paciente e, geralmente, não se atentam aos processos que ocorrem por trás do atendimento ao paciente. A partir da análise das falas podem-se levantar as seguintes constatações:

- Em geral, o médico não se relaciona com a área de Compras;
- Ele não tem idéia da logística ou dos processos que estejam por trás do que ele está fazendo;
- Ele não sabe como funciona e não se preocupa em saber como são os processos de compras.

Isto reforça o distanciamento entre a linha de frente do hospital, composta pelos profissionais que detêm o conhecimento técnico e o corpo administrativo, e a falta de integração entre eles.

#### **4.4 Contribuições Estratégicas da Área de Compras/ Suprimentos**

As contribuições estratégicas da área de Suprimentos estão relacionadas fortemente ao aspecto financeiro. As perspectivas podem variar de acordo com o tipo de hospital, isto é, a maioria dos hospitais tem nas margens de comercialização de materiais e medicamentos a sua maior fonte de renda, ao passo que os hospitais de rede própria de planos de saúde têm nos materiais e medicamentos uma das formas mais importantes de redução de custos. A análise do discurso dos entrevistados levou a quatro principais contribuições estratégicas:

#### 4.4.1 Aumentar a margem da comercialização de materiais e medicamentos

*“A questão de materiais e medicamentos é crucial para o hospital, inclusive para a performance financeira do hospital. O hospital depende hoje de materiais e medicamentos. Para isto, é necessária uma estrutura que seja extremamente ágil, que trabalhe com padronização, que tenha mecanismos e ferramentas para a identificação de modelos de compras que possam ser variados de acordo com as características e necessidades.” (Diretor da alta administração)*

*“A área da saúde depende muito da comercialização de materiais e medicamentos.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

*“Os hospitais são grandes farmácias, infelizmente. Infelizmente porque você não ganha no valor do que você vende, não ganha por resultado que você agrega, você ganha por (ser) uma farmácia.” (Diretor Clínico)*

Algumas entrevistas evidenciaram a dependência que alguns hospitais têm nas margens de comercialização de materiais e medicamentos. Neste sentido, a contribuição da área de Compras/Suprimentos está diretamente relacionada à *performance* financeira do hospital e à sua sobrevivência no mercado.

De forma bem simplista, a margem de comercialização decorre da diferença entre o valor remunerado pela fonte pagadora, que, por sua vez, baseia-se em uma margem sobre os preços constantes na tabela Simpro ou Brasíndice, e o valor pago pelo hospital ao fornecedor. Assim, quanto maior a diferença entre o preço negociado com o fornecedor e o preço acordado com a fonte pagadora, melhor será para o resultado destes hospitais.

Não se encontrou na literatura científica a magnitude desta margem, mas, segundo um estudo conduzido por uma operadora de saúde, publicado num periódico<sup>1</sup> da própria instituição, esta margem varia de 41% a 1676% em relação aos preços do Brasíndice.

---

<sup>1</sup> Informativo Unimed Paulistana – Hospital Santa Helena Agosto/2005 p.4.

Os esforços de redução de custos da área de Compras/Suprimentos destes hospitais contribuem apenas para o ganho do hospital, e não em termos de cadeia de valor, já que o preço remunerado pela fonte pagadora é fixo e as reduções advindas de negociações com fornecedores não são repassadas para os demais elos da cadeia. A gestão de compras focada apenas em ganhos para a própria empresa foge dos conceitos de gestão de cadeia de valor, que preza a busca pela melhoria de *performance* de toda a cadeia, de modo que o consumidor final se beneficie com a redução dos custos (MENTZER *et al.*, 2001).

O ganho dos hospitais, baseado na comercialização de materiais e medicamentos, não condiz com o valor que ele de fato agrega na cadeia de valor, pois a atividade-fim do hospital não é a comercialização de medicamentos. No conceito de cadeia de valor, a margem é o que se paga pelo valor acrescido pela empresa, o que impõe uma racionalidade na precificação. Mas, conforme os relatos, existe um custo no sistema de saúde incoerente com o real valor gerado, isto se constitui numa ineficiência da cadeia de valor da saúde.

Assim, podem-se identificar as seguintes ineficiências:

- Valor de remuneração dos hospitais não condizente com o valor agregado pelo hospital na cadeia de valor da saúde;
- Os ganhos com relação à redução de custos não são passados para os demais elos da cadeia de valor, devido à fixação de preços em tabelas de mercado;
- A gestão de compras foca-se na própria empresa, o que se distancia dos conceitos de gerenciamento da cadeia de suprimentos e valor, onde existe uma melhoria de *performance* em toda a cadeia.

#### **4.4.2 Reduzir Custos da Assistência**

*“Na conta final, o nosso preço é sempre menor que o da concorrência. A média global do hospital é sempre menor que a dos demais hospitais. O sistema de venda (dos hospitais da rede credenciada) baseia-se nas tabelas Simpro e Brasíndice. Aqui no hospital, a margem de comercialização é sobre o preço de custo. A diferença na média global é devido ao preço dos materiais e medicamentos.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

*“No nosso caso, onde é que contemos os custos? Na margem de comercialização de material e medicamentos. Na rede credenciada à margem é muito grande.” (Diretor Clínico)*

Se, para alguns hospitais, os materiais e medicamentos são fontes de receita, para os hospitais que fazem parte da rede própria de uma operadora de plano de saúde, tratam-se de uma importante forma de conter custos. Nestes hospitais a margem sobre os medicamentos e materiais incide sobre o preço de compra negociado com o fornecedor, e não sobre o preço da tabela Simpro ou Brasíndice. Assim, quanto melhor for preço negociado, menor será o custo da assistência.

Por haver esta diferença, os planos de saúde preferem realizar os procedimentos em hospitais próprios, onde os custos com materiais e medicamentos são menores. A diferença entre este modelo e o modelo da rede credenciada é exatamente a não utilização das tabelas Simpro e Brasíndice.

Segundo um dos entrevistados: *“O mercado tem a tabela Simpro e Brasíndice, que tem uma margem astronômica e não tem muito critério”*.

De fato, os preços constantes nas tabelas Simpro e Brasíndice são preços passados pelos próprios fornecedores e não têm relação alguma com o preço de compra negociado entre o hospital e a fonte pagadora. Portanto, este modelo de hospital pertencente a uma operadora de saúde apresenta uma melhor eficiência nos custos de materiais e medicamentos que os hospitais que se baseiam nas margens de comercialização de produtos. Isto ocorre porque ao se conseguir um desconto com os fornecedores, o custo da assistência, de fato, diminui. No caso dos outros hospitais, apesar de haver negociações com o fornecedor, os preços se mantêm constantes, pois não se baseiam no valor negociado com o fornecedor, mas nas tabelas de mercado.

Assim, neste modelo mais integrativo de operadora e hospital, pode-se identificar um alinhamento de objetivos, já que o hospital contribui para os ganhos da operadora. Assim, a eliminação das práticas das margens baseadas em tabelas de mercado têm levado a reduções com relação aos demais hospitais, o que aponta para uma maior eficiência na cadeia de valor da saúde.

#### **4.4.3 Manter um Diferencial Competitivo no Mercado**

*“ ela (gestão de compras/suprimentos) proporciona um diferencial competitivo no mercado, que é ter custos mais competitivos e preços mais competitivos.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

*“A área é responsável pela marca do hospital.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

Uma outra contribuição da gestão de compras/suprimentos é de melhorar seus diferenciais competitivos no mercado. Assim, um dos entrevistados levantou que a contribuição da gestão é de proporcionar um diferencial competitivo de custos, ao passo que o outro relacionou sua atuação com a manutenção da marca do hospital. Este, diferentemente dos outros hospitais da amostra, foi o único que relatou a importância de se comprar os produtos relacionados à hospitalidade, para atender o seu segmento-alvo. *“Tem paciente que quer notebook”*.

De acordo com Porter (1991), dependendo da estratégia competitiva da empresa, a área de Compras terá diferentes enfoques. Estas constatações mostram que a gestão de compras destes hospitais está alinhada com as estratégias da organização, o que é uma das evidências da gestão estratégica de compras.

Neste sentido, percebe-se uma maturidade da gestão de compras, atuando de forma a reforçar o posicionamento da organização no mercado.

#### **4.4.4 Redução de influências dos outros elos da cadeia de suprimentos**

O diretor de Suprimentos de um dos hospitais não pertencentes à operadora, citou como contribuição o “equilíbrio de forças” da cadeia de suprimentos da saúde, ou “uma redução das influências dos outros elos da cadeia de suprimentos que possam fragilizar o hospital”.



O entrevistado foi um dos poucos a citar a contribuição da sua área com relação à cadeia de suprimentos da saúde. Segundo ele, na cadeia de suprimentos existem algumas relações que fragilizam o hospital, como:

- 1) a dependência do hospital na indicação de pacientes pelo médico;
- 2) a influência dos fornecedores junto aos médicos, incentivando a compra de seus produtos;
- 3) as tentativas das fontes pagadoras fecharem contratos diretamente com os fornecedores, tirando o hospital da intermediação.

Com relação à dependência na indicação dos médicos, o diretor de suprimentos disse que cabe à área de Suprimentos conduzir as atividades de forma que fortaleça a marca do hospital, oferecendo um nível de serviço diferenciado, fazendo que o próprio paciente opte pelo hospital, e não somente o médico:

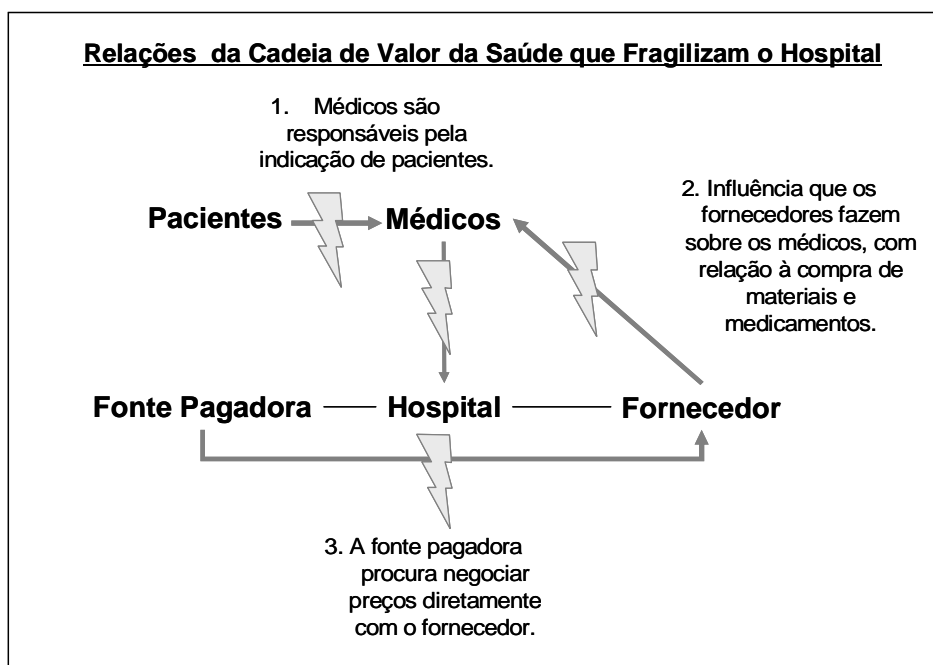
*“Hoje 70% das internações são provenientes das indicações dos médicos. Ou seja, existe uma relação de dependência do hospital pela indicação de pacientes pelos médicos, que o hospital pretende minimizar, investindo em sua marca e em seus diferenciais.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

Sobre a influência do fornecedor sobre os médicos, o entrevistado disse: *“o hospital precisa ter boas práticas de compras que reduzam decisões baseadas na influência do fornecedor diretamente aos médicos.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

Com relação às fontes pagadoras, o diretor de suprimentos vê a área como encarregada de ter uma influência política junto aos fornecedores de forma que a relação entre eles esteja protegida de qualquer negociação direta da fonte pagadora com o fornecedor.

