CLAUDIO COLUCCI

**Um estudo exploratório sobre as estratégias de mercado
adotadas em grandes hospitais gerais privados brasileiros**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana
Coorientador: Prof. Dr. Hudson Pacífico da Silva

**São Paulo
2013**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Claudio Colucci

Um estudo exploratório sobre as estratégias de mercado adotadas em grandes hospitais gerais privados brasileiros

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Luiza D' Ávila Viana, e ao meu coorientador Prof. Dr. Hudson Pacífico da Silva, pela oportunidade de trabalho e orientações para o desenvolvimento deste projeto.

À Sra. Lilian Prado, pelo apoio e orientações desde a minha entrada na USP.

A todos os profissionais que concordaram em participar da pesquisa, compartilhando o tempo, conhecimentos e experiências. Muito obrigado!

À Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de realização do curso de doutorado.

Aos professores participantes da minha Banca de Qualificação, pelas orientações para o desenvolvimento deste projeto.

A Profa. Dra. Hilegonda Maria Novaes e ao Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, pelo apoio ao desenvolvimento do projeto.

À Dra. Maria Inês Roland, pela participação e contribuições no desenvolvimento desta tese.

À minha esposa Sueli e à minha irmã Eliete, pela paciência e apoio no desenvolvimento do projeto.

In memoriam, aos meus pais Giácono e Lúcia, e à minha avó Everilde.

In memoriam, ao Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias.

RESUMO

Colucci C. *Um estudo exploratório sobre as estratégias de mercado adotadas em grandes hospitais gerais privados brasileiros*. [tese] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

O estudo analisa estratégias de mercado adotadas por hospitais gerais privados brasileiros de grande porte (acima de 150 leitos). Trata-se de uma pesquisa qualitativa de casos múltiplos, com dados coletados a partir de entrevistas semiestruturadas. Inclui cinco hospitais localizados no município de São Paulo, classificados em três grupos a partir do binômio modelo de propriedade (com ou sem fins lucrativos) e clientela atendida (beneficiários de seguros e planos de saúde e usuários do SUS): Grupo 1, hospitais (H1, H2, H3) sem fins lucrativos, atendem sobretudo beneficiários de operadoras de planos privados de assistência à saúde; Grupo 2, hospital (H4) com fins lucrativos, atende sobretudo beneficiários de operadoras de planos privados de saúde; Grupo 3, hospital (H5) sem fins lucrativos, atende sobretudo usuários do SUS. Foram entrevistados em cada hospital três gestores ou mais, entendidos como informantes-chave e em condições de responder sobre as estratégias adotadas. Os resultados mostram que as estratégias se desenvolvem a partir da combinação de avaliações dos ambientes externo e interno, segundo a visão baseada em recursos. Os hospitais H1 e H2, do Grupo 1, adotam a combinação de estratégia de diferenciação, melhor posicionamento em produto e busca da oferta de soluções totais ao cliente; H3 (Grupo 1) adota a combinação de estratégia de diferenciação com liderança em custo, maior aderência ao melhor posicionamento em produto do que a oferta de soluções totais ao cliente; H4 (Grupo 2) adota a combinação de diferenciação com liderança em custo, e ainda mais próximo do melhor posicionamento em produto do que as soluções totais ao cliente; H5 (Grupo 3) adota a estratégia de liderança em custo, e melhor posicionamento em produto. Os hospitais do Grupo 1 apresentam alta densidade em tecnologia e no atendimento de casos de maior complexidade; o hospital do Grupo 2 apresenta uma situação intermediária na densidade em tecnologia e no atendimento de casos de maior complexidade; o hospital do Grupo 3 apresenta baixa densidade em tecnologia e no atendimento a casos de maior complexidade. Perante a saúde suplementar, os hospitais H1 e H2 apresentam posicionamento de alta qualidade e preços superiores; o H3 apresenta preços compatíveis aos produtos entregues; o H4 segue a média de mercado (pacientes das classes B e C); o H5 opera com a tabela do SUS e no privado com preços menores. A combinação do envelhecimento da população com menor taxa de natalidade, o crescimento de doenças crônicas, as receitas hospitalares vinculadas principalmente às taxas e serviços poderão conduzir a um modelo assistencial mais amplo, com maior concentração de mercado entre as operadoras de planos de saúde privados e entre hospitais; maior complementaridade entre o público e o privado, e funcionamento em redes de organizações mais integradas. A entrega de maior valor aos ‘clientes’ será fundamental, com pagamentos baseados nessa entrega e não apenas em quantidade, além de novos modelos de relacionamentos com os médicos.

Palavras-chave: Estratégias; Marketing; Hospitais; Hospitais Gerais; Hospitais Privados; Brasil.

ABSTRACT

Colucci C. *An exploratory study of the marketing strategies adopted in large general hospitals Brazilian private*. [thesis] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

The study analyzes marketing strategies adopted by large (over 150 beds) private general hospitals Brazilian. This is a qualitative study of multiple cases with data collected from semi-structured interviews. Includes five hospitals in the city of São Paulo, classified into three groups from the binomial property model (with or without profit) and clientele (beneficiaries of insurance and health plans and the SUS): Group 1, hospitals (H1, H2, H3) nonprofit cater mainly beneficiaries of operators of private health care, Group 2, hospital (H4) for profit, serves primarily beneficiaries of operators of private health plans, Group 3, hospital (H5) nonprofit, serves primarily the SUS. Three or more managers were interviewed in each hospital, seen as key informants and able to answer questions about the strategies adopted. The results show that strategies are developed from a combination of assessments of external and internal environments, according to the resource-based view. Hospitals H1 and H2, Group 1, adopt the combination of differentiation strategy, better positioning in product and in the way to offer total solutions to the client; H3 (Group 1) adopts the combination of differentiation strategy with cost leadership, greater adherence to the better positioning in product than the offer of total solutions to the client; H4 (Group 2) adopts the combination of differentiation with cost leadership, and even closer to the better positioning in product than the total solutions to the client; H5 (Group 3) adopts the strategy of cost leadership, and better positioning in product. Hospitals Group 1 feature high density technology and care of more complex cases, the hospital group 2 presents an intermediate situation in the density of technology and in the care of more complex cases, the Hospital Group 3 has a low density technology and in care to more complex cases. Given the health insurance, hospitals H1 and H2 have quality positioning and higher prices, the H3 features compatible prices for products delivered, H4 follows the market average (classes B and C patients), the H5 operates with the SUS and for private with lower prices. The combination of an aging population with a lower birth rate, growth of chronic diseases, hospital revenues primarily related to fees and services may be related to a broader model of care, with greater market concentration among operators of private health plans and also hospitals, greater complementarity between public and private networks and organizations working in more integrated. Delivering greater value to 'customers' will be key, with payments based on this delivery and not only in the quantity, and new relationships models with physicians.

Keywords: Strategies; Marketing; Hospitals; Hospitals, general; Hospitals, private; Brazil.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.	1
PROBLEMA DE PESQUISA	5
OBJETIVOS	7
JUSTIFICATIVA	8
ESTRUTURA DO TRABALHO	9
1 O SETOR DE SAÚDE	10
1.1 A saúde no mundo e no Brasil: aspectos gerais	11
1.2 O setor de saúde e os hospitais	19
1.3 A rede hospitalar privada no Brasil e no município de São Paulo .	22
1.3.1 Hospitais gerais privados no Brasil e no município de São Paulo.	22
1.3.2 Receitas dos maiores hospitais gerais privados	25
1.4 Considerações sobre o setor de saúde	27
2 CONCORRÊNCIA HOSPITALAR	29
2.1 Competição e estratégias adotadas em hospitais	30
2.1.1 As relações entre a concorrência de mercado e a qualidade em hospitais	33
2.1.2 Acreditação externa.....	36
2.1.3 A concorrência e diferentes modelos de propriedade em hospitais	37
2.1.4 Concorrência e movimentos estratégicos no setor hospitalar	38
2.1.5 A concorrência hospitalar no Brasil	41
2.2 Considerações sobre a competição de mercado	46

3	GESTÃO ESTRATÉGICA	50
3.1	Estratégias	51
3.2	A gestão estratégica	52
3.3	Análise de indústrias e da concorrência	54
3.4	A visão baseada em recursos	59
3.5	O Modelo Delta	61
3.6	O <i>Balanced ScoreCard</i>	64
3.7	O modelo de gestão estratégica adaptado ao contexto da empresa (Pedroso)	68
3.8	Considerações sobre estratégias	69
4	ESTRATÉGIAS DE MERCADO	74
4.1	Estratégias de <i>marketing</i>	75
4.1.1	O composto de <i>marketing</i>	78
4.1.2	Os consumidores de serviços hospitalares e estratégias.....	80
4.1.3	Estratégias de mercado e relacionamentos com operadoras	85
4.2	Estratégias tecnológicas	88
4.2.1	Agregado tecnológico em hospitais norte-americanos	89
4.2.2	A adoção de tecnologias em hospitais	92
4.2.3	Relacionamento com fornecedores	94
4.3	Considerações sobre as estratégias de mercado	95
5	METODOLOGIA.....	99
6	RESSULTADOS E DISCUSSÃO	109
6.1	Questionário I	110
6.2	Questionário II.....	127
6.3	Consolidação das análises	208
6.3.1	Consolidação do Questionário I	208
6.3.2	Consolidação Questionário II.....	210
7	CONCLUSÕES.....	226

8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	235
9	APÊNDICES	
9.1	Apêndice 1 - QUESTIONÁRIO I	
9.2	Apêndice 2 - QUESTIONÁRIO II	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Causas de morte em países com diferentes níveis de renda ...	13
Tabela 2 -	Condições de saúde no mundo e no Brasil.....	14
Tabela 3 -	Proporção de internações hospitalares SUS em 2009 por grupos de causas.....	16
Tabela 4 -	Esferas de governo e sua participação no financiamento à saúde.....	17
Tabela 5 -	Proporção (%) da população coberta, segundo região.....	18
Tabela 6 -	Cobertura por planos de saúde.....	18
Tabela 7 -	Assistência médica segundo tipo de contratação, número de planos de saúde registrados.....	19
Tabela 8 -	Caracterização dos hospitais gerais privados no Brasil	23
Tabela 9 -	Caracterização dos hospitais gerais privados no município de São Paulo.....	23
Tabela 10 -	Hospitais Privados, Valor Análise Setorial.....	26
Tabela 11 -	Principais mudanças operacionais apontadas pelos hospitais gerais nos Estados Unidos	40
Tabela 12 -	Principais mudanças clínicas apontadas pelos hospitais gerais nos Estados Unidos	41
Tabela 13 -	Distribuição da receita global por natureza	46
Tabela 14 -	Distribuição das despesas	46
Tabela 15 -	Número de leitos em cada hospital	111
Tabela 16 -	Utilização dos leitos	111
Tabela 17 -	Representatividade dos leitos de terapia intensiva	111
Tabela 18 -	Número de salas cirúrgicas em cada hospital.....	112
Tabela 19 -	Número de salas cirúrgicas e relações entre leitos e sala cirúrgica	113
Tabela 20 -	Realização de procedimentos de alta complexidade	114
Tabela 21 -	Proporção de procedimentos de alta complexidade.....	115
Tabela 22 -	Perfil das internações.....	116

Tabela 23 - Serviços de apoio	117
Tabela 24 - Representatividade dos serviços de apoio	117
Tabela 25 - Serviços assistenciais	119
Tabela 26 - Representatividade dos serviços assistenciais.....	119
Tabela 27 - Representatividade no faturamento	121
Tabela 28 - Representatividade nos gastos	122
Tabela 29 - Corpo clínico.....	124
Tabela 30 - Empresas operadoras de seguros e planos de saúde.....	124
Tabela 31 - Receitas Brutas	125
Tabela 32 - Receita Bruta por Leitos.....	126
Tabela 33 - Consolidação do Questionário I.....	209

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Complexo Econômico-Industrial de Saúde.....	20
Figura 2 -	Serviços de saúde	21
Figura 3 -	Estratégias Genéricas.....	57
Figura 4 -	Perspectivas segundo o <i>Balanced ScoreCard, BSC</i>	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Dimensões na Competitividade Hospitalar	33
Quadro 2 -	Benefícios e riscos para hospitais participarem de redes.....	39
Quadro 3 -	Fatores associados ao sucesso em hospitais independentes .	39
Quadro 4 -	Perspectivas na avaliação de hospitais.....	42
Quadro 5 -	Síntese sobre estratégias.....	70
Quadro 6 -	Estratégias de crescimento.....	76
Quadro 7 -	Estratégias concorrenciais	77
Quadro 8 -	Estratégias de desenvolvimento internacional	78
Quadro 9 -	Tecnologia por especialidade	90
Quadro 10 -	Caracterização dos hospitais selecionados para a pesquisa.	103
Quadro 11 -	Classificação dos hospitais em grupos	103
Quadro 12 -	Composição do Questionário I	104
Quadro 13 -	Composição do Questionário II.....	106
Quadro 14 -	Participantes do estudo	107
Quadro 15 -	Classificação dos entrevistados.....	108
Quadro 16 -	Atuação nos serviços da cadeia de valor da saúde	132
Quadro 17 -	Fatores percebidos como os mais importantes na escolha de cada hospital.....	134
Quadro 18 -	Influência da macroforça	138
Quadro 19 -	Oportunidades	143
Quadro 20 -	Ameaças	144
Quadro 21 -	Oportunidades <i>versus</i> recursos internos	150
Quadro 22 -	Principais recursos e competências do hospital	156
Quadro 23 -	Estratégia competitiva.....	162
Quadro 24 -	Prioridade competitiva	166
Quadro 25 -	Posicionamento perante a saúde suplementar	170
Quadro 26 -	Movimento estratégico	176
Quadro 27 -	Relacionamento entre o hospital e fornecedores	182

Quadro 28 -	Tecnologias	186
Quadro 29 -	Tecnologias mais destacadas	189
Quadro 30 -	Serviços mais importantes do hospital	191
Quadro 31 -	Papel do <i>marketing</i> no hospital	196
Quadro 32 -	Perfil tecnológico do hospital/assistencial	200
Quadro 33 -	Percepções sobre resultados de desempenho	206
Quadro 34 -	Consolidação sobre o desenvolvimento de estratégias.....	213
Quadro 35 -	Consolidação sobre as abordagens estratégicas	214
Quadro 36 -	Consolidação sobre as estratégias	222
Quadro 37 -	Consolidação dos resultados de desempenho	223

GRÁFICO

Gráfico 1 - Especialidade Predominante no Hospital	44
---	-----------

INTRODUÇÃO

São observados no mundo diferentes sistemas de saúde, com especificidades na cobertura populacional, rede e amplitude de serviços, combinações entre o financiamento público e o privado, perfil e quantidade de profissionais envolvidos na assistência, disponibilidade de recursos (infraestrutura, equipamentos, medicamentos e suprimentos), tecnologia e conhecimentos, nos modelos de organizações e gestão.

Ao analisar o cenário norte-americano, Zuckerman (2007, p. 65) observa que, em muitas organizações do setor, ainda não existe percepção de que elas não são imunes às ameaças existentes no ambiente de atuação, e apenas 25 % contam com dados ambientais para o desenvolvimento de estratégias competitivas. Daí, o autor formula a seguinte questão: “A competição ainda é considerada uma palavra suja na sua organização prestadora de serviços de saúde?”