Baseando-se nestas afirmativas, podem-se esquematizar as relações da cadeia de valor que fragilizam o hospital:

Figura 4 - Relações da Cadeia de Valor que Fragilizam o Hospital



Fonte: Elaboração da autora.

Abaixo, encontram-se os objetivos da área de Suprimentos para equilibrar as forças descritas cima.

Figura 5 - Objetivos da Área de Suprimentos para Equilibrar as Relações da Cadeia de Valor



Fonte: Elaboração da autora.

A necessidade de “equilibrar as forças”, descrita pelo entrevistado, denota uma visão mais corretiva que colaborativa entre os elos da cadeia de suprimentos, pois mostra que o hospital

necessita proteger seus interesses, frente às relações que o prejudicam. Assim, nota-se a existência de interesses conflitantes na cadeia de valor da saúde, o que se torna um impeditivo para integração coordenada entre seus elos. Ao invés de haver um comportamento cooperativo entre os elos da cadeia de valor, o hospital está preocupado em proteger seus próprios interesses, demonstrando a fragmentação na cadeia de valor.

#### **4.5 A Padronização**

Não era intenção estudar o tema da padronização em detalhe, mas verificar a lógica para a escolha dos produtos, a quem cabe a decisão, que fatores são levados em consideração na seleção destes insumos, e outros aspectos capazes de elucidar a influência da gestão de suprimentos/compras na seleção destes insumos.

Todos os hospitais da amostra possuem uma comissão de padronização de materiais e medicamentos. Todos os entrevistados citaram a participação de médicos, farmacêuticos, enfermeiros, CCIH e compras nas comissões. Em todos os casos, quem coordena a iniciativa de padronização é a diretoria clínica. Existem diferenças quanto ao envolvimento dos médicos nestas comissões. Em um hospital, a maioria dos médicos foi consultada, em outros, a participação na comissão é feita voluntariamente.

Os hospitais da amostra diferem quanto ao critério de seleção dos materiais e medicamentos. Enquanto em alguns prevalece o critério preço X qualidade, em outros prevalece o que a maioria dos médicos de referência do hospital utiliza. Pode haver uma relação entre a utilização do critério de custo na padronização e o fato do hospital ser ou não da rede própria de um plano de saúde. Os hospitais não pertencentes à rede própria de plano de saúde não enfatizaram o custo como critério de seleção, como fez, por exemplo, um dos hospitais pertencentes a uma operadora.

A padronização consiste na redução de variabilidade dos itens e dos fornecedores, e todos os hospitais têm a flexibilidade de, nos casos em que se justifique, acatar a decisão do médico. Entretanto, o como processo de requisição de medicamentos e materiais não padronizados é

mais lento, no caso de medicamentos, os médicos acabam utilizando os medicamentos padronizados. O mesmo não ocorre com os materiais.

#### **4.6 Distinção entre a Padronização de Materiais X Medicamentos**

*“O remédio 300ml neste comprimido é exatamente igual a 300ml neste comprimido. Não tem como contestar, mas o material, ele fala “ah, este é de titânio, este é de aço, este a haste é diferente, enfim, cada material tem uma peculiaridade que posso até dizer que é individualizado, e é acostumado que, para ele trabalhar no procedimento cirúrgico, é mais fácil ele trabalhar com aquele material.” (Diretor Clínico)*

*“Com relação aos medicamentos, não há tanta opção assim. Geralmente são 2 ou 3 laboratórios com padrão, qualidade (...) Quando se tem uma comissão, os médicos acabam aceitando. Agora, materiais especiais é uma briga feia, e a briga vem porque tem muito acordo de fornecedor com médico.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

Assim, percebe-se que a padronização de medicamentos causa menos resistência que a padronização dos materiais, porque permite menos variabilidade de produtos. Como visto, os materiais representam, nos hospitais da amostra, o maior gasto em compras, e são os mais difíceis de serem padronizados. As razões para isto, verificadas nas falas dos entrevistados, devem-se às seguintes razões:

- Possibilidade de inúmeras variações, desde o tipo de material de fabricação até detalhes, que acabam diferenciando um material do outro;
- Costume do médico em trabalhar com um material;
- Influência do fornecedor sobre o médico na escolha do material.

Alguns destes temas serão vistos em tópicos a seguir, de qualquer forma, é importante notar que a padronização dos materiais é de fato, um desafio. Conforme exposto por Ballard (2005) o grande desafio é a padronização dos itens de maior valor, os itens de preferência do médico.

#### 4.7 Resistência à Padronização

*“O médico diz que quer tal material, e (se não autorizar) ele diz que vai para outro hospital. Se eu coloco muita rigidez, o médico fala que vai para outro hospital.” (Diretor Clínico)*

Apenas um dos entrevistados relatou uma atitude reativa dos médicos diante da padronização dos materiais. Para ele, se o hospital impõe muita rigidez na utilização dos materiais padronizados, acaba perdendo os médicos para outros hospitais.

Esta mobilidade dos médicos foi também relatada por McKone-Sweet, Hamilton e Willis (2005), que dizem que, como os médicos são clientes-chave dos hospitais, estes hesitam realizar uma padronização que envolva os itens mais caros, que geralmente são os itens de preferência do médico.

Assim, a relação com os médicos é entremeada de cuidados, porque, se de um lado a cooperação e a aderência dos médicos às medidas dos hospitais é fundamental para que se alcancem os objetivos destes, por outro lado, os médicos não podem ser tratados como funcionários, mas como clientes especiais.

*“A gente quer um relacionamento em que ele (médico) é staff em alguns momentos, em outras vezes ele é um parceiro, e outras ele é um cliente. Então não é muito fácil.” (Diretor Clínico)*

Assim, o alinhamento entre os objetivos do hospital e do médico torna-se uma questão delicada e complexa, não tão direta como a relação empregador-funcionário, que ocorre em outras indústrias, o que também foi descrito por McKone-Sweet, Hamilton e Willis (2005). As iniciativas que interferem na assistência esbarram na aceitação do médico, e este passa a ser um ator-chave para a sua implementação.

Alguns pontos importantes podem ser verificados aqui:

- Dificuldades no alinhamento entre o hospital e os médicos;
- O fato de o médico ser cliente do hospital faz que sejam mais difíceis de serem implementadas as iniciativas que envolvam mudanças à prática dos médicos, do que se houvesse uma relação empregador-funcionário.

#### 4.8 Atuação da Área de Compras/Suprimentos na Seleção de Materiais e Medicamentos

*“Nas próteses, por exemplo, o conhecimento técnico varia até entre os médicos catedráticos, imagine a expertise de Suprimentos.” (Diretor Clínico)*

*“Não influi (ao se referir sobre a influência da área de Suprimentos na seleção dos medicamentos e materiais). A decisão é da comissão. Compras dá subsídios de preços e custos e de facilidade de negociação, mas a decisão final é sempre do médico (...) A área de Compras é mais operacional, ela agrega na expertise, nas negociações, e ajuda muito no conhecimento (sobre os fornecedores) e a elencar nossos fornecedores.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

*“Temos uma comissão de padronização com os outros hospitais. Todos os hospitais fazem igual. (...) A decisão vem dos médicos e da farmácia.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

Em todos os hospitais, a participação da área de Compras/Suprimentos nas comissões de padronização é dar informações sobre custos, fornecedores, novos produtos no mercado. Os entrevistados revelaram que a decisão final é do médico ou da farmácia. Após a seleção das especificações técnicas do produto, a área de Compras/Suprimentos inicia o processo de negociação com os fornecedores.

Percebe-se, então, que existe uma limitação da gestão de compras na seleção dos materiais e medicamentos, devido à necessidade de conhecimentos técnicos específicos. Assim, apesar do reconhecimento estratégico da organização, a gestão de compras não tem muita interferência na seleção dos itens de maior representatividade nos gastos. O ator principal que decide a compra são os médicos.

#### 4.9 Os Médicos e a Questão dos Custos

*“Médico não pensa em custo. Quem faz um marketing agressivo com os médicos tem vantagem na prescrição.” (Diretor Clínico)*

*“O médico não pensa em custos, não tem idéia dos custos e se assusta com o preço real das coisas. Quando ele vê a realidade, ele passa a colaborar.” (Diretor Clínico)*

Um outro fato levantado por alguns entrevistados, e que coopera para os gastos crescentes, é o fato de a maioria dos médicos não fazer quaisquer considerações ao custo, na escolha dos materiais. O desconhecimento dos preços é tal, que um dos entrevistados disse que alguns médicos até se assustam ao saber o preço de um material.

Segundo Neumann (2003), quando as decisões levam em consideração apenas os aspectos técnicos, existe a tendência de se dar uma ênfase muito grande a pequenas diferenças entre os produtos, o que contribui ainda mais para que haja uma grande variabilidade e preferência entre os médicos.

Assim, um importante gasto na cadeia de valor, o gasto em materiais especiais, que nos hospitais da amostra representa de 30% a 44% do gasto total de compras, é escolhido pelos médicos, sem que o fator custo seja freqüentemente considerado. Este fato pode levar a alguns desdobramentos, como um possível aproveitamento desta desconsideração de custos para uma prática de preços abusiva por parte dos fornecedores.

Um dos entrevistados relatou o caso em que um mesmo fornecedor de serviços gerais, que o atendia em uma outra indústria, estava praticando preços muito superiores no hospital, porque sabia que não existia controle rígido de custos. Assim, ele relatou que os fornecedores conhecem esta deficiência e tiram proveito desta desconsideração a custos na área de saúde. Este fato exemplifica que, quando o fornecedor sabe que o critério de compra do comprador não envolve custos, ele está mais livre para praticar preços altos. Assim, pode-se ter um custo a mais no sistema, resultante desta desconsideração aos custos por parte dos médicos.

Assim, podem-se identificar os seguintes pontos de ineficiência:

- Ênfase dos médicos apenas nos aspectos técnicos dos materiais, sem a freqüente consideração aos custos, o que incentiva os fornecedores a competir no nível das inovações, e não no conceito de “valor”;
- A descon sideração a custos pode levar a práticas abusivas de preços por parte dos fornecedores.

#### **4.10 Transparência e Monitoramento dos Custos**

*“As áreas de suprimentos, comercial, financeira e prática médica estão estudando formas mais inteligentes de fazer gestão de produtos, escolhendo que indicadores são mais adequados. Esta informação, divulgada a todos, acaba fazendo que ele (médico) persiga melhores resultados.” (Diretor Clínico)*

*“Eu faço comparativos, então eu digo todo mês o seguinte: “equipe tal operou tantos pacientes, com custo tal, equipe...”. Então, eu dou o indicador. Falaria: “seria mais interessante para nós operar com esta equipe, com estes materiais, teríamos um resultado de tanto.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

O acompanhamento e a divulgação dos custos por equipes médicas foram levantados como uma forma de fazer que os médicos se preocupem com os custos. O fato de saber que estão sendo comparados com base neste critério faz que eles dêem maior importância ao aspecto financeiro.

Este fato confirma o que Ballard (2005) propõe para obter a atenção dos médicos para as questões financeiras. Para ele, as discussões fundamentadas em dados financeiros confiáveis são chave para se obter esta atenção. Neste sentido, a tecnologia tem um importante papel para acompanhamento dos dados.