É importante que, na formulação de estratégias competitivas, sejam discutidas questões como as apresentadas a seguir:

- “Onde devemos competir?”
- “Com quais produtos devemos competir?”
- “Qual o interesse em aumentarmos a penetração nos mercados atuais ou expandirmos para novos mercados?”
- “Como alcançaremos vantagem competitiva nos mercados escolhidos?”
- “Quais ações são necessárias agora e no futuro?”
- “Há valor em iniciativas que envolvam outros mercados?”

No Brasil, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (Brasil, IBGE, 2012), os gastos com saúde representam em torno de 8,8% do Produto Interno Bruto. A distribuição das esferas de governo nos financiamentos de serviços de saúde distribuídos em 47,8% no âmbito federal, 21,41% no estadual 21,4% e 30,8% no municipal. Segundo Ugá, Porto e Piola (2012), o setor público no Brasil representa em torno de 42% dos gastos em saúde. Encontra-se em posição intermediária, pois não está no grupo dos países que adotam o modelo *beveridgiano* (Canadá, Inglaterra, Dinamarca e Suécia), com gastos públicos em torno de 70% (em geral, mais de 80%), nem apresenta um modelo

liberal como o dos Estados Unidos, com gastos públicos em torno 32,5%. Dessa forma, observa-se que o país não apresenta as vantagens de sistemas sociais que asseguram, de fato, assistência à população em geral, nem as flexibilidades dos modelos mais liberais.

O Brasil conta com um modelo público representado pelo SUS, com os seguintes princípios e diretrizes norteadores: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; igualdade na assistência à saúde; integralidade na assistência. Esse sistema é hierarquizado e regionalizado. A porta de entrada, preferencialmente, deve ser a Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família, os quais podem resolver a maioria dos problemas), o Nível Secundário (Centros de Apoio, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia) e o Nível Terciário (Atenção Hospitalar).

Ainda que o SUS tenha apresentado importantes avanços, há lacunas importantes a superar, com destaque para a necessidade de maiores fontes de financiamento e aprimoramento da gestão de todo o sistema, inclusive dos hospitais.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS (2012), indica que o sistema privado proporciona planos de saúde para mais de 48 milhões de pessoas, sendo 80% por meio de planos coletivos e 20% por meio de planos individuais. Em geral, os contratos estão alinhados ao nível socioeconômico do cliente; as coberturas são diferenciadas em relação às organizações prestadoras de serviços de saúde, as quais nem sempre proporcionam a necessária amplitude de serviços, com os padrões de assistência compatíveis. Em função dos limites de cobertura nos contratos mais básicos, e também para alguns procedimentos de alto custo, é observado que, por vezes, os pacientes necessitam recorrer ao sistema público de saúde.

Nota-se que há vantagens para as empresas operadoras de planos privados de saúde, pois, muitas vezes, os procedimentos de menor custo são assumidos por elas, mas as mesmas repassam ao SUS os pacientes que necessitam de cuidados com custos mais elevados. Em contrapartida, a ANS (2012) destaca que as internações hospitalares são as mais representativas despesas assistenciais das empresas operadoras de seguros e planos de saúde.

Forgia e Couttolenc (2009) observam que a rede hospitalar representa um fator-chave no sistema de saúde brasileiro, pois responde por todas as internações,

oferece uma ampla gama de atendimentos ambulatoriais e emprega 56% dos profissionais de saúde. Essa rede consome 67% do gasto total com saúde e 70% dos gastos públicos na área. O setor hospitalar privado possui 69% dos leitos do país, realiza 70% das internações, 59% dos procedimentos de emergência e 54% das consultas ambulatoriais.

Os hospitais apresentam maior atuação com a Atenção Terciária e as tecnologias têm um papel fundamental nas suas estratégias de mercado. Portanto, é importante avaliar suas estratégias de relacionamento, em especial com os fornecedores de equipamentos e medicamentos, pois estes podem não apenas entregar produtos/serviços, mas um agregado tecnológico que contribui para proporcionar melhores soluções no atendimento prestado em saúde, com aumento ou redução de custos.

A população brasileira ainda está em crescimento, mas sua idade média e a expectativa de vida têm aumentado. Está em andamento um rápido processo de envelhecimento populacional. Além disso, cresce a incidência de doenças crônicas. Esse cenário implica em novas demandas populacionais relacionadas aos cuidados de saúde, ao aprimoramento de sistemas, políticas e oferta de serviços para toda a população, com alta qualidade, ao longo de toda a vida e com custos viáveis para o país.

As demandas por serviços de saúde são crescentes e as organizações que oferecem esses serviços podem ser classificadas como complexas. Normalmente, empregam elevados contingentes de recursos humanos e enfrentam concorrentes no mercado. A competição pode ser um mecanismo de contribuição para a melhoria da qualidade do serviço prestado, com controle de custos e maior satisfação dos clientes.

Um hospital com mais de 150 leitos é classificado como de grande porte (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a). Ele pode manter acordos com o Sistema Único de saúde, SUS, com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, e tem uma notável importância no sistema de saúde brasileiro, pela sua representatividade na assistência à população, pelos gastos do setor de saúde, pelos recursos humanos e pelas tecnologias empregadas. O grupo dos hospitais de grande porte é formado por organizações sem fins lucrativos e organizações com fins lucrativos. Nesse grupo,

podem ser atendidos pacientes por meio de planos de saúde e seguros privados, pacientes privados que desembolsam remuneração direta pela prestação de serviços, e pacientes assistidos pelo SUS.

Esta tese aborda as estratégias de mercado – ou *marketing*, uma palavra de origem inglesa e derivada de *market* (mercado), utilizada para as organizações que adotam ações para o mercado, no atendimento de necessidades e desejos de clientes.

Limeira (2003, p. 2) define o conceito de *marketing*:

A função empresarial que cria continuamente valor para o cliente e gera vantagem competitiva duradoura para a empresa, por meio da gestão estratégica das variáveis controláveis de marketing: produto, preço, comunicação e distribuição.

A autora ainda destaca que a estratégia de *marketing* envolve o estabelecimento do mercado-alvo (aquele para quem a organização irá direcionar os seus investimentos) e segmentos de mercado (um grupo de clientes com necessidades e características comuns entre si, mas diferentes em relação a outros grupos). Além disso, cada segmento requer estratégias e programas de *marketing* diferenciados.

PROBLEMA DE PESQUISA

Esta pesquisa esteve relacionada à identificação e à compreensão de estratégias utilizadas por grandes hospitais gerais brasileiros em sua disputa pelo mercado de assistência à saúde. Foi adotado como hipótese que, nesses hospitais, o desenvolvimento de estratégias de mercado envolve decisões sobre onde atuar e onde não atuar, e o enfrentamento da concorrência pela escolha de uma única estratégia genérica ou de combinações de estratégias: liderança em custo; diferenciação (em produtos/serviços, cobertura de mercado, comunicação e relacionamento com clientes), e nicho de mercado.

Este estudo exploratório de casos múltiplos adotou abordagem qualitativa e foi orientado pela seguinte questão de pesquisa:

- Quais são as estratégias de mercado adotadas por grandes hospitais gerais privados brasileiros na assistência à saúde de sua população-alvo?

Considerou-se também como hipótese que as estratégias dos hospitais são desenvolvidas a partir de avaliações do ambiente externo e podem combinar diversos fatores: o perfil da população; os comportamentos e percepções de valor dos usuários e clientes; a intensidade e perfil da concorrência; as influências dos relacionamentos com os fornecedores; o grau de dificuldade relacionada à entrada de novos concorrentes ou o surgimento de conceitos substitutos aos ofertados pela organização, além das influências de macrofatores – economia, tecnologia, legislação, política, demografia, cultura e sociais. Decorreu dessa abordagem a seguinte questão:

- Quais são as percepções sobre o ambiente de atuação do hospital e suas influências no desenvolvimento das estratégias de mercado?

O estudo ainda considerou o referencial teórico da visão baseada em recursos. Por meio dele, foi adotada a hipótese de que as estratégias dos hospitais também são desenvolvidas a partir de avaliações dos recursos e capacidades organizacionais. Dessa forma, chegou-se à seguinte questão:

- Quais são as percepções sobre os recursos e capacidades organizacionais que influenciam o desenvolvimento das estratégias de mercado?

A tecnologia é um fator de grande importância na competição de mercado, especialmente no setor de saúde. Portanto, mais uma hipótese considerou a possibilidade de cada organização ter um posicionamento tecnológico relacionado às estratégias de mercado, chegando-se à seguinte questão:

- Qual é o posicionamento tecnológico adotado na competição de mercado?

De acordo com Kaplan e Norton (1997), a abordagem de gestão baseada no *Balanced ScoreCard*, *BSC*, considera que a organização seja vista pelo conjunto de quatro perspectivas: financeira, clientes, processos internos e recursos humanos. É fundamental que os recursos humanos conheçam as estratégias e os resultados estratégicos da organização.

Outra hipótese deste estudo foi, portanto, que os gestores conhecem os resultados de desempenho em indicadores estratégicos das quatro perspectivas consideradas no *BSC*. Dessa forma, chegou-se a uma nova questão de pesquisa:

- Quais são as percepções dessas instituições sobre os resultados de desempenho estratégico?

Para responder as questões apresentadas, este estudo adotou uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa de campo em cinco hospitais gerais privados de grande porte, com ou sem fins lucrativos, todos localizados no município de São Paulo. Em cada hospital foi empregado um questionário para a caracterização geral da organização, além de serem entrevistados ao menos três informantes-chave em condições de responder sobre as estratégias de mercado adotadas pela instituição.

Os hospitais foram classificados em três grupos, a partir do binômio modelo de propriedade (com ou sem fins lucrativos) e clientela atendida (beneficiários de seguros e planos de saúde e usuários do SUS): Grupo 1 – três hospitais (H1, H2, H3) sem fins lucrativos, atendem principalmente beneficiários de operadoras de planos privados de assistência à saúde; Grupo 2 – um hospital (H4) com fins lucrativos, também atende principalmente beneficiários das operadoras de planos privados de saúde, e Grupo 3 – um hospital (H5) sem fins lucrativos, que atende principalmente usuários do SUS.

OBJETIVOS

A pesquisa procurou atingir os seguintes objetivos, geral e específicos.

OBJETIVO GERAL

Estudar as estratégias de mercado adotadas em grandes hospitais gerais privados brasileiros.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudar as percepções sobre o ambiente de atuação do hospital e as influências no desenvolvimento das estratégias de mercado.
- Estudar as percepções sobre os recursos e capacidades que influenciam o desenvolvimento das estratégias de mercado.

- Estudar o posicionamento tecnológico adotado na competição de mercado.
- Estudar as percepções sobre os resultados de desempenho estratégico.

JUSTIFICATIVA

Há poucos estudos publicados no Brasil sobre as estratégias de mercado adotadas pelos hospitais de grande porte privados. Este estudo procurou trazer uma visão atualizada a respeito do tema.

Wood Jr. e Caldas (2007) defendem a importância de pesquisas que possam contribuir para a melhor compreensão das diferentes influências dos fatores ambientais sobre a competitividade das empresas, por meio de estudos de casos em profundidade sobre empresas locais. É importante a compreensão de como elas respondem aos desafios do mercado e às restrições ambientais, além do desenvolvimento de um modelo de condução de empresas em ambientes de que apresentam novos desafios competitivos.

O grupo dos hospitais gerais privados (com ou sem fins lucrativos) de grande porte no Brasil tem uma notável importância no sistema de saúde local e representa um importante campo de estudos. A compreensão das práticas nesses hospitais e respectivos resultados de desempenho pode ser útil à academia; ao desenvolvimento e aprimoramento de propostas sobre gestão hospitalar; aos profissionais que atuam em hospitais privados, mas também aos que atuam em hospitais públicos, pois estes podem realizar o *benchmarking* de práticas do setor privado que possam ser aplicadas ou adaptadas ao contexto das organizações governamentais.

ESTRUTURA DO TRABALHO

Após esta Introdução, o primeiro capítulo deste trabalho abordará o setor de saúde no mundo e no Brasil, o sistema de saúde local, a representatividade dos hospitais gerais privados de grande porte e a evolução na sua capacidade de atendimento dessas organizações.

O segundo capítulo tratará da concorrência hospitalar. Serão apresentadas referências sobre a caracterização da concorrência entre organizações e ações adotadas no enfrentamento dos competidores.

O terceiro capítulo conceberá as estratégias, gestão estratégica e o uso do *Balanced ScoreCard*.

O quarto capítulo destacará as estratégias de *marketing* e suas tecnológicas.

O quinto capítulo relatará a metodologia utilizada na pesquisa de campo: estudo de caso com abordagem qualitativa, desenvolvido em cinco grandes hospitais gerais privados brasileiros com, ao menos, três informantes-chave entrevistados, ocupantes de cargos de direção ou gerência.

O sexto capítulo analisará os resultados da pesquisa de campo, baseada em um questionário para a caracterização de cada hospital estudado, e as entrevistas com os gestores-chave.

No final, serão apresentadas as conclusões.

1 O SETOR DA SAÚDE

1.1 A saúde no mundo e no Brasil: aspectos gerais

As condições de saúde estão relacionadas à biologia humana, específica de cada indivíduo, e a determinantes sociais. Dentre os determinantes individuais que influenciam a situação de saúde estão a idade, o sexo e fatores hereditários. Há diversos determinantes sociais que também podem influenciar a condição de saúde de cada indivíduo, macrofatores demográficos, tecnológicos, ambientais, sociais, culturais, econômicos, políticos e legais. As condições de vida e de trabalho também podem influenciar a saúde, tais como os fatores físicos e químicos relacionados ao meio ambiente; a disponibilidade e qualidade da água; o sistema de tratamento de esgotos; a qualidade dos alimentos disponíveis; os sistemas de saúde, educacionais e de proteção social; o ambiente de trabalho (condições físicas, cultura e clima organizacional); a empregabilidade; a distância do trabalho (ou estudo); os meios e condições de transporte, e as condições de moradia. Temos um senso de pertencer a grupos, podendo o caráter comunitário de uma sociedade ser um fator que também influencia a saúde do indivíduo (Castellanos, 1997). De maneira complementar, Dahlgren e Whitehead (1991) apresentam um modelo sobre os principais determinantes da saúde, por meio de um mapa de relacionamento entre o indivíduo, o seu ambiente e as doenças. No primeiro nível, estão o comportamento pessoal e o modo de vida, os quais podem promover ou danificar a saúde. No próximo nível, os autores abordam as redes sociais e comunitárias, as quais podem promover suportes mútuos entre os seus membros em condições não favoráveis. Outro nível se relaciona a fatores estruturais: a residência, os serviços de saúde; a qualidade da água e do saneamento; o desemprego; as condições de vida e de trabalho; o ambiente de trabalho; a educação; a agricultura, e a produção de alimentos. Por fim, o nível das condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Dessa maneira, o conhecimento dos determinantes em diferentes regiões e grupos populacionais contribuem para o desenvolvimento de estratégias de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, OMS (2010), os principais fatores de risco e causas de morte variam em função da renda *per capita* de cada país. A classificação segue os parâmetros estabelecidos pelo Banco Mundial: países de baixa renda (US\$ 1,005.00 *per capita*), média renda (US\$ 1,006.00-12,275.00 *per capita*) e alta renda (acima de US\$ 12,276.00 *per capita*). O Brasil, com uma renda *per capita* um pouco abaixo de US\$ 10,000.00, caminha para integrar o grupo dos países de alta renda.

Os principais fatores de risco de saúde no mundo, em ordem decrescente, são: pressão alta sanguínea; uso de tabaco; elevados níveis de glicose no sangue; inatividade física; excesso de peso e obesidade; sexo não seguro; consumo de álcool; crianças abaixo do peso; fumaça derivada de combustíveis sólidos.

Nos países de baixa renda, os principais fatores de risco de saúde são: crianças com baixo peso; alta pressão sanguínea; sexo não seguro; água não segura, baixas condições sanitárias e de higiene; elevados níveis de glicose no sangue; uso de tabaco; inatividade física; insuficiente amamentação materna; alto colesterol.

Nos países de média renda, os principais fatores de risco são: alta pressão sanguínea; uso de tabaco; excesso de peso e obesidade; inatividade física; consumo de álcool; elevados níveis de glicose no sangue; alto colesterol; baixo consumo de frutas e vegetais; fumaça derivada de combustíveis sólidos, e poluição urbana.

Nos países de alta renda, os principais fatores de risco de saúde são: uso de tabaco; alta pressão sanguínea; excesso de peso e obesidade; inatividade física; elevados níveis de glicose no sangue; alto colesterol; baixo consumo de frutas e vegetais; poluição urbana; consumo de álcool, e riscos ocupacionais.

Os fatores de risco brasileiros estão em transição, pois, à medida que aumenta a rendada população, há uma tendência de menor ocorrência das doenças transmissíveis e maior ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis.

Tabela 1 - Causas de morte em países com diferentes níveis de renda

Baixa renda		Média renda		Alta renda		No mundo	
Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%
Infecções respiratórias	11,3	Isquemia coronária	13,7	Isquemia coronária	15,0	Isquemia coronária	12,8
Diarreia	8,2	Acidente vascular cerebral	12,8	Acidente vascular cerebral	8,7	Acidente vascular cerebral	10,8
HIV /AIDS	7,8	Obstrução crônica pulmonar	7,2	Câncer (traqueia, brônquios,	5,9	Infecções respiratórias	6,1
Isquemia coronária	6,1	Infecções pulmonares	5,4	Alzheimer e outras demências	4,1	Obstrução crônica pulmonar	5,8
Malária	5,2	Diarreia	4,4	Infecções respiratórias	3,8	Diarreia	4,3
Acidente vascular cerebral	4,9	HIV /AIDS	2,7	Obstrução crônica pulmonar	3,5	HIV/AIDS	3,1
Tuberculose	4,3	Acidentes de trânsito	2,4	Câncer (colo, uterino e reto)	3,3	Câncer (traqueia, brônquios, garganta)	2,4
Nascimentos prematuros e baixo peso	3,2	Tuberculose	2,4	Diabetes	2,6	Tuberculose	2,4
Asfixia e trauma ao nascimento	2,9	Diabetes	2,3	Hipertensão arterial	2,3	Diabetes	2,2
Infecções neonatais	2,6	Hipertensão arterial	2,2	Acidentes de trânsito	1,9	Acidentes de trânsito	2,1

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2010.

A OMS (2010) ainda destaca que cada vez mais as pessoas morrem devido a doenças cardiovasculares, e o tabaco é uma das principais causas dessas mortes.

Nos países de alta renda, dois terços da população vivem até os 70 anos e morrem principalmente de doenças crônicas (cardiovascular, câncer, obstruções crônicas, diabetes ou demência), o que implica em proporcionar cuidados de atendimento por longo tempo e com custos cada vez mais elevados.

Nos países de média renda, metade das pessoas vive até os 70 anos. As principais causas de mortes são as crônicas, mas são acompanhadas pela tuberculose, HIV/AIDS e acidentes de trânsito.

Nos países de baixa renda, menos de 20% das pessoas vivem até os 70 anos. Mais de um terço das mortes ocorrem até os 15 anos, mas as principais causas de mortes são as infecções, diarreias, malária e por ocasião do nascimento.

No Brasil, há importantes diferenças regionais. Algumas regiões apresentam perfil de países de baixa renda; outras, perfil semelhante ao de países de média renda; outras, ainda, podem apresentar perfil semelhante ao encontrado nos países de alta renda. Além disso, observa-se que, em grandes cidades, é fácil encontrar amplos contingentes da população que se enquadram em cada uma das três faixas de renda. Dessa forma, diferentes condições de saúde e causas de morte implicam em diferentes demandas a considerar no desenvolvimento de estratégias competitivas, modelos assistenciais e tecnologias empregadas na assistência à saúde.

Dados da OMS (2010), sintetizados na Tabela 2, permitem comparar as condições de saúde no mundo e no Brasil. A taxa bruta de mortalidade no Brasil está abaixo da média mundial, assim como a taxa bruta de fertilidade.

Tabela 2 - Condições de saúde no mundo e no Brasil

Fator	Mundo	Brasil
Taxa bruta de mortalidade (por 1000 pessoas)	8,1	6,4
Taxa bruta de fertilidade (nascimentos por mulheres)	2,5	1,9
Gastos em saúde <i>per capita</i> (US\$)	863,6	734,1
Gasto público total em saúde (% dos gastos totais em saúde)	59,6	41,6
Gasto total em saúde (% do Produto Nacional Bruto)	10,0	9,0
Expectativa de vida ao nascimento para mulheres (anos)	71,5	76,4
Expectativa de vida ao nascimento para homens (anos)	67,4	69,3
Expectativa de vida ao nascimento para todos (anos)	69,4	72,8
Desembolsos privados em saúde (% dos gastos em saúde)	46,2	57,1
População total entre 0-14 anos de idade (% do total)	26,8	25,5
População entre 15-64 anos (% do total)	65,6	67,5
População acima de 65 anos de idade (% do total)	7,6	7,0
População feminina (% do total)	49,6	50,8

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2010.

A taxa bruta de mortalidade no Brasil está abaixo da média mundial, assim como a taxa bruta de fertilidade. A avaliação dos gastos com saúde no Brasil aponta para números abaixo da média mundial, e para a necessidade de mais investimentos no setor.

A expectativa de vida no Brasil está um pouco acima da média mundial. A população entre zero e 14 anos e acima de 65 anos está abaixo da média mundial, mas, entre 15 e 64 anos, está acima da média mundial. Esse quadro sugere que o Brasil enfrenta um significativo processo de envelhecimento da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011b), as doenças crônicas não transmissíveis representam o maior problema de saúde no Brasil. As mais representativas são as cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes, relacionadas a 72% das mortes.

São destacados como fatores de risco no Brasil o reduzido percentual (15,0%) da população adulta que pratica atividades físicas. Além disso, apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana; 34% dos adultos consomem alimentos com alto teor de gordura, e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana. Esse quadro corrobora o aumento da prevalência de excesso de peso (48%) e obesidade (14%) entre os adultos.

O enfrentamento dessa situação inclui a necessidade de ampliação de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, não apenas para a melhorar a qualidade de vida das pessoas, mas também para a redução de gastos com tratamentos, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas.

O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (Brasil, Ministério da Saúde, 2011b) apresenta as prioridades de ações, objetivos e metas em saúde: reduzir a taxa de mortalidade prematura (abaixo de 70 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em crianças; reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento de obesidade entre adultos; reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; reduzir a prevalência de tabagismo; aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino

entre mulheres de 25 a 64 anos, e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

De acordo com os *Indicadores e Dados Básicos – Brasil– 2010 – IBD 2010* do Ministério da Saúde (2010) 67,7% da população brasileira referem ter consultado um médico nos últimos doze meses. O número médio anual de consultas médicas (pelo SUS) por habitante é de 2,69, sendo realizados 0,96 procedimentos diagnósticos por consulta.

A propósito das internações hospitalares, o IBD aponta que 7,1% da população refere ter passado por internação hospitalar nos últimos doze meses, sendo 4,8% pelo SUS e 2,3% fora do SUS.

A Tabela 3 apresenta a proporção de internações hospitalares SUS em 2009, por grupos de causas. A principal causa é representada por gravidez, parto e puerpério. Na sequência, aparecem as doenças do aparelho respiratório, as do aparelho circulatório, as do sistema digestório e as doenças infecciosas e parasitárias. Este grupo representa em torno de 60% das causas, com implicações para o desenvolvimento de estratégias relacionadas à saúde e ao mercado da saúde.

Tabela 3 - Proporção de internações hospitalares SUS em 2009 por grupos de causas

Grupos de doenças	Proporção de internações %
Gravidez, parto e puerpério	21,60
Doenças do aparelho respiratório	13,79
Doenças do aparelho circulatório	10,24
Doenças do sistema digestório	8,95
Doenças infecciosas e parasitárias	8,34
Causas externas	7,95
Doenças do aparelho geniturinário	6,82
Neoplasias	5,17
Transtornos mentais	2,47
Demais causas	14,67

Fonte: Brasil, MS, DATASUS, 2012.

Constitui grande desafio disponibilizar meios para a melhor saúde das pessoas, tanto por meio de programas governamentais, como por meio de programas privados (com, ou sem fins lucrativos).

O Brasil conta com o SUS, modelo público de ações e serviços de saúde. De acordo com dados do Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a), mais de 190 milhões de pessoas dependem desse sistema, que tem como princípios a universalidade, a integralidade, e a equidade em saúde.

A maior parte dos municípios não tem condições de oferecer a totalidade dos serviços de saúde. Dessa forma, há o que se chama de referenciamento, ou seja, para cada tipo de condição de saúde há um local para encaminhamento e atendimento, em função do grau de complexidade considerado. A entrada ideal do cidadão na rede de saúde é a Atenção Primária (Unidades Básicas de saúde, equipes da Estratégia Saúde da Família etc.). Outro conceito básico do SUS é a hierarquização da rede, com a existência de centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços, a partir de serviços menos complexos nas unidades básicas de saúde, e serviços mais complexos nos demais níveis de atenção no âmbito do município, do polo regional e da região.

De acordo com o IBGE (Brasil, IBGE, 2012), a participação da esfera federal no financiamento à saúde indica pequena redução entre 2007 e 2009. Ocorre relativa estabilidade na participação Estadual e um pequeno crescimento na participação municipal (Tabela 4).

Tabela 4 – Esferas de governo e sua participação no financiamento à saúde

Esfera de governo	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)
Federal	51,0	48,6	47,8
Estadual	21,2	20,3	21,4
Municipal	27,8	31,1	30,8

Fonte: Brasil, IBGE, 2012.

Em contrapartida, a saúde suplementar tem uma grande importância no sistema de saúde brasileiro. De acordo com a ANS (2012), tem crescido o percentual da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde, seja constituída servidores públicos ou clientes privados. A saúde suplementar inclui

titulares, dependentes e agregados, de planos individuais, de empresas e sindicatos profissionais, por meio de planos individuais ou coletivos.

A saúde complementar cobre 25,1% da população do país, sendo que a população da Região Sudeste tem a maior cobertura regional (38,2%), e a Região Norte apresenta a menor cobertura (10,7%).

Tabela 5 – Proporção (%) da população coberta, segundo região

Região	09/2008	09/2009	09/2010	09/2011	9/2012
Total	21,6	21,9	23,5	24,6	25,1
Região Norte	8,8	8,9	9,5	10,3	10,7
Região Nordeste	9,4	9,9	10,7	11,4	12,1
Região Sudeste	33,8	33,9	36,2	37,8	38,2
Região Sul	20,6	21,0	22,8	23,7	23,5
Região Centro-Oeste	14,0	14,6	15,7	16,9	18,5

Fonte: Agência Nacional de Saúde, 2012.

De acordo com a ANS, em setembro de 2012, estavam registradas 1.542 empresas operadoras de seguros e planos de saúde, atendendo quase 49 milhões de pessoas. As organizações de medicina de grupo, com 396 operadoras e atendimento a mais de 18 milhões de pessoas, somadas às cooperativas médicas, com 325 operadoras e atendimento de mais de 17 milhões de pessoas, representavam a maior cobertura desse mercado.

Tabela 6 – Cobertura por planos de saúde

Modalidade de cobertura por planos de saúde	Número de operadoras registradas na ANS em setembro de 2012	Número de beneficiários em 2012
Todas	1542	48.660.705
Autogestão	214	5.217.522
Cooperativas médicas	325	17.355.269
Filantropia	89	1.476.055
Medicina de grupo	396	18.338.451
Seguradora especializada em saúde	13	6.273.408
Cooperativa odontológica	120	Não disponível
Odontologia de grupo	297	Não disponível
Administradora de benefícios	88	Não disponível

Fonte: Agência Nacional de Saúde, 2012.

Os planos coletivos de contratação (empresarial, por adesão e outros) representam em torno de 60% dos registros, enquanto que os individuais e familiares representam 40%.

Tabela 7 – Assistência médica segundo tipo de contratação, número de planos de saúde registrados

Tipo de contratação	Assistência médica em setembro de 2012
Total	54885
Individual ou familiar	22204
Coletivo empresarial	21693
Coletivo por adesão	10859
Coletivo não identificado	129

Fonte: Agência Nacional de Saúde, 2012.

A Organização Pan-americana de Saúde (2007) observa que ainda há uma significativa distância entre as necessidades de saúde da população brasileira e os serviços ofertados pelo SUS. Há desafios relativos ao atendimento de mudanças no perfil epidemiológico, no envelhecimento da população e nos determinantes sociais de saúde. Outros desafios envolvem aprimoramentos na organização e gerenciamento do sistema, além do subfinanciamento da saúde. Há dificuldades relacionadas ao desenvolvimento socioeconômico e político do país, os quais comprometem um atendimento integral e holístico em saúde, e também o desenvolvimento do complexo industrial da saúde. Dessa forma, os cuidados em saúde devem ser transformados em uma questão de Estado, e não simplesmente de governo, além de uma questão da sociedade e não simplesmente social.

1.2 O setor de saúde e os hospitais

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a) o “Complexo Industrial e Inovação em Saúde” é formado pelo conjunto de setores que desenvolvem atividades produtivas no campo da saúde relativas às atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação (PD&I), produção, compra e venda de insumos de saúde, de serviços, conhecimento e tecnologia. Gadelha (2003) apresenta esse Complexo por meio de um esquema semelhante ao apresentado na Figura 1.

Fonte: Adaptado de Gadelha CAG, 2003.

Figura 1 – Complexo Econômico-Industrial de Saúde

Gadelha esclarece que o complexo econômico-industrial da saúde é um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços (sendo captadas, por exemplo, nas matrizes de insumo-produto nas contas nacionais) e/ou de conhecimentos e tecnologias, e pode ser categorizado em três grupos de atividades: indústria de base química e biotecnológica – inclui as indústrias farmacêuticas, de vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico –; indústria de base mecânica, eletrônica e de materiais – inclui as indústrias de equipamentos e instrumentos mecânicos e eletrônicos, órteses, próteses e materiais de consumo, e prestador de serviços – inclui as organizações que desenvolvem atividades de prestação de serviços hospitalares, ambulatoriais, de serviços de diagnóstico e terapêutico.

Em outra oportunidade, Gadelha (2006) mostra a importância de abrir e captar o perfil das atividades e segmentos do complexo industrial da saúde. O autor expõe a importante dependência das importações, em especial aquelas relacionadas aos produtos de maior densidade tecnológica, decorrendo disso a grande dependência das condições externas e políticas macroeconômicas, pois variações significativas nas taxas de câmbio podem criar grandes impactos nos gastos em saúde.