#### 4.11 Os Médicos e o Entendimento de seu Papel da Cadeia de Valor da Saúde

*“O que nós enxergamos é a necessidade de termos o médico muito solidário às iniciativas do hospital. O médico atende a sua satisfação, seja qual for a sua motivação, independente do que possa acontecer com o restante.” (Diretor Clínico)*

O diretor clínico do hospital 4 levantou o fato de os médicos não terem uma formação voltada ao ambiente no qual eles se inserem. Segundo ele, os médicos não são ensinados sobre os impactos de suas decisões no mercado da saúde, o que os leva a ter atitudes que desconsiderem o seu papel como viabilizador do sistema.

Neste sentido, o entrevistado citou a iniciativa de realizar palestras para os médicos, com o intuito de fazê-los entender melhor o mercado da saúde, os problemas pelos quais ele passa, para que os possam cooperar.

*“Hoje temos algumas palestras que são dadas ao corpo clínico, explicando as dificuldades pelas quais o mercado está passando, porque a gente deve olhar mais os custos para a gente poder viabilizar isto. Antigamente o médico prescrevia e nem estava preocupado com isto.” (Diretor Clínico)*

McKone-Sweet, Hamilton e Willis (2005), ao discutirem as diferenças de formação entre o médico e os executivos, enfatizam principalmente as diferenças com relação à visão financeira. No entanto, o aspecto levantado aqui se refere não somente à carência da formação financeira dos médicos, mas ao entendimento do seu papel dentro do sistema de saúde, de como suas decisões podem impactar a cadeia de valor da saúde.

Assim, identificam-se aqui alguns pontos de ineficiência:

- Despreocupação do médico com o “restante” da cadeia de valor da saúde, o que dificulta o alinhamento de objetivos entre o hospital e o médico;
- Falta de entendimento do médico, com relação ao seu papel como importante viabilizador da cadeia de valor da saúde.

#### 4.12 A Visão de Custos a Curto Prazo

*“Às vezes aquilo que é mais caro não é desperdício.” (Diretor Clínico)*

Um dos entrevistados fez críticas à perseguição da redução de custos a curto prazo, evidenciada nos conflitos de autorização dos materiais mais caros, por parte das fontes pagadoras. Para ele, tal mentalidade leva ao desperdício, pois nem sempre algo que é mais barato a curto prazo, o é na visão a longo prazo. Ele explica esta diferença utilizando o exemplo de dois *stents*: um normal, de menor custo, e outro *stent* farmacológico, que possui uma medicação que inibe a formação de placas de gordura na artéria que, portanto, dura muito mais que o regular, e possui um custo mais alto.

Na opinião do entrevistado, a decisão mais correta seria pelo *stent* mais caro, porque, se o custo for dividido pelos anos de vida ganho com qualidade, o custo anual do segundo seria menor que o custo do primeiro, devido à sua durabilidade.

Entretanto, como as operadoras não possuem tal visão, tendem a impedir a autorização dos itens mais caros, e assim, podem causar desperdício no sistema de saúde.

De acordo com Silva (2003), a atuação das operadoras de planos de saúde sempre esteve mais vinculada aos interesses econômicos e afastada da mensuração da qualidade da assistência prestada. Para ele, os contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços não levam em consideração os aspectos de qualidade assistencial.

Assim, a partir do discurso do entrevistado, podem-se identificar as seguintes ineficiências na cadeia de valor da saúde:

- Desconsideração das fontes pagadoras a uma análise de longo prazo nas decisões de autorização dos materiais, o que privilegia a escolha de materiais com menor custo no valor presente, mas que pode causar um desperdício a longo prazo;
- Objetivos desalinhados, já que a análise da fonte pagadora recai sobre os custos e não sobre a qualidade da assistência, conforme exposto por Silva (2003).

#### 4.13 Os Fornecedores e sua Influência sobre o Médico

Os fornecedores são vistos pelos entrevistados, como “os grandes vilões”, aqueles que influenciam a escolha dos médicos por produtos mais inovadores e caros; os que mais ganham financeiramente no sistema de saúde, e são isentos de qualquer regulação do Estado. A análise do conteúdo das entrevistas permitiu dividir as influências dos fornecedores em três categorias:

- n Os fornecedores apresentam novos equipamentos que agregam inovações e “embutem” na cabeça do médico que com tal tecnologia ele vai conseguir diagnosticar o paciente:

*“(...) materiais especiais são uma briga feia, e a briga vem porque há muito acordo de fornecedor com médico. Nem sei se isto pode falar, mas... Então esta influência, até digo, nem é por má fé, mas os laboratórios, as empresas de equipamentos, estão patrocinando faculdades, formandos, os residentes, os congressos. Então, de certa, forma ele faz a cabeça do usuário. Eles têm bons produtos, mas é como um celular que tem várias funcionalidades e não se usa tudo. (...) Isto em medicina acontece muito. Não porque surgiu uma ressonância que põe o paciente de ponta cabeça... Pergunto: Quantos casos desses você vai ter que precisam disto? E os médicos querem aqueles equipamentos novos porque é embutido na cabeça deles que só com aquilo é que ele vai conseguir diagnosticar o paciente.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

- n O fornecedor cria, ensina a técnica cirúrgica para o médico e até coloca seu pessoal na equipe do médico:

*“(...) existe muito de fornecedor trabalhar com as equipes até chegar ao ponto do instrumentador da equipe do médico ser do fornecedor. Em alguns casos, o que levou o médico a fazer a parceria é porque ele se encantou com a técnica mesmo, ou às vezes pode ter interesses comerciais, não cabe a nós julgar. Por exemplo, perfusionista de cirurgia cardíaca, a maioria é dos fornecedores. As equipes já estão acostumadas e aí como vai trocar?” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

n Incentivos que beneficiam os médicos:

*“À medida que ele (médico) passa no internato, na sua residência médica, já existe certa padronização dos superiores dele. Ele acaba herdando uma formação de quem o está ‘disciplinando’. Pode também ser da busca dele por informações, ou algo que não podemos desprezar, que é o mercado dos próprios laboratórios, dos fornecedores, por intermédio das propagandas, dos incentivos ao conhecimento de um determinado produto, os congressos. Existem hoje formas bastante agressivas. Há médicos que são patrocinados por empresas, viagens, inscrições em congressos, em cursos.” (Diretor Clínico)*

*“Existem algumas áreas onde o médico recebe vantagem. Isto está na literatura. Nos EUA estão preocupadíssimos. Os médicos recebem vantagens, e têm conflitos de interesses. Ele ganha uma viagem, o laboratório paga para o médico levar um trabalho para um congresso. Existe até o pagamento direto, tipo ‘você usa a minha prótese e eu te passo uma parte do que eu estou ganhando’.” (Diretor Clínico)*

A influência do fornecedor sobre os médicos é amplamente estudada na literatura, sobretudo na questão dos medicamentos. Wazana (2000), por exemplo, levantou todos os estudos que abordavam o tema desde 1994 e achou 538 estudos no MEDLINE. De todos os estudos, a maioria estava relacionada aos resultados negativos da interação freqüente entre médicos e os representantes de vendas. Esta interação mostrou influenciar em termos do custo das prescrições, a racionalidade das prescrições, preferência, a rápida prescrição de novos medicamentos e um decréscimo da prescrição de genéricos. O maior problema da demanda induzida, baseada em incentivos duvidosos, é que pode resultar em gastos em produtos que podem não ser clinicamente efetivos, ou não custo-efetivos. Sendo assim, a escolha destes produtos passa a ser baseada em fatores outros que não o estado do paciente. Os médicos passam a ter conflitos de interesse e, se em algum momento a racionalidade da compra não reside no estado do paciente, o conceito de valor se esvai.

O fato de o fornecedor ensinar técnicas e até participar da equipe do médico mostra indícios:

- 1) da dependência dos médicos com relação ao fornecedor;
- 2) de uma maior abrangência das atividades do fornecedor, passando a atuar, cada vez mais, nas atividades assistenciais;
- 3) de uma possível subordinação da prática médica aos fornecedores.

Parece haver, cada vez mais, um avanço de território do fornecedor para dentro da prática assistencial. Por um lado, esta integração pode ser benéfica, pois, estando junto aos pacientes, o fornecedor pode detectar novas necessidades e oportunidades de melhoria do produto. Mas, se suas ações procurarem a racionalidade das compras na saúde, então esta integração será maléfica para toda a cadeia de valor.

Ao contrário do que ocorre na indústria automobilística, em que a empresa, juntamente com o fornecedor, desenvolve novos produtos; no caso da saúde não existe uma relação direta entre o hospital e o fornecedor. Apesar do hospital centralizar a negociação comercial, não há indícios de que ele tenha qualquer influência no desenvolvimento de produtos.

*“A Ford é uma empresa que toma suas decisões e sai para procurar o seu fornecedor. O hospital depende de um cliente intermediário (médicos) que faz aqui a sua atividade, que atende outro usuário.” (Diretor Clínico)*

#### **4.14 A Falta de Regulamentação com Relação aos Fornecedores**

*“A ANS regula os planos de saúde, e está começando a interferir nos assuntos dos hospitais, mas os fornecedores nunca foram regulados. Por exemplo, um material custa U\$ 100,00, custa R\$ 250,00, o dólar cai, e o preço continua o mesmo ou até maior.” (Diretor Clínico)*

Um dos entrevistados abordou o aumento de preços dos fornecedores, a fim de mostrar uma incoerência que, na opinião dele, deveria ser alvo de regulamentação do governo. O entrevistado citou que o preço de alguns produtos é baseado no dólar e que, apesar da diminuição da cotação da moeda em relação ao Real, o preço, ao invés de reduzir, sofre um aumento. Tal fato foi também relatado por mais de um entrevistado.

Apesar de o assunto não ter sido discutido em profundidade, tal constatação leva à identificação de possíveis ineficiências do mercado, tais como:

- A regulamentação incidindo apenas em um elo da cadeia de valor da saúde, como ocorre hoje, pode trazer desequilíbrios ao sistema. Nota-se que os fornecedores, que são importantes impulsionadores de custos não são regulamentados;
- Irracionalidade na precificação de alguns materiais, o que pode levar a custos crescentes no sistema.

#### 4.15 A Utilização dos Genéricos

Com relação à utilização dos genéricos, os hospitais apresentaram diferentes posturas. Os entrevistados do hospital 1 revelaram a pouca utilização dos genéricos. Um dos entrevistados do hospital 1 justificou a baixa utilização dos genéricos expondo que num modelo em que se depende das margens de comercialização de medicamentos, a utilização dos genéricos não é vantajosa.

Os entrevistados do hospital 2 e 3, que fazem parte de operadoras, afirmaram o uso.

Um entrevistado do hospital 4 revelou que a utilização dos genéricos depende da forma de remuneração da fonte pagadora. Assim, se o contrato é, por exemplo, à base da diária global, em que o hospital recebe um valor fixo independente dos medicamentos que venha a utilizar, eles preferem a utilização do medicamento genérico; já na conta aberta, onde cada item é remunerado pela fonte pagadora, a utilização dos genéricos não é vantajosa:

*“Quando a gente trabalha na conta aberta, como eu trabalho com margem, maior o custo, maior a margem. Na situação diária global, eu tenho lá um “X” por dia, então, se um antibiótico custa R\$100,00 e o genérico custa R\$20,00, naturalmente para a minha sobrevivência o ideal é usar o de R\$20,00; diferentemente da conta aberta. Se a minha margem desaparece, tenho que exercitar a avaliação onde está indo, então, eu posso em determinadas situações utilizar o genérico.” (Diretor Clínico)*

Estas constatações indicam que, na saúde suplementar, a utilização dos genéricos ainda se limita por causa da importância das margens de comercialização de medicamentos. Como o preço de tabela dos medicamentos genéricos é inferior aos de marca, eles conferem margens

menores. E, mesmo que consigam negociar a compra de medicamentos aos mesmos preços do genérico, o preço passado para a fonte pagadora baseia-se no preço normal de tabela.

Já em uma outra configuração, como nos pacotes e diária global, em que o hospital recebe uma remuneração fixa, a utilização de medicamentos genéricos é mais vantajosa.

Em suma, podem-se identificar a seguinte ineficiência:

- Apesar de existirem alternativas mais econômicas no mercado, o fato de alguns hospitais terem seus maiores ganhos advindos das margens de comercialização de materiais e medicamentos, faz que se prefiram os medicamentos mais caros, o que impulsiona os custos no mercado.

#### **4.16 A Utilização dos Grupos de Compras**

Os hospitais 1, 2 e 4 pertencem a um grupo de compras, do tipo cooperado, ou seja, não se trata de uma empresa terceira que realiza as compras.

Um entrevistado do hospital 1 revelou que apenas 2% do volume financeiro de compras são realizados pelo grupo de compras. Um dos entrevistados do hospital 4 também classificou como “irrisório o volume” negociado pelo grupo de compras. Ambos consideram que a dificuldade de padronização entre os hospitais é a maior dificuldade para a realização de compras conjuntas, e não prevêem um aumento significativo nestas.

*“A dificuldade está na padronização dos itens entre os hospitais. O grupo de compras só consegue volume se todos os hospitais comprarem os mesmos itens.” (Diretor da alta administração)*

Com relação ao aumento das compras em conjunto:

*“Pode aumentar, mas não vai ser total, pela dificuldade da padronização entre os hospitais.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

O hospital 2, que participa de uma rede de cooperativas em nível nacional, disse que a cooperativa quer realizar mais compras conjuntas, o que eles denominam, “centro de compras compartilhadas”. Houve apenas uma compra, que foi de papel A4. Para o coordenador de compras, este é um tipo de iniciativa mais vantajosa para os pequenos hospitais, ou pequenos consultórios, que não poderiam ter o poder de barganha junto aos fornecedores.

A coordenadora de compras do hospital 3 disse que, apesar dos convites, não há vantagem para eles, pois as negociações internas obtêm preços melhores que o grupo de compras.

Para o superintendente de Logística e Suprimentos do hospital 4, o volume é irrisório, e ele vê dificuldades para este volume aumentar:

*“(...) é irrisório o volume. Cada hospital segue a sua linha, é difícil aumentar.”*

Uma das razões para se averiguar a utilização dos grupos de compras era a de verificar se havia um início do movimento que aconteceu nos Estados Unidos, onde os grupos de compras passaram a deter toda a inteligência das compras hospitalares, realizando não somente as compras, mas também prestando consultorias e serviços e tornando-se fortes intermediários no mercado.

Aqui no Brasil, na amostra estudada, não se verifica tal acontecimento. Muito pelo contrário, parece haver uma resistência à utilização de grupos de compras terceirizados. De qualquer forma é interessante notar que um importante elo da cadeia de valor da saúde nos Estados Unidos, os grupos de compra, não têm o mesmo peso no Brasil. Os hospitais possuem a responsabilidade por parte dos maiores volumes de compras.

#### **4.17 Pacotes: Uma Iniciativa de Integração com os Elos da Cadeia de Valor da Saúde**

A iniciativa que parece mais integrar os elos da cadeia de suprimentos da saúde é o desenvolvimento de pacotes. Ao citarem os pacotes, os entrevistados faziam menção a uma negociação integrada com fornecedores, provedores, médicos e a fonte pagadora. As falas a



seguir mostram que a iniciativa exige uma integração entre os elos e o compartilhamento de informações e riscos:

*"Tem que amarrar a cadeia (de valor) toda, senão não adianta. (...) O sucesso é integrar todos da cadeia, você tem que fechar parcerias com o fornecedor até a ponta de venda. Ou seja, vou te oferecer um pacote, para chegar neste pacote, devem estar dentro o médico, compras, que negocia, o hospital e o convênio, que vai pagar. Para se ter um preço competitivo, deve-se ter tudo integrado. Por isto hoje a parte comercial está ligada à venda de materiais." (Gestor de Compras/Suprimentos)*

No contexto que se vive hoje, tendo as fontes pagadoras pressionando os hospitais por custos mais baixos, com o risco de descredenciá-los, os pacotes são uma das formas de viabilizar o sistema com custos mais baixos, com previsibilidade, e compartilhar de riscos.

*"Antigamente, no fee for service, a fonte pagadora assinava um cheque em branco. O paciente era internado, abaixava-se o "taxímetro" e o que fosse usado seria pago. Ai ninguém tem preocupação se é mais caro, mais barato. Quer dizer, a preocupação era da fonte pagadora em saber que o taxímetro estava correndo e não sabia onde ia parar. Na realidade, o pacote é uma transferência de risco. A fonte pagadora assume o risco até aquele valor e, se passar daquele valor, o risco é do hospital. Trata-se de um compartilhar do risco." (Diretor Clínico)*

Sobre o uso dos pacotes, Silva (2003) diz que se tratam de "Procedimentos de Preços Previsíveis". Segundo o autor, na prática, possuem uma reduzida significância, tanto em quantidade de procedimentos quanto em valores de faturamento, porque os pacotes são utilizados preferencialmente em procedimentos de baixa complexidade, concentrando-se em cirurgias ambulatoriais e em internações de curta permanência. Silva (2003) faz uma crítica aos pacotes, porque deveriam se basear em protocolos clínicos, mas, como a aceitação pelos médicos é demorada, a área administrativa acaba se baseando num valor médio. Mesmo assim, o autor vê como benefícios a redução de custos e a eliminação de conflitos do sistema de cobrança e pagamento.

Portanto, parece que a pressão por custos na saúde tem levado os hospitais a pensar em iniciativas que envolvam mais elos da cadeia de suprimentos da saúde. Nos pacotes existe o

compartilhamento de riscos, que é uma das características da gestão da cadeia de suprimentos (MENTZER *et al.*, 2001). Assim, pode-se verificar uma tendência ao compartilhamento de riscos e à maior integração na cadeia de valor da saúde. A crítica é que a motivação para tal integração foca-se fundamentalmente na redução de custos e não na melhoria do valor ao cliente final.

#### 4.18 O Paciente

*“O paciente é ainda uma parte esquecida. Hoje, o paciente sustenta a cadeia, mas tem seu acesso cada vez mais restrito.” (Gestor de Compras/Suprimentos)*

Apenas um entrevistado mencionou a questão do paciente durante a entrevista. Segundo ele, o paciente é a parte esquecida, apesar de ser quem sustenta toda a cadeia de valor da saúde.

A restrição do acesso vai ao encontro do que Porter (2004) apontou como um dos resultados da perseguição por reduções de custo. As organizações, na tentativa de ter seus custos reduzidos, acabam impedindo que os pacientes tenham acesso às inovações médicas e à cobertura de serviços.

*As the system is currently structured, health plans make money by refusing to pay for services and by limiting subscribers' and physicians' choices. Health plans and care providers restrict patients' access to medical innovation or limit the services that are covered.*  
(PORTER, 2004)

O corte de custos se dá na base da restrição do acesso, ou seja, ao invés de se melhorarem outros aspectos que podem levar à redução de custos e à melhoria do sistema de saúde, como melhoria de processos, aumento da produtividade e eficiência entre os elos da cadeia de valor, a restrição do acesso parece ser uma atitude mais fácil de ser tomada, entretanto danosa para o usuário.

## **4.19 A Evolução da Gestão de Compras**

Para analisar a evolução da gestão de compras foram utilizados alguns fatores que, segundo a literatura, podem fornecer indícios da evolução de compras. Além do posicionamento da área no organograma da organização, os seguintes fatores foram analisados: abrangência das funções da área de Compras/Suprimentos, sinergia com as demais áreas, tecnologia e recursos humanos. A literatura fornece, como apresentado anteriormente, diversos elementos para a análise da gestão de compras, no entanto, apenas alguns deles foram referidos pelos entrevistados e serão apresentados a seguir.

### **4.19.1 Abrangência das funções da área de Compras/Suprimentos**

#### **Hospital 1**

No hospital 1, a Diretoria de Suprimentos e Engenharia abrange as seguintes áreas: Gestão de Contratos e Compras de Serviços; Compras; Manutenção Geral; Engenharia Clínica, Planejamento e Logística.

#### **Hospital 2**

No hospital 2, a área denominada “Compras” possui apenas compradores em sua estrutura, nenhuma outra função adicional. A área não realiza a compra de serviços.

#### **Hospital 3**

Foi fornecido o organograma da área de Compras corporativa, isto é, da operadora. Existe, então, a área denominada “Compras, Formalização e Logística”. Esta área abrange: Auditoria da Qualidade do Fornecedor, Compras de Produtos, Compras de Serviços, Formalização e Logística.

#### **Hospital 4**

A Superintendência de Logística e Suprimentos abrange a Gerência de Suprimentos e Gerência de Engenharia. Na Gerência de Suprimentos há Compras, Almoxarifado,

Importação. Na Gerência de Engenharia há Engenharia Clínica, Engenharia Hospitalar e Engenharia de Obras.

A organização interna da área de Suprimentos/Compras varia entre os hospitais da amostra, de acordo as funções que abrangem. Mais que isso, a denominação das áreas de Compras/Suprimentos nos hospitais estudados variam e podem revelar aspectos estratégicos de sua gestão.

Dobler e Burt (1996, p. 36) fazem distinção entre “gestão de suprimentos” e “gestão de compras”. Segundo eles, a gestão de suprimentos envolve, além da função de compras, a função logística, e também se difere por possuir um caráter mais estratégico que a gestão de compras.

A partir da amostra estudada, verifica-se que nos hospitais onde a denominação da área é “Suprimentos,” sua abrangência é, de fato maior, envolvendo outras funções que não somente compras. Estes hospitais revelaram o reconhecimento estratégico de sua área pela alta administração, o que parece comprovar a distinção feita por Dobler e Burt (1996 p.35).

Entretanto, percebe-se que o termo “Suprimentos” não é o único para denotar esta abrangência. Em um dos casos, a área leva o nome das funções que abrange: “Compras, Formalização e Logística”, e também disse ter o reconhecimento estratégico da alta administração. No hospital onde existe a área denominada “Compras”, esta área não abrange nenhuma outra função, e também foi o único caso em que se relatou uma visão ainda operacional da área.

Por meio do estudo da amostra pode-se notar que a “gestão de compras” é apenas uma parte de uma gestão mais abrangente que envolve outras questões relacionadas ao suprimento de insumos. Esta maior abrangência também está relacionada ao reconhecimento estratégico da área. Neste sentido, três dos quatro hospitais da amostra indicam uma evolução da gestão de compras.

#### **4.19.2 Sinergia com as demais áreas**

Nos quatro hospitais da amostra, a área de Compras/Suprimentos faz parte da comissão de padronização de materiais e medicamentos. Além disto, no hospital 1, foi apresentada uma iniciativa de “gestão de produtos”, que une as áreas comercial, financeira e prática médica e de suprimentos, a fim de escolher indicadores, analisar procedimentos mais padronizáveis e comparar os custos para redução de desperdício. No hospital 3, as áreas de materiais e comercial encontram-se tão unidas que formam um cargo de gerência.

Esta sinergia com as demais áreas é um indício da maturidade da gestão de compras, pois, de acordo com Rozemeijer e Van Weele (1998), quanto maior a maturidade de compras, mais sinergia a área de Suprimentos/Compras terá na organização, pois as áreas reconhecerão o seu valor.

Sendo assim, o fato de serem citados casos de sinergia da área de Compras com outras áreas da organização mostra que em alguns hospitais da amostra a gestão de compras/suprimentos possui maturidade e profissionalismo, e as demais áreas reconhecem a contribuição da área. Estes são indícios de uma gestão mais estratégica que operacional da área.