Pedroso (2010) apresenta um modelo de cadeia valor que envolve adequação da teoria à realidade brasileira e que pode contribuir para uma melhor compreensão das atividades envolvidas no setor da saúde. O autor considera que é melhor caracterizar a cadeia por meio de atividades (e não por participantes), pois isso permite maior generalização e flexibilidade de aplicação do modelo. Além disso, essa caracterização contribui para uma melhor identificação do escopo de atuação de

cada organização, pois algumas empresas ligadas à saúde suplementar, tais como as de medicina de grupo e cooperativas, atuam tanto na intermediação financeira quanto na prestação de serviços de saúde. No modelo de Pedroso são considerados nove elos, seis verticais (Desenvolvimento de conhecimento; Fornecimento de produtos e tecnologia; Serviços de saúde; Intermediação financeira; Financiamento da saúde, e Consumo) e três horizontais (Serviços de apoio e complementares; Distribuição de produtos de saúde, e Regulação de saúde), representando a cadeia de valor do setor de saúde no Brasil. Quatro fluxos – inovação e conhecimento, produtos e serviços, financeiro e informação – contemplam uma visão integrada das principais variáveis de gestão de uma cadeia de valor.

A Figura 2 apresenta o bloco relacionado aos serviços de saúde, segundo o modelo de Pedroso, tendo como elementos constitutivos a promoção de saúde, prevenção, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas.

Fonte: Pedroso MC, 2010.

Figura 2 – Serviços de saúde

De acordo com Braga Neto et al. (2012), a combinação do progressivo aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população; as mudanças no quadro de morbimortalidade, com a menor incidência de doenças agudas e de origem infecciosa, e o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis têm levado à necessidade de um novo modelo de atenção à saúde, o que envolverá a desconcentração das ações na assistência hospitalar e aumento de ações em promoção, prevenção e tratamentos ambulatoriais necessários. Crescem as preocupações com a detenção da evolução natural dos males, em assegurar uma boa qualidade de vida aos portadores dessas doenças, além do seu acompanhamento continuado ao longo da vida. Os autores ainda acrescentam que os avanços tecnológicos podem permitir a redução do tempo de permanência no hospital ou, ainda, deslocar o tratamento para outros ambientes. Dessa forma, é fundamental que

os gestores de hospitais fiquem atentos a essas mudanças no seu ambiente de atuação e reavaliem suas estratégias de mercado e modelos assistenciais, para permanecerem competitivos.

1.3 A rede hospitalar privada no Brasil e no município de São Paulo

Os hospitais privados apresentam uma significativa representatividade no cenário de saúde do Brasil, com um papel central no atual modelo adotado no país.

1.3.1 Hospitais gerais privados no Brasil e no município de São Paulo

A rede hospitalar desempenha um papel importante no funcionamento do sistema de saúde. Um hospital é classificado de grande porte se conta com pelo menos 150 leitos. As Tabelas 8 e 9 apresentam dados do CNES-DATASUS (2012) sobre o número de hospitais gerais privados e leitos no Brasil e no município de São Paulo. Os números analisados representam as variações entre dezembro de 2007 e dezembro de 2012. Os hospitais gerais privados são classificados em função do modelo de propriedade: privado sem fins lucrativos e privados com fins lucrativos. Os hospitais da categoria sindicato foram englobados na categoria sem fins lucrativos.

A análise dos hospitais gerais privados sem fins lucrativos aponta no Brasil uma redução de 26 unidades, enquanto que no município de São Paulo ocorre um crescimento de nove de unidades. Por sua vez, a análise dos hospitais gerais com fins lucrativos no Brasil aponta uma redução de 164 unidades, enquanto que no município de São Paulo ocorre um aumento de quatro unidades.

No Brasil, os hospitais gerais privados sem fins lucrativos apresentam um aumento de 515 leitos, os destinados ao SUS diminuem em 2864 unidades, enquanto que os não destinados ao SUS aumentam em 3379 unidades. No município de São Paulo, os hospitais sem fins lucrativos apresentam um acréscimo de 1482 leitos. Nos leitos destinados ao SUS, ocorre uma redução de 266 unidades; os não destinados ao SUS aumentam em 1748. O número médio de leitos por hospital geral privado sem

fins lucrativos é de 90,80; o número médio de leitos SUS é de 64,22, e o número médio de leitos não SUS é de 26,57.

No município de São Paulo, o número médio de leitos por hospital é de 257,50, o número médio de leitos SUS é de 118,65 e o número médio de leitos não SUS é 138,86. Assim fica caracterizado o maior porte dos hospitais na cidade de São Paulo em relação à média nacional. Além disso, é caracterizada a priorização em novos investimentos para o atendimento à saúde suplementar e aos pacientes privados.

Tabela 8 – Caracterização dos hospitais gerais privados no Brasil

Variável	Mês		Variação entre 2007 e 2012
	12/2007	12/2012	
Número de hospitais gerais privados sem fins lucrativos no Brasil	1343	1317	Redução de 1,94%
Número de hospitais gerais privados com fins lucrativos no Brasil	2107	1943	Redução de 7,78%
Número de leitos nos hospitais gerais privados sem fins lucrativos no Brasil	119062	119577	Aumento de 0,43%
Número de leitos SUS nos hospitais gerais privados sem fins lucrativos no Brasil	87443	84579	Redução de 3,28%
Número de leitos não SUS nos hospitais gerais privados sem fins lucrativos no Brasil	31619	34998	Aumento de 10,69%
Número de leitos nos hospitais gerais com fins lucrativos no Brasil	110286	100856	Redução de 8,55%
Número de leitos SUS nos hospitais gerais com fins lucrativos no Brasil	54212	38382	Redução de 29,2%
Número de leitos não SUS nos hospitais gerais com fins lucrativos no Brasil	56074	62474	Aumento de 11,4%

Fonte: DATASUS, 2012.

Tabela 9 – Caracterização dos hospitais gerais privados no município de São Paulo

Variável	Mês		Variação entre 2007 e 2012
	12/2007	12/2012	
Número de hospitais gerais privados sem fins lucrativos no município de São Paulo	19	28	Aumento de 47,36%
Número de hospitais gerais privados com fins lucrativos no município de São Paulo	81	85	Aumento de 4,94%
Número de leitos nos hospitais gerais privados sem fins lucrativos no município de São Paulo	5728	7210	Aumento de 25,87%
Número de leitos SUS nos hospitais gerais privados sem fins lucrativos no município de São Paulo	3588	3322	Redução de 7,41%
Número de leitos não SUS nos hospitais gerais privados sem fins lucrativos no município de São Paulo	2140	3888	Aumento de 47,6%
Número de leitos nos hospitais gerais privados com fins lucrativos no município de São Paulo	7419	7213	Redução de 2,78%
Número de leitos SUS nos hospitais gerais privados com fins lucrativos no município de São Paulo	351	224	Redução de 36,18%
Número de não SUS leitos nos hospitais gerais privados com fins lucrativos no município de São Paulo	7068	6989	Redução de 1,12%

Fonte: Brasil, MS, DATASUS, 2012.

Nos hospitais sem fins lucrativos, observa-se uma pequena redução de 1,94% no número de unidades para o Brasil, ainda que com um pequeno aumento de 0,43% no número de leitos. No município de São Paulo, observa-se um significativo aumento de 47,36% no número de unidades, e um crescimento de 25,87% em leitos.

No Brasil, os leitos destinados aos SUS apresentam uma redução de 3,28%, enquanto que os não destinados ao SUS apresentam um aumento de 10,69%. No município de São Paulo, os leitos destinados ao SUS apresentam uma redução de 7,41%, e um significativo aumento de 47,6% em unidades não destinadas ao SUS.

Nos hospitais com fins lucrativos, observa-se uma redução de 7,78% no número de unidades para o Brasil, e uma redução de 8,55% no número de leitos. No município de São Paulo, observa-se um aumento de 4,94% no número de unidades, enquanto que os leitos foram reduzidos em 2,78%.

No Brasil, os leitos destinados aos SUS apresentam uma redução de 29,2%, enquanto que os não destinados ao SUS apresentam um aumento de 11,4%. No município de São Paulo, os leitos destinados ao SUS apresentam uma significativa redução de 36,18%, e uma redução de 1,12% nos leitos não destinados ao SUS. Os dados indicam estratégias favorecendo o atendimento aos pacientes não SUS.

De acordo com a ANS (2012), 1.453 hospitais gerais no Brasil atendem aos planos privados de saúde, distribuídos em 56 unidades na Região Norte, 209 no Nordeste, 683 no Sudeste (sendo 326 no estado de São Paulo), 354 no Sul e 151 no Centro-Oeste. As internações hospitalares – com 38% do total –, são as maiores despesas assistenciais das operadoras (médico-hospitalares) de planos privados de saúde. Na sequência estão as despesas com exames (20,5%) e consultas (18%).

Os planos coletivos de saúde representam em torno de 80% do total das receitas dessas operadoras. O relatório da Agência aponta que a taxa de internação de beneficiários é de 13,0% e a média anual de consultas por beneficiário é de 5,6. Esses números estão acima dos apontados pelo IBD para toda a população do país (atendimento SUS e não SUS).

Consideradas as mudanças no perfil demográfico da população brasileira, o crescimento da saúde suplementar e o crescimento nos investimentos hospitalares para atendimento de pacientes fora do SUS, fica evidente a importância da saúde

suplementar no sistema de saúde brasileiro e do relacionamento dessas organizações com os segurados, médicos e hospitais.

Hospitais privados do município de São Paulo têm feito grandes investimentos na expansão da capacidade de atendimento. Ferreira Júnior (2011) considera que esse movimento é relacionado não apenas ao atendimento da demanda, mas também ao crescimento em ganho de escala e viabilização de investimentos; manutenção de custeio dos recursos; manutenção de padrões de qualidade, e competitividade de mercado.

Parece importante acompanhar o alcance desse crescimento e verificar se ele poderá conduzir à formação de redes hospitalares regionais ou nacionais, corroborando, de fato, a maior competitividade dessas organizações.

1.3.2 Receitas dos maiores hospitais gerais privados

O relatório “Hospitais Privados – Valor Análise Setorial” publicado pelo Valor Econômico (2012, p. 55) apresenta um panorama sobre os perfis de hospitais privados. Essas organizações vêm realizando significativos investimentos, principalmente em ampliação e modernização das suas instalações. Outros investimentos são direcionados à capacitação e treinamento dos profissionais; renovação e atualização da tecnologia da informação; aquisição de imóveis para a ampliação das áreas dos hospitais; compras de equipamentos e novas tecnologias, e inovação e pesquisa. As principais fontes de financiamento para investimentos são recursos próprios e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, BNDES.

O setor hospitalar está em processo de concentração, o mesmo ocorrendo entre as empresas operadoras de seguros e planos de saúde. Os hospitais independentes procuram aumentar seu poder de negociação junto às fontes pagadoras (planos de saúde e laboratórios) por meio de aquisições, modernização e ampliações. Em contrapartida, as operadoras investem em hospitais próprios para reduzir custos.

De acordo com os dados da Tabela 10, é possível observar que os três maiores hospitais privados em receitas são a Rede D’Or (com fins lucrativos), o Albert Einstein (sem fins lucrativos) e o Sírio-Libanês (sem fins lucrativos). As

receitas desses hospitais são bem maiores do que as dos demais, o que pode indicar tendência de concentração de mercado e oportunidades de eficiência resultantes do ganho de escala.

As receitas geradas dependem de uma série de fatores, tais como: representatividade das fontes pagadoras (empresas operadoras de seguros e planos de saúde de, pacientes privados, SUS); produtos e serviços (assistenciais e não assistenciais) ofertados; posicionamento tecnológico; além dos acordos efetuados com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, e podem envolver preços diferenciados pagos por pacotes de serviços especiais, reputação do hospital, políticas de qualidade e resultados diversos de desempenho. Dessa forma, o número de leitos de maneira isolada não é suficiente para estabelecer as receitas.

Tabela 10 – Hospitais Privados, Valor Análise Setorial

Hospital privado (com, ou sem fins lucrativos)	Receitas 2010 (milhões R\$)	Leitos instalados 2010
Rede D'Or	2100,0	3000
Hospital Albert Einstein	1100,0 (Líquidas)	577
Hospital Sírio-Libanês	776,4	372
Hospital A. C. Camargo	396,0 (Líquidas)	320
Hospital Oswaldo Cruz	377,1	273
Grupo de Saúde Bandeirantes	352,5	810
Hospital Santa Catarina	333,9	379
Hospital 9 de Julho	300,0	288
Hospital Samaritano	258,7	211
HCor – Hospital do Coração	252,0	237
Hospital Nossa Senhora de	250,0	285
Hospital Matter Dei	201,3	339
Casa de Saúde São José	195,6	250
Hospital Santa Paula	156,0	198
Hospital Monte Sinai	83,5	326
Hospital Vera Cruz	61,7	152
Vitória Apart Hospital	57,8	217
Hospital Santa Genoveva	33,1	145

Fonte: Valor Econômico, 2012.

Os hospitais gerais privados podem exercer um amplo conjunto de atividades, como promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas. As estratégias dos hospitais envolvem decisões sobre a amplitude do portfólio de serviços; o que deve

ser desenvolvido internamente; as atividades que devem ser terceirizadas, e o desenvolvimento de alianças estratégicas com organizações concorrentes. Os relacionamentos com outros prestadores de serviços de saúde merecem especial atenção, pois estes podem corroborar o encaminhamento de pacientes aos hospitais. É importante compreender as estratégias de relacionamento dos hospitais gerais privados com os consumidores e as organizações; as percepções de valor, as avaliações e comparações entre hospitais concorrentes, e como são desenvolvidas as interações e prestados os atendimentos.

1.4 Considerações sobre o setor de saúde

O cenário brasileiro apresenta perspectivas de importantes mudanças demográficas, de rápido envelhecimento da população, mudanças no estilo de vida e grandes impactos disso no seu perfil epidemiológico. O país não conta com um sistema de saúde que efetivamente assegure o atendimento universal, integral e equitativo a toda a sua população e em todas as fases do ciclo de vida. Possíveis soluções dependem principalmente de maiores investimentos públicos no setor de saúde, o que implicará em maiores contribuições tributárias pela sociedade, mas estas devem ser diferenciadas em função do nível de renda de cada cidadão. No entanto, isso não é suficiente. Deve-se buscar melhor complementaridade entre os setores público e privado, com reavaliação de competências e de papéis desempenhados, além de melhor gestão.

O atual modelo de saúde é muito centrado em hospitais, com atendimento focado principalmente nos cuidados com as doenças e altos custos. É necessário chamar atenção da sociedade brasileira para isso e para a importância de cada pessoa assumir maiores responsabilidades pelos cuidados individuais com a saúde, além da cooperação com outros membros da comunidade, prevenindo o surgimento e o crescimento de problemas e condições adversas. De maneira complementar, deve-se lembrar que os fatores estruturais também desempenham um papel de grande importância na determinação das condições de saúde da população. Simultaneamente, as organizações do setor de saúde devem buscar maior integração e soluções que assegurem o atendimento à população, com serviços de alta qualidade

em promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamentos, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas. O atendimento deve ser prestado por toda a vida, com custos competitivos que também viabilizem o sucesso e a sustentabilidade das organizações do setor. Essa integração deve envolver os prestadores de serviços de saúde, as fontes pagadoras e os fornecedores de tecnologias.