#### **4.19.3 Tecnologia**

Embora não fosse o objetivo deste trabalho se aprofundar no tema de tecnologia, foi perguntado aos gestores de compras/suprimentos se possuíam sistemas integrados e se utilizavam o comércio eletrônico para realizar as compras. Todos os entrevistados disseram ter sistemas integrados. Já com relação ao uso de comércio eletrônico, apenas um hospital não utiliza, e se mostrou reticente à idéia, dizendo que confia mais no conhecimento dos seus funcionários e que estes portais ainda não funcionam bem. Os portais de compra citados pelos hospitais são: WEBB ([www.webb.com.br](http://www.webb.com.br)), BIONEXO ([www.bionexo.com.br](http://www.bionexo.com.br)), Mercado Eletrônico ([www.mercadoeletronico.com.br](http://www.mercadoeletronico.com.br)). Um dos hospitais possui uma solução própria de comércio eletrônico e a utiliza para a compra de todos os produtos, exceto serviços.

Para Carr e Smeltzer (1997), a tecnologia é a base para a gestão estratégica de compras, pois a informação é o ponto de partida para a tomada de decisões estratégicas. Para Van Weele (2005 p. 95), a utilização de recursos advindos com a Internet, como a compra por catálogos eletrônicos, leilões eletrônicos e o acesso a portais de compras, é também um dos indícios de um estágio mais evoluído da gestão de compras.

Entretanto, no hospital, em que dois entrevistados consideraram a área de Compras como operacional, utiliza-se o comércio eletrônico. Ou seja, o uso das ferramentas eletrônicas como indício de uma gestão mais estratégica que operacional pode não ser um indicativo confiável, pois pode haver casos de gestão operacional que se utilize destas ferramentas para racionalizar o processo de cotação e compra, sem que seu papel na organização seja de fato reconhecido estratégico.

De qualquer forma, todos os hospitais da amostra se mostraram capacitados tecnologicamente, o que mostra que não existe uma carência em termos de informações para a tomada de decisões. Este fato também afasta a possibilidade de haver ineficiências de compras devido à falta de sistemas integrados.

#### **4.19.4 Recursos Humanos**

Com relação ao desenvolvimento profissional da equipe, que é outro indicativo da gestão estratégica de compras (CARR; PEARSON, 2002), o discurso dos entrevistados foi superficial, porque houve um maior aprofundamento em outros temas.

Dos quatro hospitais, apenas o hospital 2 revelou a necessidade de mais desenvolvimento de sua equipe. Ao ver o organograma do hospital 2, nota-se que a área de Compras é composta apenas por compradores juniores.

Nos hospitais 1,3 e 4, os gestores de suprimentos/compras falaram sobre a existência de treinamentos para suas equipes, que é feita pelo RH dos hospitais.

Em todos os hospitais, os gestores de compras tinham, no mínimo, o nível superior de educação, o que contrasta com a constatação de Vecina e Reinhardt (2002 p. 80), em que a área de materiais é “delegada a funcionários de nível médio, sem a devida qualificação e linguagem do setor”. Ao contrário, a maioria dos gestores se mostrou capacitada e com o conhecimento tanto dos temas de Compras quanto do setor da saúde.

Esta constatação também contraria a visão que, nos Estados Unidos, os executivos dos grupos de compras possuem dos gestores de compras dos hospitais (BURNS, 2002, p. 86).

Entretanto, há que se fazer a ressalva de que os hospitais da amostra não são representativos dos hospitais brasileiros, antes são hospitais reconhecidos por serem referência e ditarem os rumos da gestão hospitalar no Brasil.

Assim, nesta amostra estudada, a partir da análise da posição da área de Compras/Suprimentos no organograma, a abrangência das atividades da área, o emprego da tecnologia e o nível dos recursos humanos, pode-se notar que a maioria dos hospitais desta amostra apresenta indícios da gestão estratégica de compras. Contudo, ainda não se vêem práticas que possam levar à constatação da gestão da cadeia de valor, pois existe pouca integração entre os elos de cada cadeia produtiva da saúde.

## 5 CONCLUSÃO

A análise da gestão de compras nos hospitais estudados mostra evidências da evolução da gestão. Na maioria dos hospitais ela é vista como estratégica, e não puramente operacional. Este fato denota que a mesma evolução vista na indústria em geral é também vista em parte dos hospitais da amostra.

O fator que mais influencia na importância estratégica da gestão de compras nos hospitais estudados é o resultado financeiro. Para os hospitais pertencentes a uma operadora, a gestão de compras contribui para a redução de custos, ao passo que para hospitais não pertencentes a um plano de saúde, a importância recai nas margens de comercialização de materiais e medicamentos.

O fato de parte dos hospitais ter seus ganhos advindos da comercialização de materiais e medicamentos faz que o conceito de compra se assemelhe ao do varejo e não à indústria. A principal diferença é que no varejo não há produção, e, portanto, não há agregação de nenhum valor significativo ao produto, sob o ponto de vista técnico.

Assim, existe um custo na cadeia de valor da saúde não condizente com o valor agregado pelo hospital, mas que hoje viabiliza a existência destes hospitais.

Este modelo de remuneração faz que, mesmo havendo medicamentos mais baratos, como os genéricos, estes hospitais optem pelos os medicamentos de marca, pois estes conferem maior margem. Ou seja, existe um incentivo pelos produtos mais caros, o que indica uma ineficiência no mercado.

Nos hospitais da amostra, os materiais e medicamentos representam o gasto mais significativo em compras. Eles perfazem mais de 50% do total comprado. No entanto, a área de Compras/Suprimentos tem pouca influência no que diz respeito à escolha destes produtos.

Nos quatro hospitais da amostra, a seleção dos materiais e medicamentos é realizada por uma comissão de padronização, composta por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, a comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) e Compras/Suprimentos. Nestas comissões, o papel de Suprimentos/Compras é apenas informativo. São fornecidas informações de preços e



fornecedores existentes, bem como novos produtos para serem submetidos à avaliação. A decisão final, segundo os entrevistados, é do médico. A competência da área de Suprimentos/Compras está nas negociações com o fornecedor, uma vez que os materiais e medicamentos foram selecionados.

Os critérios para seleção de produtos variam de hospital para hospital. Em alguns, o critério é a relação custo x benefício, e em outros a padronização é realizada de acordo com o que a maioria dos médicos, de maior referência no hospital, utiliza. Neste caso, existe uma maior probabilidade das decisões não considerarem o custo, já que, de acordo com os entrevistados, a maioria dos médicos não considera os custos em suas decisões. Suas escolhas com relação aos materiais e medicamentos decorrem de sua experiência, do conhecimento dos produtos, do relacionamento com o fornecedor e da influência que este exerce sobre eles.

O fato de se ter um importante elo da cadeia de valor, o médico, não fazendo considerações ao custo na escolha dos produtos, pode contribuir para que os fornecedores não compitam entre si no nível do “valor”, ou seja, a partir da ponderação entre o custo e os benefícios. Mas, uma vez que as decisões privilegiam somente os aspectos técnicos, pode haver um incentivo pela competição apenas no nível da inovação, o que também resulta em custos crescentes na saúde. De acordo com alguns entrevistados, os médicos, em sua formação, não adquirem conhecimento sobre o seu papel na cadeia de valor da saúde e como suas ações impactam este sistema. Desta forma, focam-se apenas nos aspectos técnicos e na sua relação com o paciente, deixando de considerar seu papel como um importante viabilizador do sistema de saúde, o que contribui para a existência de objetivos desalinhados na cadeia de valor da saúde.

Os médicos, como compradores, são alvos das estratégias de marketing dos fornecedores. A partir deste trabalho foram identificados três tipos de influência dos fornecedores sob os médicos:

- 1) Os fornecedores apresentam novos equipamentos que agregam inovações, e tentam convencer os médicos de que com tal tecnologia ele vai conseguir diagnosticar o paciente;
- 2) O fornecedor cria, ensina a técnica cirúrgica para o médico e até coloca seu pessoal na equipe do médico;
- 3) O fornecedor dá incentivos aos médicos, como viagens, patrocínio e até valores em dinheiro em troca da utilização de seus produtos.

A integração do fornecedor com o médico é uma integração de dois elos importantes da cadeia de valor, cuja proximidade pode contribuir para o desenvolvimento de novos materiais, melhorias em produtos, além de propiciar a troca de informações, o que é muito válido na relação fornecedor-usuário. Entretanto, se existe um grande montante de recursos destinados apenas ao marketing junto aos médicos, que tentam anular a racionalidade da compra, tem-se aí um custo no sistema, que deturpa o conceito de valor, ao fazer que a escolha dos produtos esteja relacionada aos benefícios pessoais auferidos e não aos benefícios ao paciente.

Esta prática não é inerente apenas à saúde, mas, no caso dos hospitais, os médicos, por não serem, na maioria das vezes, funcionários dos hospitais, somando-se a isto a facilidade de mobilidade que têm e a dependência que os hospitais têm na indicação de pacientes, tornam mais difícil a implantação de sistemas rígidos de controle. Todos os hospitais da amostra, como uma forma de diminuir quaisquer negociações diretas entre médicos e fornecedores, têm centrado as negociações de compras na área de Suprimentos/Compras, e não permitem que o médico traga o seu próprio material.

Uma das formas para fazer que os médicos se envolvam na questão do custo é a utilização de indicadores e acompanhamento dos gastos por equipes médicas. Nestes acompanhamentos, as equipes que têm gastos que fogem à média são questionadas sobre a razão dos altos custos. Os relatos mostram que a divulgação de comparativos faz que os médicos tenham maior consciência dos custos e passem a considerá-lo em suas decisões.

Porém, nestas análises de custos, é importante que se leve em consideração a redução do desperdício e não a redução do custo, pois, uma análise puramente focada em custos pode sacrificar a assistência. Assim, a consideração do custo juntamente com os benefícios a longo prazo é o que parece estar mais em sintonia com o conceito de valor. Ou seja, um preço alto hoje, se dividido pelos anos de vida ganhos, pode ter um custo anual inferior a um produto com um preço inferior com menos anos de vida ganhos. Entretanto, a fonte pagadora não tem o mesmo raciocínio. Na busca por redução de custos a curto prazo, os planos de saúde relutam em autorizar os itens mais sofisticados, o que pode levar ao desperdício.

Ou seja, os elos parecem se focar em diferentes perspectivas do conceito de valor, mas nenhum elo da cadeia parece se focar no conceito integral de valor. Assim, a fonte pagadora

ênfatiza a questão do custo a curto prazo, os médicos ênfatizam a questão técnica, os fornecedores são incentivados a criar produtos cada vez mais inovadores e precificam levando em consideração os altos gastos em marketing utilizados para fidelizar os médicos, os hospitais se vêem pressionados pelas fontes pagadoras, mas encontram dificuldade em mudar o comportamento de compra dos médicos.

A integração vertical parece dirimir posições antagônicas entre elos da cadeia de valor e certas ineficiências de custo. Nos hospitais pertencentes a planos de saúde, por exemplo, a questão da margem de comercialização de materiais e medicamentos não existe, reduzindo assim o custo da assistência.

Não foram levantadas iniciativas em estágio mais avançado de integração com os elos da cadeia de valor, com o intuito de aumentar o valor para o paciente. Isto evidencia o que Porter (2004) definiu como “competição de soma zero”, em que todos os elos da cadeia de valor pensam em reduzir custos e não pensam em agregar maior valor ao paciente. No final, quem paga por toda a ineficiência na cadeia de valor da saúde e tem o seu acesso cada vez mais restrito são os pagadores.

Portanto, foram identificadas ineficiências da cadeia de valor, a partir da análise da gestão de compras, que podem ser assim resumidas:

- Com relação ao pagamento pelos serviços hospitalares, existe um desembolso de recursos não condizente com a atividade hospitalar e o seu valor agregado na cadeia de valor da saúde;
- A remuneração pelos materiais e medicamentos vinculada às tabelas de mercado e não no valor negociado com o fornecedor faz que a redução de custos da compra de materiais e medicamentos não seja repassada a todos os elos da cadeia de valor;
- A lógica dos ganhos advindos da comercialização de materiais e medicamentos não incentiva a utilização de produtos com menor custo, como os medicamentos genéricos;
- Os médicos, que são responsáveis pelos itens de maior representatividade no total de compras, geralmente não fazem considerações a custos em suas decisões, o que não incentiva os fornecedores à competição no nível de “valor”;

- A desconsideração aos custos por parte dos médicos pode também incentivar uma prática de preços abusiva;
- O fato de o médico ser cliente do hospital torna mais difícil a implementação de iniciativas que envolvam mudanças à prática dos médicos do que se houvesse uma relação empregador-funcionário;
- O médico aparece como ator principal na compra, entretanto ele desconhece o seu papel como importante viabilizador do sistema de saúde, ou seja, como suas ações podem impactar o sistema de saúde;
- Existe um custo alto no sistema destinado ao marketing dos materiais e medicamentos, sendo que parte destes gastos destina-se a práticas de marketing que tentam tirar a racionalidade da compra, ao fazer com que a escolha dos produtos esteja atrelada aos benefícios oferecidos aos médicos, como pagamento de viagens, cursos, congressos e outros;
- A regulamentação, incidindo apenas em um elo da cadeia de valor da saúde, como ocorre hoje, pode trazer desequilíbrios ao sistema;
- Desconsideração das fontes pagadoras a uma análise de longo prazo nas decisões de autorização dos materiais, o que privilegia a escolha de materiais com menor custo no valor presente, mas que pode causar desperdícios no longo prazo;
- Objetivos desalinhados entre elos da cadeia de valor da saúde:
  - O foco da fonte pagadora recai sobre os custos e não sobre a qualidade da assistência;
  - Os médicos focam-se apenas na assistência e não têm seus objetivos alinhados ao hospital;
  - O hospital se vê pressionado, por um lado pelas operadoras de planos de saúde que demandam a redução de custos, e por outro lado, pelos médicos que primam questões clínicas aos custos;
  - Os fornecedores buscam continuamente inovações nos produtos e o escoamento de sua produção.

Desta forma, pode-se concluir que, apesar de haver indícios da evolução da gestão de compras nos hospitais estudados, existem ineficiências na cadeia de valor da saúde, que fogem da atuação da gestão de compras nos hospitais. Acima das práticas de gestão de compras, existem aspectos particulares à indústria da saúde que devem ser melhor trabalhados de forma

a possibilitar uma maior integração entre os elos, com ganhos para o paciente. A integração parece estar distante, mas poderá ser a solução para muitas ineficiências existentes hoje.

## 6 SUGESTÃO DE PESQUISAS

Pelo fato de o presente trabalho ter um caráter exploratório, ele levanta muitas questões, que não puderam ser aprofundadas neste trabalho, assim, para um melhor entendimento, recomenda-se a análise com profundidade das ineficiências aqui levantadas.

Sugere-se, então, não somente o aprofundamento dos temas, mas também a condução de estudos que levistem a percepção de outros elos da cadeia de valor da saúde, como fornecedores e a fonte pagadora, com relação aos mesmos temas abordados neste trabalho.

Outras sugestões de pesquisas futuras:

- Aprofundamento das diferenças entre a gestão de compras de um hospital e a gestão de compras de um hospital pertencente uma operadora de planos de saúde.
- Por que o grupo de compras no Brasil tem tido um rumo diferente dos Estados Unidos?
- A integração vertical colabora para a redução de custos e a melhoria da qualidade da atenção?
- Como as compras eletrônicas podem melhorar as ineficiências da cadeia de valor da saúde?
- Existe mais alinhamento entre os objetivos do médico e do hospital dentro de um hospital pertencente a uma cooperativa?
- Quais as ineficiências da sistemática de compras nos hospitais públicos?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALA, E. C. **Investigação e Análise Estratégica do Processo de Seleção de Fornecedores quanto ao Estabelecimento de Relações de Parceria.** 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo.

ANDERSEN, P. H.; RASK, M. Supply Chain management: new organizational practices for changing procurement realities. **Journal of Purchasing a& Supply Management**, (9), p. 83-95. 2003.

ANDREAZZI, M.F.S. **Formas de Remuneração de Serviços de Saúde.** 2002. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/financiamentodosetor/EE%201%20Formas%20de%20Remunera%C3%A7%C3%A3o%20de%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/financiamentodosetor/EE%201%20Formas%20de%20Remunera%C3%A7%C3%A3o%20de%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf). Acesso em: 18 maio 2006.

ANVISA. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/monitora/cmed/index.htm>. Acesso em: 27 abril 2006.

BAILY, P; FARMER, D; JESSOP, D.; JONES, D. **Compras: Princípios e Administração.** Tradução: Ailton Bomfim Brandão. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

BALLARD, R. Strategic supply cost management physician preference without deference: adopting a strategic approach to managing supply chain costs can lead to a productive dialogue between physicians and financial leaders. **Healthcare Financial Management**, April. 2005.

BANCHER, A. M. **Medicina preventiva no setor suplementar de saúde** : estudo das ções e programas existentes e das motivações para sua implantação. 2004. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresa) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas.

BARBIERE, J. C.; MACHLINE, C. **Logística Hospitalar: Teoria e Prática.** São Paulo: Saraiva, 2006.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos da Metodologia:** um guia para a iniciação científica. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

BERMUDEZ, J. Medicamentos genéricos: uma alternativa para o mercado brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (3), p. 368-378, Jul/Set. 1994.

BUCKLEY, J. The need to develop responsible marketing practice in the pharmaceutical sector. **Problems and Perspectives in Management**. March, p.92-103. 2004.

BURNS, L. R. **The health care value chain**: producers, purchasers, and providers. San Francisco, CA: Jossey Bass, 2002.

CALIL, S. J. **Análise do setor de saúde no Brasil na área de equipamentos médico-hospitalares**. 2001. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas-SP: UNICAMP. IE, p. 101-103. 2001.

CARR, A. S.; SMELTZER, L. R. An empirically based operational definition of strategic purchasing. **European Journal of Purchasing & Supply Management**. v. 3, n. 4, p. 199-207. 1997.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. The relationship of strategic purchasing to supply chain management. **European Journal of Purchasing & Supply Management**. v. 5, p. 43-51. 1999.

\_\_\_\_\_.; PEARSON, J. N. The impact of purchasing and supplier involvement on strategic purchasing and its impact on firm's performance. **International Journal of Operations & Production Management**. v. 22, n. 9, p. 1032-1053. 2002.

CASSEL, C.; SYMON, G. **Qualitative Methods in Organizational Research**: a practical guide. 3ª ed. Sage Publications Inc., 1997.

CHAPMAN, T. L.; GUPTA, A. , MANGO, P. D. Group purchasing is not a panacea for US hospitals. **The McKinsey Quarterly**. n. 1, p. 160-165. 1998.

CHEN, I. J.; PAULRAJ, A.; LADO, A. A. Strategic Purchasing, supply management, and firm performance. **Journal of Operations Management**. v. 22; p. 505-523. 2004.

CROOM, S.; ROMANO, P.; GIANNAKIS M. Supply chain management: an analytical framework for critical literature review. **European Journal of Purchasing & Supply Management**. v. 6, p. 67-83. 2000.



DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S., **Handbook of Qualitative Research**. 2<sup>a</sup> Ed. Sage Publications Inc. 2000.

DOBLER, D.W; BURT, D. N. **Purchasing and Supply Management: texts and cases**. 6<sup>a</sup> ed. McGraw-Hill, 1996.

ELHAUGE, E. **The Exclusion of Competition for Hospital Sales Through Group Purchasing Organizations**. 2002. Disponível em:  
[http://www.law.harvard.edu/faculty/elhaug/pdf/gpo\\_report\\_june\\_02.pdf](http://www.law.harvard.edu/faculty/elhaug/pdf/gpo_report_june_02.pdf). Acesso em: 27 abril 2006.

FARMER, D. Purchasing Myopia: Revisited. **European Journal of Purchasing & Supply Management**. v. 3. p. 1-8. 1997.

FERREIRA, G. **Política Pública de Medicamentos: Uma análise crítica da regulação de preços**. 2004. Monografia (Especialização em Direito Sanitário) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

FERREIRA, J. H. G. **Alianças estratégicas em hospitais privados: estudo de caso com oito hospitais**. 2000. Tese (Doutorado) - Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

FONSECA, A. L. **Portabilidade em Planos de Saúde no Brasil**. 2004. Dissertação (Mestrado Profissionalizante Saúde Suplementar) - Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP do Rio de Janeiro.

FREEMAN, V. T.; CAVINATO, J. L. Fitting Purchasing to the Strategic Firm: Frameworks, Processes, and Values. **Journal of Purchasing and Materials Management**. Winter, 1990, p. 6-10.

FRENKEL, J. **O mercado farmacêutico brasileiro: sua evolução recente, mercados e preços**. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas-SP: UNICAMP. IE, p. 170-171. 2001.

FURTADO, A. T.; SOUZA, J. H. **Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90**. 2001. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas-SP: UNICAMP. IE, p. 63-90.

GADELHA, C. A. G. **Cadeia: o complexo da saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ. 2002.

HARDING, M.; HARDING, M. L. **Purchasing**. Barron's Business Library. 1991.

HENDRICK, T. E. **Purchasing consortia**: horizontal alliances among firms buying common goods and services. CAPS, Tempe-Az. 1997. In: ESSIG, M. Purchasing consortia as symbiotic relationships: developing the concept of "consortium sourcing". **European Journal of Purchasing & Supply Management**. v. 6, p. 13-22. 1999.

HFMA. **The healthcare Supply Chain 2002 Survey Results**. 2002. Disponível em: [http://www.hfma.org/cgi-bin/MsmGo.exe?grab\\_id=0&page\\_id=973&query=supply%20chain%](http://www.hfma.org/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=0&page_id=973&query=supply%20chain%20). Acesso em: 27 abr 2006.

HOLMEN, E.; PEDERSEN, A.; JANSEN, N. **Stability and change in supply network**: Supply network as a means to reorganize the supply base? Annual IMP Conference. p. 2-4 September, Copenhagen, Denmark. 2004.

HOULIHAN, J. B. International Supply Chains: A New Approach. **Management Decision**. v. 26, n. 3, p. 13-19. 1988.

HOVENKAMP, H. **Competitive Effects Of Group Purchasing Organizations' (GPO) Purchasing and Product Selection Practices in The Health Care Industry**. 2002. Disponível em: <https://www.higpa.org/pressroom/hovenkamp.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA - IBGE. **Estrutura produtiva empresarial brasileira resultados do censo 1995**. Rio de Janeiro, 1997.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 1998. Ministério do Planejamento. Brasil. Rio de Janeiro, 2000.

JACOBZONE, S. **Pharmaceutical policies in OECD countries**: reconciling social and industrial goals. OECD, 2000 (Occasional Papers, 40). In: FERREIRA, G. **Política Pública de Medicamentos**: Uma análise crítica da regulação de preços. 2004. Monografia (Especialista em Direito Sanitário) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

KAUFFMAN, R. G. Supply Management: What's in a name? Or, do we know who we are? **Journal of Supply Chain Management**. Fall, 2002; v. 38,n. 4, p. 46-50.

KRAJIC, P. Purchasing Must Become Supply Management. **Harvard Business Review**. Sep-Oct, p. 109-117. 1983.

KUMAR, A. OZDAMAR L. Procurement performance measurement system in the health care industry. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 18, n. 2, p. 152-166. 2001.