A concentração de mercado, mesmo que acentuada poderá proporcionar ganhos de escala e de eficiência, por um lado. Por outro lado, é fundamental o acompanhamento das relações de poder entre as organizações do setor, prestadores de serviços de saúde, contratantes dos serviços, fornecedores de tecnologias e a população no sentido de assegurar a contínua assistência dos serviços de saúde à população com qualidade. Em suma, é necessário rever o sistema de saúde brasileiro, as relações entre o público e o privado, e entre as organizações do setor. Melhores práticas de gestão são fundamentais, e os hospitais gerais privados de grande porte com alto desempenho podem ser importantes referências para os demais hospitais privados e também para os públicos.

2 CONCORRÊNCIA HOSPITALAR

Neste capítulo são apresentados vários relatos, sobre ações no Brasil e em outros países na competição de mercado hospitalar.

Hoskisson et al. (2009) consideram concorrentes organizações que competem no mesmo mercado, oferecem produtos similares e almejam conquistar clientes similares. Ainda apontam que a rivalidade competitiva é o conjunto de ações e respostas competitivas entre organizações que concorrem por uma posição de mercado vantajosa. Segundo esses autores, em geral, quanto maior o número de mercados comuns e a similaridade de recursos, mais as organizações reconhecem que são concorrentes diretas.

Dentro de certos limites, os usuários de serviços hospitalares, intermediadores financeiros (SUS e operadoras de planos privados de saúde) e médicos podem optar (ainda que de maneira limitada) por um ou outro hospital. Assim, é fundamental compreender como ocorre a competição entre hospitais e as ações na disputa pelo mercado, a intensidade; se envolve eventuais parcerias estratégicas, complementaridade com outras organizações da saúde.

2.1 Competição e estratégias adotadas em hospitais

Em certo sentido, o mundo está se tornando menos hierarquizado. Pessoas, informações, tecnologias e ideias estão cruzando as fronteiras nacionais com maior intensidade. O setor de saúde não está imune às forças da globalização. Cresce a concorrência, cresce o turismo médico, surgem oportunidades e ameaças para as organizações envolvidas nesse cenário. Dessa forma, gestores na área de saúde devem contar com ferramentas para análise ambiental e ações que contribuam para seu sucesso. Consumidores com melhor nível de educação e com mais informações (especialmente por meio da *internet*); o crescimento da classe média em países emergentes; médicos altamente treinados, e sistemas de saúde pública que não têm

conseguido atender às necessidades e expectativas dos pacientes são algumas forças por trás da globalização na área de serviços a saúde (Fried e Harris, 2007).

Esse cenário tem levado os hospitais a buscar melhores resultados, níveis mais elevados de desempenho de qualidade; a oferecer mais serviços; a ser mais eficientes; a reduzir custos, e a aprimorar suas práticas para o recrutamento de médicos. Com esse cenário, os conhecimentos e as boas práticas de gestão tornam-se fundamentais para o sucesso das organizações prestadoras de saúde, dentre elas os hospitais (Schroth e Khawaja, 2007).

A demanda por serviços de saúde é baseada principalmente na “necessidade” (doença ou injúria), e não em um “desejo” (ainda que esteja em crescimento a procura por cirurgias plásticas “cosméticas”). A demanda por serviços de saúde é episódica; a necessidade é, geralmente, imediata. Esse cenário implica na importância de os hospitais disponibilizarem seus serviços todos os dias, a qualquer hora, o que pode comprometer a produtividade em períodos com menor procura (Langabeer II, Dellifrairie e Helton; 2010).

Sobre a competição no sistema de saúde, Porter e Teisberg (2007) defendem a tese de que ela existe, mas de maneira inadequada. Para esses autores, a competição em saúde não está focada em entregar maior valor aos pacientes. Há redundâncias, excessos de investimentos (exemplo, nos Estados Unidos) e desperdícios de custos administrativos, o que gera uma soma zero, pois há uma competição para transferir custos; uma competição para aumentar o poder de negociação; a captação para incluir clientes e restringir as escolhas, e uma competição para reduzir custos por meio da restrição de serviços. Eles consideram que a competição no campo da saúde é ampla demais, por um lado, e ocorre no nível de planos de saúde, redes, grupos de hospitais, grupos de médicos e clínicas. Por outro lado, é estreita demais porque ocorre na abordagem de intervenções ou serviços distintos, e não na abordagem das diferentes condições de saúde.

Para Scanlon et al. (2008, p. 1931), a competição é um meio e não um fim; é um mecanismo que engendra a rivalidade entre provedores públicos e privados. Pode levar à redução de custos e melhorar a qualidade dos produtos e serviços aos pacientes.

Estudo desenvolvido por Cooper et al. (2010) sobre o *National Health Service – NHS*, o Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra, sugere que, após a exposição à competição (com o direito de escolha por parte dos pacientes), os hospitais que operam com sistemas de preços com reembolsos fixos tornam-se mais eficientes (menor tempo de espera para os pacientes), sem comprometer a qualidade do cuidado e sem evitar o tratamento a pacientes de alto-risco.

A partir de um estudo desenvolvido em Portugal, Eiriz, Barbosa e Figueiredo (2010) apresentam um modelo exploratório para analisar a competitividade de hospitais naquele país (Quadro 1). Definem competitividade como a capacidade de um hospital alcançar desempenho positivo e superior que lhe confira uma posição de vantagem competitiva. Destacam que a compreensão da competitividade hospitalar inclui três dimensões de análise: organização (envolve uma caracterização da estrutura física, números relacionados às instalações, cobertura de mercado e recursos humanos no corpo clínico), comportamento (envolve a compreensão dos interesses de diferentes grupos, a combinação de serviços prestados, além das relações dos hospitais com outras organizações do setor) e desempenho (por meio de indicadores, objetivos, metas de desempenho, além da comparação de resultados alcançados por diferentes organizações).

Quadro 1 – Dimensões na Competitividade Hospitalar

Organização	Existência da entidade hospital e os diferentes modelos adotados	<ul style="list-style-type: none"> • Personalidade jurídica; • Complexidade (dispersão territorial, por meio do número de unidades territoriais que possui); • Capacidade (número de leitos, número de médicos, número de enfermeiros, além de considerar a capacidade utilizada).
Comportamento	Opções e decisões estratégicas, táticas e operacionais tomadas por cada hospital com o objetivo de alcançar um desempenho superior	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de interesse (indivíduos ou grupos de indivíduos que têm interesse na forma como uma organização desenvolve as suas atividades e influenciam no desenvolvimento das estratégias. Os autores apontam os seguintes grupos de interesse – proprietários, pessoal de saúde e clientes. Dessa forma, propõem a avaliação da qualidade dos serviços de saúde que reflita as expectativas e percepções de todos esses grupos); • Oferta de serviços (analisar e compreender individualmente cada um dos serviços e como eles se articulam entre si, o quanto a oferta é muito diversificada ou especializada); • Relações interorganizacionais (incluem diferentes formas de relacionamento e que podem levar à integração e fusões). Além disso, apontam a complementaridade de atuação dos hospitais com as redes de saúde primárias, a rede de serviços de continuidade e outras entidades, tais como os fornecedores de medicamentos, equipamentos médicos e serviços diversos.
Desempenho	Medidas de eficiência e eficácia de cada hospital, de diferentes indicadores de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Por meio de um conjunto de indicadores quantitativos ou qualitativos, objetivos ou subjetivos, em termos absolutos ou em termos relativos; • Apontam a importância do <i>benchmarking</i>, por meio de um processo de comparação entre hospitais e outras organizações da sistemática de indicadores e fontes de desempenho.

Fonte: Adaptado de Eiriz V, Barbosa N, Figueiredo J, 2010, p. 437.

2.1.1 As relações entre a concorrência de mercado e a qualidade em hospitais

Romano e Mutter (2004, p. 132) consideram que precisa ser mais bem desenvolvida a literatura que relaciona a competição com a qualidade hospitalar. Abordam algumas definições sobre qualidade em saúde:

- A qualidade do atendimento médico é “o gerenciamento esperado para atingir o melhor balanceamento entre benefícios em saúde e riscos, levando em conta os desejos, expectativas, avaliações, e significados [...] e a distribuição

social dentro da população” (Donabedian, 1980 *apud* Romano e Mutter, 2004, p.132);

- A alta qualidade no atendimento deve “consistentemente contribuir à melhoria ou manutenção da qualidade e / ou duração da vida” (idem);
- A qualidade do atendimento é o “grau na qual os serviços de saúde para os indivíduos e populações melhoram a probabilidade dos desejados resultados em saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (idem).

As três definições citadas tendem a distinguir qualidade de outros aspectos do serviço, os quais os autores classificam como “amenidades”. Assim são incluídas a aparência, o conforto e a conveniência. Ao ser feita essa distinção, os autores consideram que tal separação pode não ser adequada, especialmente ao se considerar importantes medidas centradas no paciente, tais como o tempo de resposta ao telefone, tempo de espera para agendamentos, horários clínicos, pronta resolução de reclamações, requerimentos sobre pagamentos, satisfação do paciente.

Em estudo sobre 175 hospitais dos Estados Unidos, Carter, Lonial e Raju (2010) concluem que, para os hospitais melhorarem seu desempenho, eles devem desenvolver amplas e inclusivas atividades de qualidade com caráter holístico e que englobem treinamentos sobre qualidade, desenvolvimento de produtos/serviços, gerenciamento do relacionamento com fornecedores e relatórios com dados sobre a qualidade além do relacionamento com os recursos humanos. Além disso, os gestores devem identificar e cuidar:

- dos fatores que afetam o desempenho organizacional (financeiro; desenvolvimento de produtos/serviços; resultados em qualidade, tais como mortalidade e morbidade, percepção da qualidade pelos clientes, custos e rotatividade de funcionários);
- das incertezas ambientais (fornecedores de materiais; fornecedores de equipamentos; oferta de recursos humanos; sindicatos de trabalhadores; clientes; concorrentes; legislação; opinião pública; avanços tecnológicos; associações de indústrias; mercado financeiro; economia em geral);

- do contexto de qualidade (concorrência com outros hospitais; demandas dos clientes; conhecimentos dos gestores de qualidade; políticas de qualidade; importância do departamento de qualidade) em que o hospital opera.

Também nos Estados Unidos, Mutter, Wong e Goldfarb (2008) abordam os efeitos da competição na qualidade do atendimento, por meio de estudo em 2.595 hospitais. Esses autores consideram que os hospitais são fortes em alguns aspectos e frágeis em outros. A competição parece melhorar a qualidade em dimensões associadas às habilidades dos médicos, especializações, maneiras como são tomadas as decisões. Dessa forma, os hospitais parecem priorizar o que é mais visível e compreensível aos pacientes e seus familiares. Em contrapartida, os hospitais podem reduzir a qualidade em dimensões associadas à infraestrutura, apoio e número de pessoas na equipe de enfermagem, aspectos aparentemente menos visíveis e compreensíveis aos pacientes e familiares.

Em estudo nos Estados Unidos, Kellis e Rumberger (2010, p. 283) consideram que os custos de atendimento têm crescido dramaticamente, enquanto que a qualidade continua a ser um problema significativo. Os autores destacam que a competição é uma poderosa ferramenta para reduzir os custos e melhorar a qualidade em muitos produtos, porém “falhas de mercado” (tais como, falhas na orientação para o consumidor, problemas no processo de decisão do consumidor, comportamento anticompetitivo nos prestadores de serviços e incompatíveis expectativas sociais) promovem barreiras à efetiva competição. Apresentam algumas recomendações para o aprimoramento dos sistemas de saúde: atendimento universal; melhor sistema de contabilidade voltado para a qualidade; maior alinhamento entre médicos, hospitais e seguradoras por meio do pagamento de incentivos voltados à qualidade, e não à quantidade; implantação de melhores práticas da tecnologia de informações, com melhor uso dos dados para o gerenciamento, e a divisão de resultados e medidas de qualidade com os consumidores. A competição ser realizada por “quase competição” refere-se à possibilidade de os consumidores escolherem os prestadores de serviços de saúde por meio de parâmetros de qualidade, tal como adotado na Grã-Bretanha.

Já Nwabueze e Mileski (2008) destacam que, nos hospitais do Reino Unido, a qualidade é tradicionalmente definida como o nível de serviço prestado, enquanto que os pacientes definem qualidade como um serviço que atende às suas expectativas. Os autores consideram a existência de lacunas entre o gerenciamento dos serviços prestados pelas organizações, a percepção do serviço e a estratégia de implementação, mais bem discriminadas por meio dos seguintes fatores: má compreensão dos gestores sobre as expectativas dos usuários; qualidade dos serviços; entrega do serviço; comunicação externa; expectativas dos clientes; percepções dos recursos humanos; confiabilidade dos serviços; avaliações pelos profissionais sobre a qualidade; acesso dos pacientes aos serviços, e estratégias de serviços. Dessa forma, sugerem que a efetiva entrega de um serviço de qualidade ao paciente necessita de uma clara e definida estratégia. É preciso selecionar, treinar, conceder poder e ouvir os recursos humanos da organização; definir a jornada dos pacientes pelo do sistema e avaliar os resultados dos serviços, para assegurar o atendimento das expectativas dos clientes.

2.1.2 Acreditação externa

Na busca de melhoria na prestação de serviços, têm aumentado o número de hospitais que buscam algum tipo de aprovação externa. A acreditação é um processo formal por meio do qual um órgão reconhecido, avalia uma organização de serviços de saúde e verifica se ela cumpre critérios aplicáveis, pré-determinados e publicados. Instituições Acreditadoras são organizações de direito privado, com ou sem fins lucrativos, com a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços dentro de normas técnicas previstas e com atuação em nível nacional. As Instituições Acreditadoras (IACs), como são chamadas, também podem realizar atividades de capacitação e treinamento, bem como de diagnóstico organizacional (Organização Nacional de Acreditação, 2010).

Algumas das acreditadoras internacionais atuam no Brasil, com destaque para a *Joint Comission* e a Acreditação Canadense. Ainda assim, deve-se destacar o crescimento do programa local desenvolvido pela Organização Nacional de Acreditação (2010), a qual considera que a organização de saúde é um sistema

complexo no qual as estruturas e processos da organização são de tal forma interligados que o funcionamento e os resultados devem ser avaliados em conjunto.

É importante avaliar a efetividade dos programas de acreditação em serviços de saúde. Será que a qualidade é parte integrada ao sistema de gestão estratégico ou apenas é explorada na comunicação de *marketing*?

2.1.3 A concorrência e diferentes modelos de propriedade em hospitais

Ao comparar hospitais privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos dos Estados Unidos, David (2009) destaca que esses dois grupos de organizações representam em torno de 70% do número de leitos naquele país. Embora os dois grupos de hospitais privados sejam sujeitos a diferentes normas tributárias, estão se tornando cada vez mais similares. Essa convergência (similaridade) pode estar relacionada às trocas nos modelos adotados pelos hospitais, ora atuando sem fins lucrativos, ora migrando para o modelo com fins lucrativos, e vice-versa.