LEENDERS, M. R.; BLENKHORN, D.L. **Marketing reverso: um novo conceito no relacionamento comprador-vendedor**. Tradução: Bárbara Theoto Lambert. São Paulo: Makron, McGraw Hill. 1991.

\_\_\_\_\_.; FEARON, H. E. **Purchasing & Supply Management**. 11 Ed. McGraw-Hill. 1997.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. FLYNN, A. E; JOHNSON, E. P. **Purchasing and Supply Management** 12<sup>th</sup> ed. McGraw-Hill, Irwin, 2002. In KAUFFMAN, R. G. Supply Management: What's in a name? Or, do we know who we are? **Journal of Supply Chain Management**. Fall. v. 38, n. 4, p. 46-50. 2002.

LONG, G. Pursuing supply chain gains: how effect is your organization's supply chain performance? If your hospital is like others, it's likely there's room for improvement. **Healthcare Financial Management**, September, 2005.

LONGEST, B. B.; RAKICH, J. S.; DARR, K. **Managing Health Service Organizations**. Health Profession Press, Inc. 2001.

MACHLINE, C. **Recursos Materiais**. In: GONÇALVES, E. (Coord.). **O hospital e a visão contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

MALTA, D. C. **Saúde Suplementar e Modelos Assistenciais**. In: **Fórum de Saúde Suplementar**. Brasília, DF: ANS, 2003. 30 p. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/documentostecnicos/EAtencaoasaude/14\\_DCarvalhoMalta\\_ModelosAssistenciais.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAtencaoasaude/14_DCarvalhoMalta_ModelosAssistenciais.pdf). Acesso em: 27 abr 2006.

MALTZ, A.; ELLRAM, L. Outsourcing Supply Management. **Journal of Supply Chain Management**. Spring, v. 35, n. 2, p 4-17. 1999.

McGINNIS, M. Supply and conquer: West Jefferson Medical Center was able to bounce back from a US\$ 10 million operating loss by taking an active role in improving its procurement

processes and aggressively negotiating with vendors. **Healthcare Financial Management**. March, 2005.

McKONE-SWEET, K. E.; HAMILTON, P.; WILLIS, S. B. The ailing healthcare supply chain: a prescription for change. **The Journal of Supply Chain Management**. Winter, p. 4-17. 2005.

MENTZER, John T.; DEWITT, William; KEEBLER, James S.; MIN, Soonhong; NIX, Nancy W.; SMITH, Carlo D; ZACHARIA, Zach G. Defining Supply Chain Management. **Journal of Business Logistics**. v. 22, n. 2, p. 1-25. 2001.

\_\_\_\_\_. **Supply chain management**. Thousand Oaks, Calif.: Sage, 2001.

MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes: Estrutura em Cinco Configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MOYNIHAN, R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. **British Medical Journal**, v. 326, p. 1189(4), May, 2003.

NEUMANN, L. Streamlining the supply chain for the health care industry. **Healthcare Financial Management**. July, 2003.

NOLLET, J.; BEAULIEU, M., Should an organisation join a purchasing group?. **Supply Chain Management: An International Journal**. v. 10, n. 1, p. 11-17, Feb. 2005.

NOONAN, D.; RAYMOND, J.; GESALMAN, A. B. Why drugs cost so much. **Newsweek**. 09/25, v., 13 issue, 13, p. 22-30. 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A Transformação da Gestão de Hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PICCHIAI, D. **Mudança em instituições hospitalares: análise do processo e estudo da ação do administrador hospitalar**. Núcleo de Pesquisas e Publicações. Relatório de Pesquisas da Fundação Getúlio Vargas, n. 4, 1998.

PINDYCK, R. S.; RUBENFELD, D. L., **Microeconomia**. Tradução: Pedro Catunda; Revisão Técnica: Roberto Luis Troster. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

PORTER, M. **Competitive strategy: techniques for analyzing industries and competitors**. New York: Free Press, 1980.

\_\_\_\_\_. **Competitive advantage: creating and sustaining superior performance**. New York: Free Press, 1985.

\_\_\_\_\_. **Vantagem Competitiva**. Tradução: Elizabeth Maria de Pinho Braga; Revisão Técnica: Jorge A. Garcia Comez. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

\_\_\_\_\_. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. Trad: Elizabeth Maria de Pinho Braga. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

\_\_\_\_\_.; TEISBERG, E. O. Redefining Competition in Health Care. **Harvard Business Review**. p. 65-76. June, 2004

Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde - PROAHSA do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV. **Boletim Indicadores PROAHSA**. São Paulo, n.37, p.1, mar./set. 2005.

RICCARDI, F. Healthcare providers and pharmaceutical companies: is there a prescription for ethical relationships? **Journal of Healthcare Compliance**, p. 4-8, July, 2002.

SILVA, A. A.. **Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços: Um Novo Relacionamento Estratégico**. 2003. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT\\_AR\\_6\\_AAvesdaSilva\\_RelacaoOperadora sPlanos.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_6_AAvesdaSilva_RelacaoOperadora sPlanos.pdf). Acesso em: 27 abr 2006.

SIMCHI-LEVI, Da; KAMINSKI, Philip; SIMCHI-LEVI, Edith. **Cadeia de suprimento: projeto e gestão; conceitos, estratégias e estudos de caso**. São Paulo: Bookman, 2003.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; HARLAND, C.; HARRISON, A.; JOHNSTON, R. **Administração da Produção**. São Paulo: Ed. Atlas, 1997.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. JOHNSTON, R. **Administração da Produção**. São Paulo: Editora Atlas. 2ª Ed. 2002.

STANLEY, L. L.; WISNER, J. D. The determinants of service quality: issues for purchasing. **European Journal of Purchasing & Supply Management**, v. 8, p. 97-109. 2002.

STARK, E.; MANGIONE, T. Top issues facing the hospital supply chain today. **Health Purchasing News**. November, 2004.

TEIXEIRA, J. M. C. **Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação**. In: GONÇALVES, E. (Coord.). **O hospital e a visão contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

TWYFORD, H. B. **Purchasing: Its Economic Aspects and Proper Methods**. D. van Nostrand Co., New York, 1915.

VAN WEELE, A. J. **Purchasing & Supply Chain Management: Analysis, Strategy, Planning and Practice**. 4ª Ed. Thompson Learning, 2005.

VAN WEELE, A. J.; ROZEMEIJER, F. A.; FIETVELD, G. **Professionalising purchasing: towards a purchasing development model**. IPSE Conference Proceedings. London, p. 515-523. 1998.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos**. São Paulo, Coleção Saúde & Cidadania. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde: Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar: Fundação Itaú Social, 2002.

WALTERS, D.; LANCASTER, G. Implementing value strategy through the value chain. **Management Decision**. v. 38, n. 2, p. 160-178. 2000.

WAZANA, A.. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? **JAMA**, v. 283, n. 3, p. 373-380. 2000.

**World Health Organization - WHO**. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 27 abr 2006.

WOLF, H. Making the transition to strategic purchasing. **MIT Sloan Management Review**. v. 46, n. 4, p. 17-20. 2005.

WOOD J, R. T. **Supply Chain Management: uma abordagem para a logística empresarial**. Núcleo de Pesquisas e Publicações. Relatório de Pesquisas da Fundação Getúlio Vargas, n. 5, 1998.

ZENZ, G. J. **Purchasing and the management of materials.** 7<sup>th</sup> Ed. New York: Jon Wilye & Sons, 1994.

ZIKMUND, William G. **Business research methods.** Mason, O. H.: Thomson South.Western, 2003.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO PRÉVIA DE DADOS

### SOLICITAÇÃO PRÉVIA DE DADOS –GESTOR DE SUPRIMENTOS

1. Poderia nos informar qual é a porcentagem dos gastos em compras com relação ao orçamento do hospital?
2. Quais as categorias de compras do hospital? Ex. Medicamentos, Materiais Médico-Hospitalares, Equipamentos, Serviços de Limpeza e outros.
3. Poderia nos fornecer uma tabela, como a tabela abaixo, com a participação relativa de cada categoria no total gasto com compras?

Exemplo:

<b>Categoria</b>	<b>Descrição da Categoria</b>	<b>Participação Relativa no Gasto Total de Compras (%)</b>
Medicamentos	Medicamentos em geral	30%
Outros		

4. Aproximadamente, quantos itens são comprados (itens cadastrados)?
5. Quantos fornecedores o hospital possui?
6. Poderia nos fornecer o organograma da empresa, para vermos onde a área de Compras/Suprimentos se situa na organização?
7. Poderia nos fornecer um organograma interno da área de Compras/Suprimentos, com o número de funcionários e cargos/funções?

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR DE COMPRAS/SUPRIMENTOS

### ROTEIRO ENTREVISTA COM O GESTOR DE COMPRAS/SUPRIMENTOS

NOME:

E-MAIL:

TELEFONE:

CARGO:

TEMPO NA INSTITUIÇÃO:

TEMPO NO CARGO:

FORMAÇÃO:

#### **Contribuição para a estratégia do hospital**

8. Como a área contribui para o alcance dos objetivos do hospital?
9. A área participa na elaboração do planejamento estratégico do hospital? Como?
10. O que a alta administração espera da área de Compras?

#### **Natureza das atividades**

11. A área está mais voltada às atividades estratégicas ou operacionais?

#### **Integração Interna**

12. Como é a integração com as demais áreas?
13. Como é a relação com os médicos no processo de compras? Existe sinergia?
14. Como é a relação com a farmácia do hospital? Existe sinergia?
15. Como é a relação com a enfermagem? Existe sinergia?
16. Com que outras áreas a área de Compras se relaciona fortemente? Por que?

#### **Relacionamento com fornecedores**

17. Em que casos o hospital tem como estratégia estreitar o relacionamento com o fornecedor?
18. O hospital mantém algum tipo de parceria com seus fornecedores? Qual?
19. O hospital possui um processo de gestão de fornecedor?
20. O hospital é envolvido no desenvolvimento dos produtos de seus fornecedores? Se sim, citar exemplos.

#### **Relacionamento com Operadoras de Saúde**

21. Os financiadores influenciam na gestão de compras do hospital? Como?

#### **Formulação de Estratégias de Compras**

22. Como é realizada a formulação das estratégias de compras? Existe alguma metodologia para isto?

**Iniciativas de Compras**

23. Existe um controle de custos com materiais de preferência do médico (órteses, próteses, entre outros)?
24. O hospital realizou ou tem em vista realizar a padronização dos produtos? Como foi o processo? Quais as principais dificuldades? Que categorias de produtos foram padronizadas? Qual foi o critério de padronização?
25. O hospital utiliza medicamentos genéricos? Por quê?
26. O hospital possui um comitê de avaliação de produtos e ou um comitê de incorporação de novas tecnologias?
27. Qual a sua opinião sobre a padronização de preços?
28. Existem outras iniciativas de compras? Quais?

**Grupo de Compras**

29. O hospital faz parte de algum grupo de compras? Pretende? Por que ainda não se filiou?
30. Que categoria de compras está a cargo do grupo de compras?

**Tecnologia**

31. Quais os sistemas de tecnologia de informação que a área utiliza? Citar:
32. São integrados com os demais sistemas da empresa?
33. O hospital utiliza comércio eletrônico, leilão eletrônico, portal de compras para realizar suas compras? Quais?

## APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA – EXECUTIVO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO

### ROTEIRO DA ENTREVISTA COM EXECUTIVO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO

NOME:

E-MAIL:

TELEFONE:

CARGO:

TEMPO NA INSTITUIÇÃO:

TEMPO NO CARGO:

FORMAÇÃO:

#### **Contribuição para a estratégia do hospital**

34. Dentro do hospital, a área de Suprimentos se encontra mais voltada a questões estratégicas ou às atividades operacionais?
35. Quais as principais contribuições estratégicas da gestão de suprimentos para o hospital?
36. O que se espera da gestão de suprimentos a curto e longo prazo?