A Alemanha tem um dos maiores mercados de saúde do mundo. O setor hospitalar é formado por organizações públicas, privadas com fins lucrativos e privadas sem fins lucrativos. Para Tiemann e Schreyogg (2009), os hospitais públicos da Alemanha contam com menos recursos produtivos. Devido a essa restrição, têm-nos bem utilizados para alcançar melhores resultados em eficiência. Em contrapartida, destacam que os hospitais privados com fins lucrativos priorizam o lucro, ainda que não observem a mesma eficiência dos hospitais públicos no uso dos recursos produtivos. Os autores encontram uma correlação entre porte e maior eficiência. No entanto, pressões competitivas têm exercido efeito negativo na eficiência. Na avaliação da qualidade do atendimento, os hospitais privados com fins lucrativos apresentam melhores resultados do que os demais. Esses resultados parecem estar relacionados à maior concorrência entre eles, com melhor desempenho por meio do melhor gerenciamento da qualidade e resultados, utilizados como estratégia para atrair pacientes. Devido ao excesso de capacidade de atendimento, mudanças no ambiente competitivo e na regulação do setor, as organizações estão mais abertas a processos de consolidação e reorganização, inclusive às possibilidades de fusões, aquisições e cooperações. Esses autores consideram que a tendência de

privatização na Alemanha pode não representar um bom caminho, em função de ser observada maior eficiência dos recursos em hospitais públicos.

Também em relação à Alemanha, Mosebach (2009) considera que, ao contrário da maior competição, a adoção de um sistema de pagamento aos hospitais baseado no desempenho fortalece ganhos de eficiência, levando à especialização e reorganização do setor além da melhor alocação de recursos, ainda que existam dúvidas sobre os impactos gerados na melhoria do atendimento a saúde. O autor destaca o crescimento das preocupações entre os hospitais sobre a qualidade do serviço e a satisfação dos clientes.

Os estudos apresentados até aqui não permitem uma generalização para o Brasil sobre o melhor desempenho para um ou outro modelo de propriedade. Além disso, deve-se considerar que os modelos concorrenciais são específicos para cada país, com diferentes influências da demografia, das condições epidemiológicas e das condições de mercado.

2.1.4 Concorrência e movimentos estratégicos no setor hospitalar

Segundo Schraeder e Self (2003), os movimentos estratégicos de fusão e aquisição têm se tornado importantes opções estratégicas para diversas organizações. As fusões são normalmente caracterizadas pela consolidação de duas organizações em uma, enquanto que as aquisições são normalmente caracterizadas pela compra de uma organização por outra, sendo o controle mantido pelo comprador. Potenciais fusões ou aquisições podem estar relacionadas a algum tipo de encaixe estratégico. Os autores ainda afirmam que, no mundo organizacional, entre 55% e 70% das fusões e aquisições falham no atendimento do propósito almejado, e que as diferenças culturais entre as organizações podem ser um importante fator nesses insucessos.

Ao analisar o mercado hospitalar norte-americano, Steinberg (2009) destaca que há benefícios e riscos envolvidos na participação de uma organização em uma rede hospitalar (Quadro 2). O autor ainda destaca os principais fatores associados ao sucesso financeiro em hospitais independentes (Quadro 3). Conclui pela viabilidade

destes se manterem dessa forma, especialmente se forem líderes de mercado há vários anos nos seus principais serviços.

Quadro 2 – Benefícios e riscos para hospitais participarem de redes

Benefícios e riscos para hospitais participarem de redes	
Benefícios	Riscos
Segurança financeira e acesso a capital	Perda de controle local
Melhor gerenciamento	Expectativas e objetivos não realistas
Menor dependência da economia local	Rompimento de padrões de referências dos médicos
Menor suscetibilidade a eventos negativos individuais ou a competição	Possíveis mudanças nas lideranças
Melhor acesso e coordenação do cuidado	Potencial perda de suporte comunitário
Potencial economia de escala	Dificuldades para alcançar o sucesso por meio de uniões

Fonte: Steinberg SH, 2009.

Quadro 3 – Fatores associados ao sucesso em hospitais independentes

Fatores associados ao sucesso em hospitais independentes
Maior participação de mercado
Médicos de excelência, ativos e engajados
Poucos leitos críticos no mercado
Poucos leitos não ocupados
Elevadas reservas e dotações
Elevada liquidez
Poucas dívidas
Unidades novas
Poucos pacientes do <i>Medicare</i> e <i>Medicaid</i>
Menor penetração do gerenciamento no cuidado
Fortes equipes de gerenciamento

Fonte: Steinberg SH, 2009.

Steinwald (2006) aborda mudanças operacionais e clínicas para os hospitais se manterem competitivos em um ambiente de mercado cada vez mais disputado. A maioria dos hospitais gerais indica que o ambiente competitivo varia entre muito a extremamente competitivo.

Na Tabela 11 são indicadas as principais mudanças operacionais, destacando-se medidas de incentivo e treinamento à enfermagem, investimentos em *marketing* e redução de tempo médio de troca entre cirurgias nas salas de operação.

Na Tabela 12 são apresentadas as principais mudanças clínicas nos hospitais gerais para a atuação nesse ambiente mais competitivo. Destacam-se a expansão de

serviços clínicos, imagem, cirurgia, cardiologia ou de ambulatório, na sequência possíveis reduções nos serviços clínicos, de ortopedia ou de psiquiatria. Parece fundamental que, em cada hospital, sejam desenvolvidos estudos sobre demandas imediatas e tendências, acompanhadas de análises do ambiente de negócios, além de avaliações dos recursos e capacidades da organização. É possível o aprendizado de estratégias e práticas adotadas em organizações concorrentes, e até de outros setores, mas cada organização é única e deve desenvolver as suas estratégias em função dessas especificidades.

Tabela 11 – Principais mudanças operacionais apontadas pelos hospitais gerais nos Estados Unidos

Principais mudanças operacionais apontadas pelos hospitais gerais nos Estados Unidos	
Mudanças operacionais	% de hospitais que apontam a importância de ação
Melhorias nos salários das enfermeiras	86
Recursos adicionais em marketing e esforços junto à comunidade	74
Introdução, ou melhoria em bonificações para a equipe de enfermagem	72
Introdução, aumento, ou melhoria em suporte de ensino para a equipe de enfermagem	71
Foco, ou redução do tempo médio de troca entre cirurgias nas salas de operações	70
Introdução, ou maior flexibilidade na programação de trabalho da equipe de enfermagem	70
Implementação de processo formal para a avaliação dos esforços na busca de melhor qualidade e redução de custos	69
Planos de gerenciamento para o estabelecimento de objetivos de atendimento aos pacientes	65
Melhorar o papel dos médicos na governança dos hospitais	65
Expansão da capacidade de atendimento do departamento de emergência	60
Padronização dos suprimentos utilizados nas salas de operações	59
Melhorias nas comunicações com as famílias durante o tempo de permanência dos pacientes	56
Melhorias de salários para a contratação de médicos	55
Instituição de escalas de pagamentos móveis para os pacientes	55
Contratação de mais médicos	54
Implementação de tecnologia <i>wireless</i>	52
Implementação de programas de hospitalidade	51

Fonte: Steinwald B, 2006.

Tabela 12 – Principais mudanças clínicas apontadas pelos hospitais gerais nos Estados Unidos

Principais mudanças operacionais apontadas pelos hospitais gerais nos Estados Unidos	
Mudanças clínicas	Proporção de hospitais que adotaram a ação (%)
Adição ou expansão de ao menos um serviço clínico	97
Adição ou expansão de serviços de imagem ou de radiologia	73
Adição ou expansão de serviços de cardiologia	57
Adição ou expansão de serviços de ambulatório	37
Redução ou eliminação de ao menos um tipo de serviço clínico	33
Redução ou eliminação de ao menos um tipo de serviço de ortopedia	31
Redução ou eliminação de ao menos um tipo de serviço de psiquiatria	7

Fonte: Steinwald B, 2006.

Não obstante, a competição e a cooperação podem coexistir. Como muitas organizações não possuem todos os recursos necessários para o sucesso em mercados dinâmicos, Hoskisson et al. (2009) destacam a possibilidade de as organizações combinarem seus recursos e competências com os de outras organizações para alcançar o sucesso. Destacam que a cooperação pode sustentar o enfrentamento de concorrentes, além de reduzir incertezas no ambiente de atuação. Dessa forma, as estratégias cooperativas integram o cenário competitivo e o desenvolvimento de estratégias.

2.1.5 A concorrência hospitalar no Brasil

A concorrência entre hospitais brasileiros é abordada por Elias e Viana (2004) em estudo sobre as conexões entre o sistema público e o sistema privado de saúde no município de São Paulo, com avaliação de quatro hospitais, sendo um filantrópico, um privado (com fins lucrativos), um “de operadora” e um público. A pesquisa apresenta uma comparação em quatro perspectivas, engloba práticas e também resultados de desempenho, conforme apresentado a seguir:

Quadro 4 – Perspectivas na avaliação de hospitais

PERSPECTIVAS AVALIADAS	Resultados em destaque
Infraestrutura, incluso os serviços prestados.	O hospital filantrópico apresenta o perfil de serviços de apoio próprios, enquanto o hospital “de operadoras” principalmente serviços terceirizados, os outros dois utilizam um <i>mix</i> de serviços contratados e próprios; Os serviços assistenciais são basicamente próprios nos hospitais filantrópico e público, enquanto que o “de operadora” e o privado basicamente contratam esses serviços; Os hospitais filantrópicos e o privado são voltados para a maior complexidade, enquanto que o “de operadora” e o público são mais voltados para cuidados intensivos; Os serviços cardiológicos são os mais importantes em três hospitais, enquanto que os oncológicos em dois hospitais; Maior incorporação da medicina preventiva.
Indicadores financeiros	O grupo materiais e medicamentos representa parcela significativa do faturamento nos hospitais com forte grau de terceirização de serviços assistenciais, porém naqueles em que os serviços assistenciais são próprios, destaca-se os SADT; Crescimento na diversificação das fontes de receitas.
Relações comerciais com o mercado e com as operadoras	A significativa dependência dos convênios com operadoras de seguros e planos privados; Crescimento dos movimentos de fusões e aquisições e a formação de redes hospitalares, controladas por poucos; Verticalização das empresas operadoras de seguros e planos de saúde por meio da incorporação de unidades hospitalares; Maior busca por certificados de acreditação hospitalar Crescimento do “turismo de saúde”.
Composição dos recursos humanos	O modelo de corpo médico aberto, exceto no hospital público; A maioria dos profissionais é contratada por meio da Consolidação das Leis do Trabalho, CLT.

Fonte: Adaptado de Elias PE, Viana ALA, 2004, p. 153.

De acordo com Braga Neto et al. (2012), os hospitais passam por importantes iniciativas de inovação gerencial e profissionalização. Novos modelos de assistência hospitalar e gestão estão em desenvolvimento. Os hospitais, cada vez mais, operam com uma rede diversificada de serviços de saúde. A maior densidade tecnológica, com domínio de ações mais restrito, privilegia o atendimento de casos mais graves, que exigem cuidados intensivos. Esse cenário leva a maior necessidade de serviços de retaguarda e de apoio técnico à rede assistencial, com maior espaço para formação e desenvolvimento de especialistas, de projetos de investigação clínica, epidemiológica e administrativa. A maior densidade tecnológica, combinada a quadros de profissionais diferenciados, implica na necessidade de ajustes na oferta de

serviços hospitalares, com escalas economicamente sustentáveis. Cada vez mais, a atenção à saúde e a gestão são elementos interdependentes.

Para Veloso e Malik (2010), tem havido no Brasil um crescente interesse por parte de fundos de participações (*private equity*) em investimentos nos hospitais (redes, ou independentes) com o objetivo de, alguns anos após a compra, realizar a venda ou abertura de capital na Bolsa de Valores. Esclarecem que a atual legislação impede que os hospitais independentes tenham capital estrangeiro, o que implica na impossibilidade de abertura de capital na Bolsa de Valores. Em contrapartida, as operadoras de seguros e de planos de saúde contam com essa possibilidade. Essa situação pode contribuir para uma competição desigual entre diferentes prestadores de serviços de saúde. Os autores consideram ainda que grandes hospitais podem ser tão rentáveis quanto outras empresas, e que o porte (tamanho da receita) tem uma influência direta na rentabilidade. Apontam que as margens líquidas e retornos sobre ativos dos hospitais privados com fins lucrativos e os sem fins lucrativos são similares. Destacam que o desempenho dos hospitais não deve ser medido apenas por seus aspectos econômicos e financeiros.

O Brasil conta com um modelo de atendimento à saúde bastante centrado nos hospitais. O mercado de hospitais privados brasileiros parece se encontrar em uma fase de importante crescimento, com maior demanda por parte da população, desafios concorrenciais e no ambiente geral de atuação. A busca de maior competitividade poderá conduzir a novas formas de gestão e rearranjos entre essas organizações.

Em estudo com a participação de 70 gestores que atuam em 25 hospitais associados à Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), Damázio (2011) investiga as práticas de gestão estratégica adotadas por essas instituições. De acordo com os dados apresentados, a maioria dos hospitais filantrópicos associados à ANAHP desenvolve atividades de pesquisa e desenvolvimento. Na avaliação das especialidades dos hospitais, o autor destaca que a cardiologia como a especialidade predominante por mais da metade dos entrevistados (64,2%), seguida pela oncologia (48,6%) (Gráfico 1). Quanto aos respondentes, Damázio aponta que 68,5% dos entrevistados participam da alta administração (CEO –*Chief Executive Officer*, Diretor ou Superintendente), a maior parte deles (88,6%) possui formação em gestão

(ainda que, sobre a formação principal, os resultados indiquem 31,4% para administração, 25,7% para medicina, 20,0% outras, 10,0% para psicologia, 7,1% para economia e 5,7% para enfermagem). Todos os entrevistados que afirmam ser CEO declaram que também têm formação em gestão (ainda que não seja necessariamente para toda a formação principal). O estudo ainda aponta que os médicos entrevistados têm idade maior de 51 anos, enquanto que os administradores têm entre 31 e 50 anos.

Gráfico 1 – Especialidade predominante no hospital

Fonte: Damázio LF, 2011, p. 25

Sobre as práticas de gestão estratégica, Damázio destaca a tendência de atuação em mercados amplos e em expansão, realização de monitoramento ambiental e desenvolvimento de novos produtos e serviços. A tecnologia é uma preocupação importante no desenvolvimento dos processos internos, porém há prudência nos controles de custos.

A Associação Nacional dos Hospitais Privados, ANAHP (2013), tem uma parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no Projeto Sistema de Indicadores Hospitalares (SINHA), criado em 2002 com o objetivo de oferecer aos associados da ANAHP um conjunto de indicadores periódicos para ser usado como referência e estímulo à melhoria dos desempenhos financeiros, operacionais e de recursos humanos das organizações. Esses resultados são divulgados pelo relatório Observatório ANAHP. De acordo com o relatório Observatório ANAHP de 2013, em

2012, as receitas de 35 hospitais da associação que participaram da pesquisa, em média, por hospital, alcançam R\$326,8 milhões, uma expansão de 4,0% em relação ao ano anterior. Das receitas hospitalares, 90,8% eram provenientes do atendimento aos beneficiários de planos de assistência médica, 8,6% eram provenientes dos atendimentos a particulares e 0,5% dos atendimentos a pacientes do SUS. O relatório aponta que a receita líquida média por paciente avançou 5,7% em 2012, porém a inflação média medida pelo IPCA foi 5,8% no mesmo período. Os dados do relatório apontam que, do total de receitas com convênios, as seguradoras representam 37,8% do total, seguidas pelas organizações de autogestão, com 22,3%; as de medicina em grupo, com 20,7%, e as cooperativas médicas, com 19,2%. É importante observar que, no mercado de saúde suplementar, as internações são apontadas como a principal fonte de despesas dessas organizações, com 41,6% do total; a segunda é representada pelos exames, com 21,6%, e a terceira são as consultas, com 17,8%. O prazo médio de recebimento dos hospitais associados oscila em 66,4 dias. O índice de glosas está em 3,0%.