#### **Relacionamento com Fornecedores**

37. O hospital busca ou pretende buscar parceria com fornecedores? O que se espera da relação com os fornecedores?
38. Os fornecedores fazem propostas de parcerias? O que propõem?

#### **Relacionamento com as Fontes Pagadoras**

39. Como a pressão das fontes pagadoras com relação aos materiais e medicamentos influencia a gestão de compras?

#### **Grupo de Compras**

40. O que se espera deixar sob responsabilidade do Grupo de Compras?
41. Qual a sua opinião sobre a tendência dos grupos de compras e sua relação com a gestão de compras do hospital?

‘

**APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – MÉDICO****ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O MÉDICO**

NOME:

E-MAIL:

TELEFONE:

CARGO:

TEMPO NA INSTITUIÇÃO:

TEMPO NO CARGO:

**Relacionamento com a área de Compras**

1. Qual a percepção que os médicos possuem da área de Compras?
2. A área de Compras interfere na compra? Como?
3. Os médicos solicitam a ajuda da área de Compras? Em que circunstâncias?
4. O que o corpo clínico espera da área de Compras?

**Fatores para decisão da compras**

5. Quais critérios são considerados na decisão de compra de um material ou medicamento?  
Quais deles mais pesam na decisão? Ex: marca, estudos, entre outros.

**Padronização**

6. Qual a sua opinião com relação à padronização de produtos do hospital?
7. Em sua opinião, quais os produtos que deveriam ser padronizados?
8. Em sua opinião, quais os produtos que não deveriam ser padronizados?
9. Como foi a aceitação dos médicos à padronização?
10. Em sua opinião, a padronização dos produtos contribui negativamente para a assistência ao paciente?
11. Quais itens são mais difíceis de serem padronizados? Por quê?
12. Qual a sua opinião sobre os times multi-profissionais para avaliação e seleção de produtos?

**Uso de Medicamentos Genéricos**

13. Qual a sua opinião sobre a utilização dos medicamentos genéricos?
14. O senhor utiliza medicamentos genéricos? Por que?

**ANEXOS**

## ANEXO A - CATEGORIAS DE COMPRAS E SUA REPRESENTATIVIDADE

### Hospital 1

<b>Categorias</b>	<b>% do total de compras</b>
Serviços prestados*	36%
Materiais médicos em geral	30%
Medicamentos em geral	25%
Material de uso geral e alimentos	9%
Total	100%

 **55%**

### Outras Informações

Qtd. Itens comprados (cadastrados)	aprox. 6000
Nº de fornecedores	aprox. 1200

\* além de todos os serviços prestados por terceiros, inclui também alguns tipos de serviços de laboratório, anatomia patológica e convênio com laboratório no exterior para patologias muito específicas.

### Hospital 2

<b>Categorias</b>	<b>% do total de compras</b>
Material médico	44,17%
Medicamentos	39,73%
Gêneros alimentícios	5,83%
Material de limpeza	3,12%
Material de consumo	2,55%
Nutrição enteral	1,65%
Nutrição parenteral	1,74%
Material de escritório	0,55%
Material gráfico	0,53%
Material elétrico	0,00%
Consignação/material especial	0,11%
Manutenção, consertos e reparos	0,02%
Equip. segurança do trabalho	0,00%
Total	100%

 **83,90%**


Obs. Informações de dezembro de 2005

### Outras Informações

Qtd. Itens comprados (cadastrados)	4466 em dezembro
No. de fornecedores	285 (no mês de dezembro)

**Hospital 3**

<b>Categorias</b>	<b>% do total de compras</b>
Materiais especiais	35,35%
Medicamentos	20,22%
Material médico-hospitalar	15,73%
Equip. de informática	10,46%
Limpeza e consumo	3,32%
Mat. escritório/impressos	3,14%
Quimioterápicos	2,39%
Fio de sutura	2,28%
Ativos	1,95%
Kit livretos – venda	1,29%
Material radiológico	1,01%
Rouparia	0,94%
Nutrição enteral	0,75%
Alimentos	0,49%
Nutrição parenteral	0,23%
Manutenção	0,20%
Licenças de uso de software	0,10%
Serviço de informática	0,10%
Equip. médico-hospitalar	0,03%
Brinde	0,00%
Conserv. De. Equip. Méd.	0,00%
Material copa cozinha	0,00%
Manutenção de elevadores	0,00%
Manut. Máquinas e equip.	0,00%
Propaganda e publicidade	0,00%
Serviço de manutenção	0,00%
Suprimentos informática	0,00%
Total	100,00%


**71,3%**

obs: dados eferentes ao mês de fevereiro de 2006

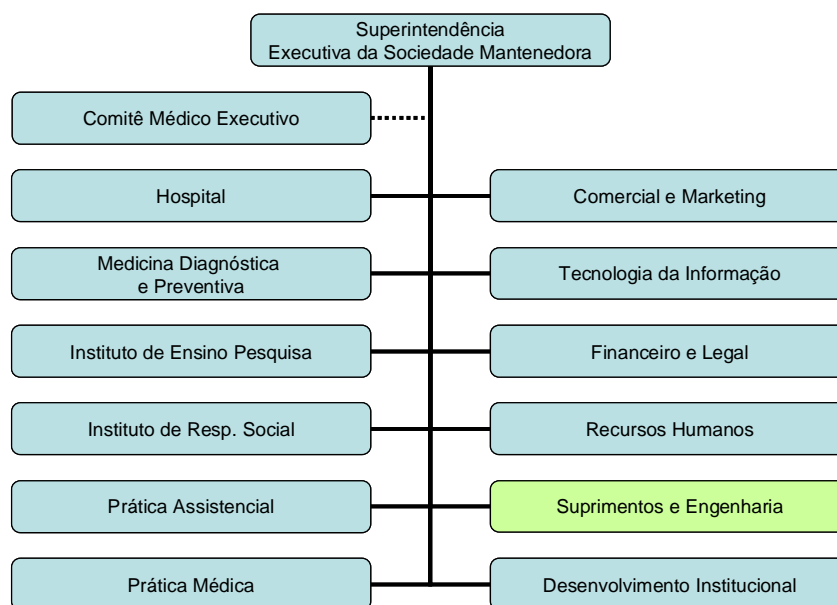
**Outras Informações**

Qtd. Itens comprados (cadastrados)	7805	(cadastrados)
	2583	(comprados em fevereiro)
No. de fornecedores	1658	

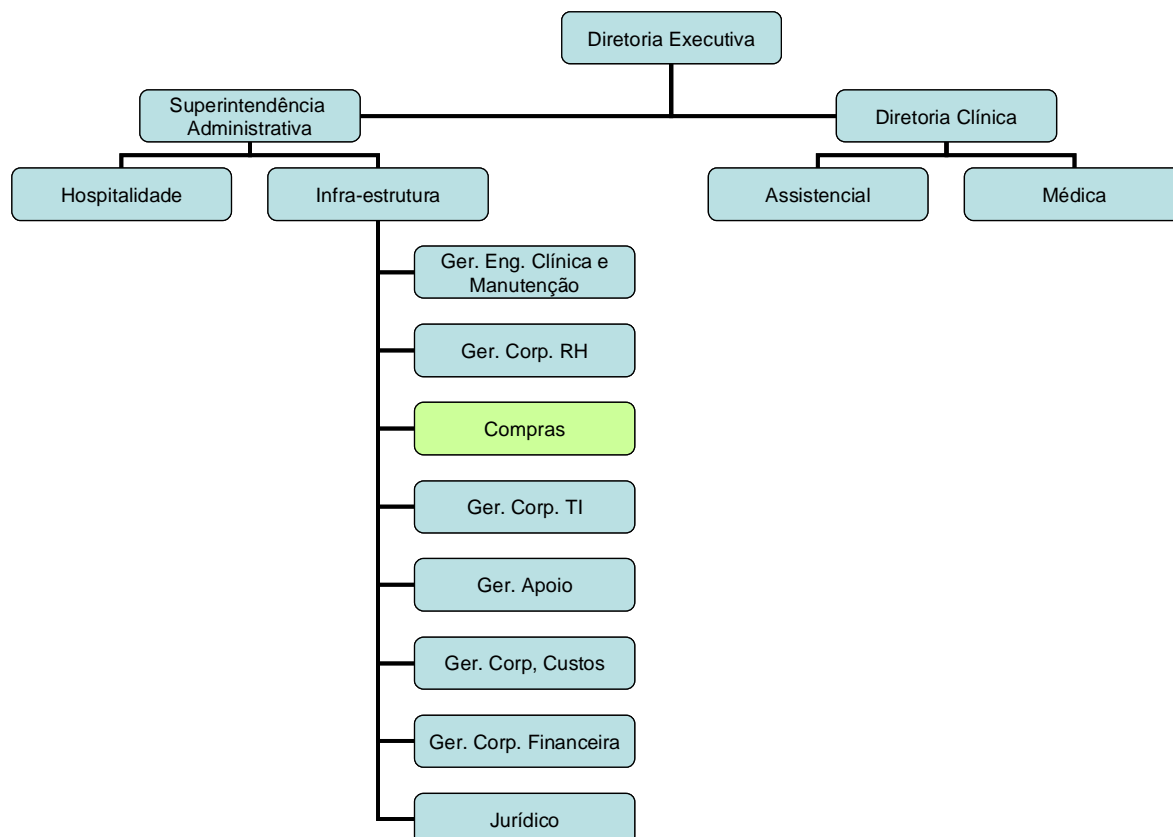


## ANEXO B - ORGANOGRAMAS DOS HOSPITAIS

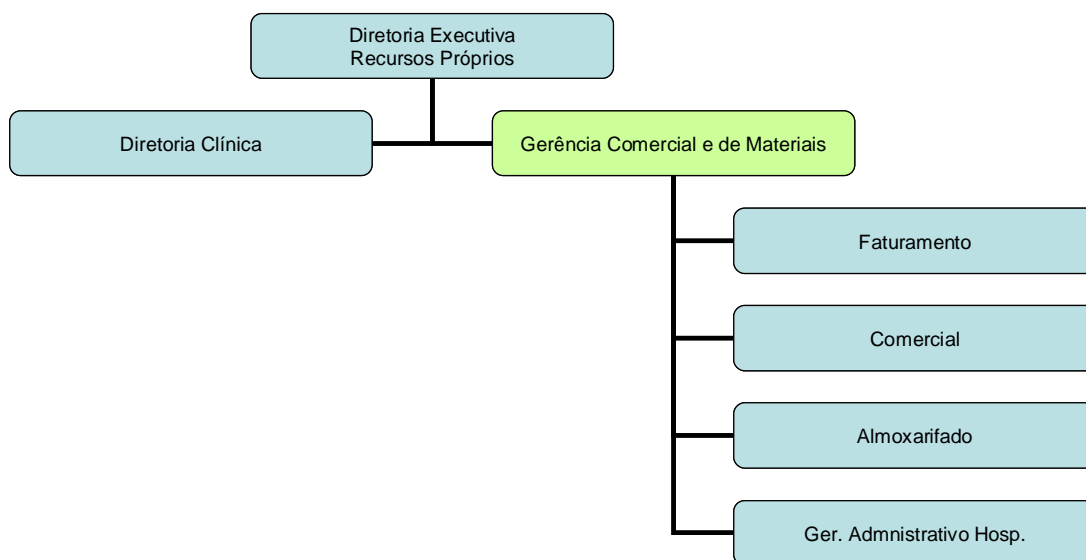
### Organograma Hospital 1



### Organograma Hospital 2



### Organograma Hospital 3



### Organograma Hospital 4