A Tabela 13 apresenta a distribuição da receita global por natureza. Entre 2008 e 2012, indica um crescimento da representatividade dos insumos hospitalares como principal fonte de receitas. Na segunda posição estão as diárias e taxas. Nota-se o crescimento da representatividade de SADT.

Resta saber se, no futuro, essa situação será mantida, ou se as diárias e taxas passarão a ter maior representatividade, em função da possibilidade de as empresas operadoras de seguros e planos de saúde fornecerem os insumos aos hospitais para alcançar redução de custos. Caso ocorra essa mudança, os hospitais deverão promover importantes ajustes em suas estratégias para alcançar maiores receitas da prestação de serviços, o que poderá implicar no desenvolvimento de novos modelos de negócios e assistenciais.

A Tabela 14 apresenta a distribuição das despesas nos hospitais, com maior representatividade para os gastos com pessoal e em tendência de crescimento. Os insumos hospitalares ocupam a segunda posição. No conjunto, alcançam em torno de 70,0% do total. As despesas com contratos técnicos e operacionais, além dos contratos de apoio e logística têm apresentado pequeno crescimento.

Tabela 13 – Distribuição da receita global por natureza

Natureza da receita	Ano (%)				
	2008	2009	2010	2011	2012
Diárias e taxas	30,3	29,4	28,0	24,5	25,1
Insumos hospitalares	48,6	50,9	48,5	51,5	47,9
SADT	12,6	11,6	11,2	14,1	16,4
Outras de serviços	2,5	3,2	3,4	4,5	4,9
Outras operacionais	6,0	4,8	8,9	5,5	5,7

Fonte: Associação Nacional dos Hospitais Privados, 2013.

Tabela 14 – Distribuição das despesas

Natureza da despesa	Ano (%)				
	2008	2009	2010	2011	2012
Custo pessoal	36,8	37,3	38,5	40,0	42,1
Insumos hospitalares	30,1	30,9	31,2	27,6	25,2
Outros insumos	3,6	3,7	3,6	4,4	3,1
Contratos técnicos e operacionais	8,3	7,1	6,5	8,3	8,8
Contratos de apoio e logística	4,2	4,2	3,9	4,9	5,0
Utilidades	3,0	2,7	2,6	2,2	2,7
Manutenção e assistência técnica	2,1	2,1	2,1	1,9	3,1
Depreciação	5,0	5,1	4,8	4,9	4,1
Outras despesas	6,9	6,8	6,7	5,7	6,4

Fonte: Associação Nacional dos Hospitais Privados, 2013.

2.2 Considerações sobre a competição de mercado

A competição de mercado entre os hospitais gerais privados de grande porte existe. Ela pode ser mais intensa ou menos intensa, e as ações para o enfrentamento dos concorrentes pode ocorrer de diferentes maneiras.

É necessário o desenvolvimento de novos estudos, mas há indicações de que a maior concorrência pode levar os hospitais a proporcionar serviços de melhor

qualidade, ou redução de custos, eventualmente combinações dos dois resultados. Pagamentos diferenciados em função do desempenho, e não simplesmente pela quantidade de atendimentos, podem representar uma importante ação em busca de melhor qualidade e custos competitivos. Na verdade, na proporção de maior valor aos usuários e clientes diversos, entendido como a diferença entre benefícios e custos mais sacrifícios.

É fundamental que, nas organizações, sejam desenvolvidos conhecimentos aprofundados sobre os comportamentos dos seus usuários e clientes, as necessidades e os desejos, o que priorizam, como avaliam, comparam e decidem sobre diferentes ofertas. Como clientes, devem ser considerados, por um lado, os usuários dos serviços de saúde, além dos seus familiares e acompanhantes. Por outro lado, as organizações que contratam os serviços dos hospitais também devem ser reconhecidas como clientes, pois homologam ou não homologam os hospitais, aprovam, contratam e pagam por pacotes de serviços utilizados pelos pacientes. Além disso, deve-se considerar a importância dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, ao escolher os hospitais em que atuam, encaminham ou aconselham os seus pacientes.

No atual estágio do conhecimento, não é possível assegurar que o modelo de propriedade (público, privado com fins lucrativos, ou privado sem fins lucrativos) seja suficiente para assegurar melhor desempenho, pois a perspectiva de desempenho pode ser diferenciada para cada categoria. De qualquer maneira, o desempenho não deve ser considerado de maneira isolada em resultados financeiros; em qualidade; no atendimento às expectativas dos vários públicos interessados e na sociedade; à eficiência nos processos de trabalho, e ao atendimento aos recursos humanos. É importante o equilíbrio na busca de resultados balanceados entre os fatores considerados, pois, de uma forma ou de outra, todos estão interligados. A gestão dos hospitais deve ocorrer de maneira equilibrada entre as várias áreas, perspectivas e grupos de interesse.

O espectro de concorrência também tem sido ampliado, pois as organizações hospitalares podem perder clientes para outras instaladas em regiões mais distantes, ou até em outros países. Não obstante, também podem captar clientes dessas regiões.

Assim, há ameaças e oportunidades de mercado relacionadas ao turismo médico, por exemplo.

O crescimento dos movimentos de fusão, aquisições e formação de redes poderá se tornar mais acentuado. No caso de hospitais privados com fins lucrativos, esse movimento é claro. Observa-se o grande crescimento da Rede D'Or e suas contínuas aquisições. Cabe acompanhar, por um lado, se essas incorporações levarão à formação de uma grande rede que conte com os possíveis benefícios advindos do ganho de escala e reduções de custos. Por outro lado, não é tão simples que inúmeras organizações, com diferentes culturas, recursos e procedimentos, tornem-se uniformes em suas estratégias, processos e estilos. Isso pode ser demorado, e, por vezes, esses movimentos estratégicos não alcançam sucesso. As empresas operadoras de seguros e planos de saúde, que também contam com hospitais próprios, parecem caminhar para a ampliação de redes.

No caso dos hospitais privados sem fins lucrativos, não tem sido notado um importante movimento de fusões ou aquisições. No entanto, é importante observar que, na comparação das receitas e números de leitos, eles estão ficando mais distantes da líder Rede D'Or. É importante monitorar se as futuras estratégias desses hospitais poderão incluir a possibilidade de formação de redes.

A legislação precisa ser reavaliada, pois trata de maneira diferenciada hospitais “puros” e aqueles que são propriedade de operadoras de seguros e planos de saúde. As operadoras têm facilidade de acesso ao capital por meio do mercado de ações, e até ao capital estrangeiro, enquanto que os demais hospitais não contam com essa flexibilidade de acesso. As condições competitivas poderão se tornar muito desiguais.

A facilidade de acesso ao capital por meio do mercado de ações deve ser vista com muito cuidado, pois poderá ocorrer uma excessiva priorização de preocupações com o retorno financeiro, em detrimento das preocupações com os pacientes e da qualidade da assistência. Sem dúvidas, são necessários mecanismos de financiamento do setor, mas deve existir um equilíbrio no atendimento de diversos interesses: os financeiros, os dos pacientes, os da sociedade, das organizações contratantes de serviços, dos fornecedores, órgãos regulamentadores e do Estado.

Também é importante considerar que as estratégias podem considerar a alternativa de especialização em serviços ou regiões, como alternativa para o enfrentamento da concorrência. Associar alta qualidade, profissionais de ponta, tecnologia de ponta e atendimento humanizado pode compor um diferenciado e competitivo modelo de atuação. Daí, ser possível considerar que haja espaço de mercado, tanto para grandes redes como para organizações independentes e diferenciadas que também busquem custos competitivos.

Ainda que os hospitais não participem de movimentos de fusão, ou aquisições, poderão ser consideradas ações cooperativas com hospitais concorrentes. Estas podem envolver ações de compra coletiva (para ganhos de escala), oferta conjunta de serviços complementares oferecidos por concorrentes, desenvolvimento de estudos e tecnologias. Assim, a concorrência pode coexistir com a cooperação, para que organizações competidoras estabeleçam esforços conjuntos em algumas atividades que proporcionem melhor qualidade no atendimento, menores custos, maior eficiência e maior competitividade.

Uma importante mudança que se poderá consolidar ao longo dos próximos anos está relacionada à possibilidade de materiais diversos virem a ser adquiridos pelas empresas operadoras de seguros e planos de saúde. Isso implicará em significativas mudanças nos hospitais, pois reduzirão os ganhos auferidos por meio das compras desses produtos. Assim, terão que viabilizar receitas por meio das taxas e serviços, inclusos SADT; terão de lidar com crescentes custos em recursos humanos, além de ter que desenvolver maiores competências na contratação de serviços de terceiros, o que envolve estratégias de relacionamento com fornecedores e boas práticas nas avaliações de desempenho delas.

Cabe acompanhar a velocidade com que esse processo poderá acontecer, e a capacidade de ajuste dos hospitais a esse novo modelo. Os hospitais que alcançarem sucesso na transição poderão crescer de forma sustentável, enquanto os demais poderão perecer.

3 GESTÃO ESTRATÉGICA

O capítulo trata do desenvolvimento de estratégias, a partir do ambiente externo e/ou a partir dos recursos e capacidades organizacionais; a gestão estratégica, e o uso do *Balanced ScoreCard*.

3.1 Estratégias

A literatura sobre gestão apresenta diferentes abordagens sobre estratégias em organizações. A seguir é apresentado um panorama com propostas sobre o tema.

Ao examinar as origens da estratégia, Henderson (1989, p.3) lembra o “Princípio de Gause da Exclusão Competitiva”: duas espécies idênticas que conseguem seu sustento de maneira idêntica não podem coexistir, o que talvez seja válido no mundo dos negócios. O autor ainda destaca que a competição existiu muito antes da estratégia; surgiu com o aparecimento da vida. Os elementos da competição estratégica são os seguintes: capacidade de compreender o comportamento competitivo como um sistema no qual competidores, clientes, dinheiro, pessoas e recursos interagem continuamente; capacidade de usar essa compreensão para prever como um dado movimento estratégico vai alterar o ambiente competitivo; recursos que possam ser permanentemente investidos em novos usos mesmo se os benefícios consequentes só aparecerem em longo prazo; capacidade de prever riscos e lucros com exatidão e certezas suficientes para justificar o investimento correspondente; disposição de agir.

Mintzberg et al. (2010), na obra *O Safari da Estratégia*, apresentam um panorama sobre dez escolas de formulação estratégica (Design; Planejamento; Posicionamento; Empreendedora; Cognitiva; Aprendizado; Negociação; Poder; Cultural; Ambiental, e Configuração). Os autores concluem que a estratégia, em sua essência, é integradora de ações e dimensões que moldam uma organização e influenciam seu desempenho. Sobre a formulação da estratégia, apontam dois aspectos fundamentais: a importância do conjunto de influências estratégicas e a compreensão dos efeitos concorrentes; o papel crítico do pensamento integrador e a competição das diferentes escolas para modos complementares. Ainda destacam que

a formulação da estratégia é complexa, um desígnio arbitrário, uma visão intuitiva. Envolve um aprendizado emergente, a transformação e também a perpetuação; depende de cognição individual, interação social, cooperação e conflito. Esse trabalho envolve análises, seguidas de programação e negociação como possíveis respostas a um exigente ambiente. Os autores destacam que as escolas são complementares, e não simplesmente concorrentes.

A análise sobre as escolas de formulação estratégica têm evidenciado principalmente o elemento “o quê”, ainda que não existam abordagens suficientes sobre os elementos “por quê” e “como”. Shekhar (2009) considera que a maior parte desses estudos tem sido realizada em países mais desenvolvidos, mas é importante que as pesquisas também ocorram nos países em desenvolvimento, além de melhor compreensão sobre como cada escola cria valor para os clientes.

3.2 A gestão estratégica

Administração é o processo de tomar decisões e praticá-las por meio de recursos para atingir objetivos (Maximiano, 2004). Robbins e Decenzo (2004) consideram que a administração se refere ao processo de fazer com que as atividades sejam completadas eficientemente com e por meio de outras pessoas. Esse processo representa as atividades básicas de planejamento (estabelecimento de objetivos), organização (determinação de como chegar aos objetivos), liderança (motivação dos funcionários) e controle (monitoramento das atividades para a segurança de que estejam sendo realizadas como planejado e para corrigir qualquer desvio significativo). Green et al. (1995) acrescentam que a concepção da estratégia é um empreendimento coletivo desenvolvido para um longo período. Porém, consideram que esse “grupo estratégico” normalmente muda ao longo do tempo. Algumas pessoas podem sair, novos atores podem entrar em diferentes circunstâncias, com diferentes percepções e prioridades.

A gestão estratégica é fundamental para as organizações alcançarem maior competitividade no mercado. Nag, Hambrick e Chen (2007, p. 942) realizam uma ampla revisão em 447 artigos sobre o campo do gerenciamento estratégico e, após estudos, análises e comparações, chegam à seguinte definição: “O campo do

gerenciamento estratégico lida com as maiores pretensões e emergentes iniciativas adotadas por gerentes sob o interesse dos proprietários, envolvendo a utilização de recursos para melhorar a *performance* da organização no ambiente externo”.

Nos últimos 25-30 anos, conceitos de gerenciamento estratégico – uma série de passos que se inicia com as análises do ambiente externo e do ambiente interno (recursos humanos, organizacionais e físicos que possam oferecer uma vantagem competitiva de uma organização, a partir deste contexto são determinados a missão, a visão e os objetivos) – têm sido aplicados em organizações prestadoras de serviços à saúde, públicas ou privadas, e foram inicialmente desenvolvidos em outros setores de negócios.

Swayne, Duncan e Ginter (2008) consideram que nem todas as propostas de gerenciamento estratégico alcançaram sucesso nas organizações ligadas à saúde, pois, talvez, não correspondam a realidade e cultura específicas, além de a sociedade e seus valores apresentarem um lugar especial nas demandas junto a essas organizações. Entretanto, o gerenciamento estratégico, quando especialmente adaptado ao setor de saúde, parece fornecer os necessários processos às vastas mudanças ocorridas no mundo. Os autores ainda destacam que a liderança de cada organização tem um papel fundamental no desenvolvimento de estratégias, coordenação de esforços, comunicação e implementação por meio de planos de ação pelo conjunto dos recursos humanos. Apontam os recursos estratégicos fundamentais:

- Recursos Financeiros: são avaliados durante a análise do ambiente interno e contribuem para a formulação estratégica. Ao ser escolhida a estratégia, os recursos financeiros representam o meio para implementá-la;
- Recursos Humanos: o sucesso na implementação de qualquer estratégia é diretamente conectado à disponibilidade de recursos humanos com alto desempenho. A liderança da organização deve mantê-los motivados e produtivos, entretanto diferentes estratégias podem requerer diferentes perfis em recursos humanos;
- Recursos de Informações: são fundamentais às organizações de saúde e críticos para suportar as decisões estratégicas, operações administrativas e cuidados aos pacientes. Para atingir seus objetivos estratégicos, as

organizações de saúde devem decidir sobre as configurações (arquitetura) do *hardware*, redes de comunicações, grau de centralização ou descentralização dos computadores, tipos de *softwares* necessários;

- Tecnologias Estratégicas: devem ser selecionadas pela organização e ditadas pelas estratégias. As decisões envolvem o ambiente físico adequado para uma organização de saúde, o tipo e a sofisticação dos equipamentos (devido ao rápido ritmo de inovações na área e altos investimentos envolvidos, o planejamento deve ser feito cuidadosamente). Destacam que as decisões de tecnologia envolvem o acesso, planejamento, aquisição e gerenciamento.

3.3 Análise de indústrias e da concorrência

Porter (1989) considera que a essência para a formulação de uma estratégia competitiva é relacionar uma organização ao seu meio ambiente (externo). Além disso, defende que o grau de concorrência de uma indústria depende de cinco forças competitivas básicas: a intensidade da concorrência; o poder relativo aos fornecedores; o poder relativo aos clientes; as barreiras à entrada de novos concorrentes, e o surgimento de conceitos substitutos ao negócio. Ainda aborda as etapas tradicionais para uma adequada análise da indústria. São elas:

- Definir o que é relevante na indústria: quem faz parte, qual a oferta e qual o escopo geográfico da competição;
- Identificar os participantes e segmentos em grupos, se possível quem são – compradores, fornecedores, concorrentes, ofertas substitutas e potenciais entrantes;
- Avaliar os direcionadores e representatividade de cada força competitiva;
- Determinar a estrutura geral da estrutura da indústria, fazendo um teste à consistência da análise – nível de rentabilidade, fatores que determinam a lucratividade, consistência da rentabilidade de longo-prazo, se há participantes posicionados com melhor rentabilidade;
- Analisar as mudanças atuais e futuras de cada força, o que há de positivo, ou negativos nelas;

- Identificar aspectos da estrutura que poderão ser influenciados pela organização, pelos competidores e/ou pelos novos entrantes potenciais.

No entanto, pode não ser tão simples identificar os rivais em uma indústria. Moreno e Martínez (2008) consideram que a rivalidade é subjetiva e fortemente associada ao porte, desempenho histórico, similaridade subjetiva e estrutura estratégica do grupo. Consideram que as maiores organizações e as que apresentam melhor desempenho são normalmente apontadas como rivais em uma indústria. Quanto mais uma organização apresentar as características centrais de uma indústria, maiores serão as chances de ser reconhecida como rival pelas demais.

DeSarbo, Grewal e Wind (2006) também consideram não ser tão simples apontar quem compete com quem em um mercado. Além disso, observam que há um crescente reconhecimento de que as estruturas competitivas de mercado são inerentemente assimétricas. Há diferenças de quanto e/ou como as organizações competem. Assim, uma primeira organização pode competir de maneira intensa com uma segunda, enquanto a segunda pode não competir de maneira tão intensa com a primeira. Outro exemplo de assimetria ocorre entre uma organização que atua em todo um país e outra que atua apenas em uma região desse país.

Pehrsson (2006) considera que o porte de uma organização frequentemente é utilizado para explicar sua estratégia, pois pode servir para o estabelecimento de posições de mercado.

Ainda sobre o desenvolvimento de estratégias, Kotler (2000) pondera que as organizações bem sucedidas reconhecem as necessidades de mercado e as tendências não atendidas, e adotam ações à respeito. Uma tendência é uma direção ou sequência de eventos com determinado impulso e duração. As tendências e megatendências macroambientais merecem cuidadosa atenção por parte das organizações. O autor destaca as seguintes macroforças ambientais, as quais influenciam as organizações e os seus negócios:

- A demografia e suas influências no ambiente de negócios derivadas do tamanho e crescimento da população, da distribuição das faixas etárias, da composição étnica, dos níveis de instrução, dos padrões domiciliares, das características e dos movimentos regionais;

- O ambiente econômico e as variáveis relacionadas ao tamanho da economia, à taxa de crescimento, à distribuição da renda, aos níveis de preços, à poupança, ao endividamento e à disponibilidade de crédito;
- O ambiente natural, a sua deterioração ou conservação, a escassez de matérias-primas, os custos mais elevados de energia, os níveis mais altos de poluição, os esforços governamentais para manter ambientes mais limpos;
- O ambiente tecnológico como força destrutiva criativa, pois contribui com inovações que podem gerar benefícios ou malefícios à humanidade;
- O ambiente político-legal, por meio das influências das leis, órgãos governamentais e grupos de pressão que influenciam e limitam as organizações e indivíduos;
- O ambiente sociocultural moldado pelas crenças, valores e normas da sociedade.

Porter (1989) apresenta três abordagens estratégicas genéricas para superar as demais organizações em uma indústria (Figura 3) no enfrentamento das cinco forças competitivas: a liderança em custo (ligada ao conceito de curva de experiência, economia de escala, relaciona-se à busca de menor custo por meio de grande capacidade de produção, maior padronização, rígido controle de custos e despesas); a diferenciação (por meio da criação de algo que seja considerado único no âmbito de toda a indústria); o enfoque (focar um determinado grupo comprador por meio de diferenciação ou de menor custo).

Uma organização possui vantagem competitiva quando é capaz de gerar maior valor econômico do que os seus concorrentes, representado pela diferença entre os benefícios percebidos e os ganhos de um cliente que compra produtos ou serviços, e o custo econômico total desses produtos ou serviços.

Fonte: Porter ME, 1989.

Figura 3 – Estratégias Genéricas

Porter (1989) ainda destaca: uma organização que se engaja em cada estratégia genérica, mas não prioriza nenhuma delas, está no “meio-termo” e não possui qualquer vantagem competitiva. Já Kim e Mauborgne (2005) consideram que a inovação de valor ocorre quando as organizações alinham inovação com utilidade, preço e ganhos de custo. Dessa forma, apontam como caminho a busca de diferenciação e liderança de custos ao mesmo tempo. Essa abordagem é chamada “Estratégia do Oceano Azul”.

Para Mintzberg (2010), o modelo de Porter seria apropriado se as condições ambientais fossem suficientemente estabelecidas e estáveis para a geração de dados e análise em um único centro. O autor ainda pondera que o modelo de estratégias genéricas de Porter é restrito, e apresenta uma proposta em relação às estratégias de diferenciação:

- Diferenciação por imagem: por meio da forma com que os clientes percebem a proposta da organização. Assim, a comunicação pode exercer um papel fundamental, mas deve estar alinhada ao que o produto ou serviço tem condições de proporcionar;
- Diferenciação por qualidade: oferecer um produto percebido como melhor do que os dos concorrentes por maior confiabilidade, maior durabilidade ou desempenho superior;
- Diferenciação por *design* (projeto): oferecer o produto com características distintas dos concorrentes;

- Diferenciação por suporte: oferecer serviços adicionais;
- Diferenciação por preço: segundo a percepção do cliente.

Na verdade, a proposta de Mintzberg pode ser entendida como uma subdivisão na proposta de diferenciação de Porter. Contudo, é tão simples alcançar a diferenciação em relação a outras organizações? DiMaggio e Powell (1983, p.60) consideram que as organizações estão cada vez mais parecidas e questionam: “Por que há tanta homogeneidade nas formas e práticas organizacionais?”. Defendem a tese de que a burocracia tem sido cada vez mais comum, o que torna as organizações cada vez mais parecidas, mas não necessariamente melhores. Dessa forma, surge o isomorfismo institucional, por meio da maior similaridade e compatibilidade em um campo organizacional (agregação de organizações em uma área institucional). Os autores concluem que as organizações, elites e funcionários estão se tornando mais parecidos. Processos de inovações podem ser prejudicados, mas as similaridades podem assegurar a sobrevivência das organizações.

Já Treacy e Wiersema (1993) consideram que as organizações líderes de mercado procuram ter foco no fornecimento de maior valor ao cliente por meio de uma das seguintes disciplinas: excelência operacional, intimidade com o cliente ou liderança em produto. A excelência operacional é relacionada ao fornecimento de produtos ou serviços a preços competitivos e entregues com mínimas dificuldades ou inconveniências. As organizações que adotam essa estratégia visam a liderar em preço e conveniência. Para tanto, procuram minimizar custos diversos, eliminar intermediários, reduzir custos de transação, além de otimizar processos de negócios da organização.

A intimidade com clientes é relacionada à escolha precisa de segmentos e oferta sob medida para o atendimento das demandas desses selecionados mercados. Essa abordagem pode ter custos mais elevados, mas as organizações que a adotam procuram construir a lealdade do cliente no longo prazo. Tipicamente, consideram o valor do relacionamento ao longo da vida com o cliente, e não o resultado de uma simples transação.

A liderança em produto é relacionada a um contínuo desenvolvimento e fornecimento de produtos e serviços que representam o estado da arte. As organizações que adotam essa abordagem são criativas, procuram comercializar

rapidamente suas ideias (dessa forma, os seus processos de gerenciamento devem ser desenhados para a alta velocidade) e, o mais importante, devem proporcionar constantemente novas soluções, além das que o seu último produto ou serviço tenha resolvido.

3.4 A visão baseada em recursos

Ao contrário da proposta de Porter sobre a identificação de oportunidades e ameaças no ambiente externo para o desenvolvimento de estratégias, a visão baseada em recursos (*RBV- Resources Based View*) parte da avaliação do ambiente interno para o desenvolvimento de estratégias.

Prahalad e Hamel (1995, p.233) consideram que o que torna uma organização competitiva é sua capacidade de desenvolver novos produtos, inovar em processos e tecnologias produtivas e desenvolver novas competências. Esses autores abordam o conceito de competência essencial como “um conjunto de habilidades e tecnologias, e não uma única habilidade ou tecnologia”. Dessa forma, envolve um aprendizado coletivo, por meio de esforços coordenados e integrados. Para que uma competência seja considerada essencial é necessário que proporcione a capacidade de expansão para novos mercados; proporcione maior valor aos clientes; diferencie a organização, e seja difícil imitá-la pelos concorrentes. Prahalad e Hamel ainda defendem que uma organização deve investir nas atividades que constituem as suas competências-chave e terceirizar as demais, pois o melhor desempenho pode ser atingido por meio do foco nos recursos que proporcionam essas competências-chave. Observam que as vantagens no curto prazo são alcançadas por meio de preço e atributos do produto, enquanto que as no longo prazo são alcançadas pelas competências-chave.

A visão baseada em recursos (VBR) ajuda a distinguir as competências-chave e o desenvolvimento de conhecimentos sobre as atividades que devem ser desenvolvidas internamente e quais devem ser terceirizadas.

Barney e Hesterly (2008) destacam que a visão baseada em recursos é um modelo de desempenho focado nos recursos e capacidades controlados por uma organização como fontes de vantagem competitiva, e apresentam as seguintes definições relacionadas à VBR:

- Recursos: ativos tangíveis ou intangíveis controlados pela organização, que podem ser utilizados para a criação e implementação de estratégias;
- Capacidades: subconjuntos dos recursos de uma organização. São ativos tangíveis e intangíveis que permitem à organização aproveitar por completo outros recursos que controla. As capacidades sozinhas não permitem a criação e a implementação de estratégias em uma organização, mas permitem o uso de outros recursos para implementar tais estratégias.

Esses autores destacam que os recursos e capacidades podem ser classificados em quatro categorias:

- Recursos financeiros: incluem dinheiro de empreendedores, de acionistas, de credores e de bancos;
- Recursos físicos: toda a tecnologia física utilizada em uma organização; engloba a planta e os equipamentos, sua localização geográfica e acesso à insumos;
- Recursos humanos: incluem treinamentos, experiência, julgamento, inteligência, relacionamento e a visão individual dos gerentes e funcionários da organização;
- Recursos organizacionais: incluem a estrutura formal de reporte da organização; os sistemas formais e informais de planejamento; controle e coordenação; cultura e reputação; relações informais entre grupos dentro da organização, e entre aqueles em seu ambiente.

A avaliação do potencial competitivo de um recurso ou uma capacidade está relacionado a uma análise baseada em recursos das forças e fraquezas internas de uma organização. Barney e Hesterly (2008, p.67) apresentam quatro questões de valor, raridade, imitabilidade e organização:

- A questão de valor: “O recurso permite que a organização explore uma oportunidade ambiental e/ou neutralize uma ameaça do ambiente?”;
- A questão da raridade: “O recurso é controlado atualmente apenas por um pequeno número de concorrentes?”;
- A questão da imitabilidade: “As organizações sem o recurso enfrentam uma desvantagem de custo para obtê-lo ou desenvolvê-lo?”;

- A questão da organização: “As outras políticas e procedimentos da organização estão organizados para dar suporte à exploração de seus recursos valiosos, raros e custosos?”

No entanto, há uma importante dúvida: a posse de recursos valiosos, raros inimitáveis e de difícil substituição asseguram a vantagem competitiva e a criação de valor? Para Furrer, Howrad e Goussevskaia (2007) o uso da visão baseada em recursos (VBR) precisa mover-se de uma visão mais estática de recursos, em direção às capacidades mais dinâmicas. Chau e Witcher (2008) destacam que a VBR é um sistema cognitivo, caracterizado pela idiosincrasia, e dependente do contexto de competências-chave e do propósito estratégico. As competências envolvem tipicamente conhecimentos especializados. Dessa maneira, as organizações podem ficar presas a uma trajetória histórica difícil de alterar no curto e no médio prazo. É importante observar a importância de capacidades dinâmicas, por meio da capacidade da organização em renovar suas competências ao longo do tempo.

Os gestores podem buscar a coerência com as mudanças do ambiente de negócios, integrando e reconfigurando habilidades organizacionais, recursos, competências funcionais com o objetivo de atender às novas demandas surgidas.

3.5 O Modelo Delta

A aparente desconexão sobre o que dirige as estratégias – de um lado, a “visão econômica”, a qual considera a estrutura da indústria como a principal influência sobre a ação estratégica; de outro lado, uma “visão cognitiva”, a qual considera que o conhecimento gerencial dirige a ação estratégica – foi abordada por Nadkarni e Barr (2008), para quem essa desconexão entre as duas perspectivas tem criado alguns limites na habilidade dos gestores em desenvolver uma visão holística das ações estratégicas. Esses autores destacam o relacionamento entre a velocidade da indústria, a estrutura cognitiva dos gerentes seniores sobre o ambiente e a velocidade de resposta aos eventos externos. Concluem que a estrutura da indústria e as variáveis de cognição são críticas para o desenvolvimento das estratégias. O estudo aborda organizações líderes em seu setor, mas observam que algumas são mais rápidas do que outras aos eventos ambientais. Em indústrias com alta

velocidade, as organizações respondem mais rapidamente questões relacionadas às tarefas do setor (clientes, competitividade e tecnologia) do que questões gerais do setor (macroeconomia, política e regulamentos). Em contrapartida, organizações em indústrias mais lentas respondem mais rapidamente questões gerais do que as tarefas do setor. Os resultados sugerem que decidir mais rapidamente não significa necessariamente tomar a melhor decisão.

Ainda sobre o tema, Parnell (2011) destaca alguns estudos feitos sobre a abordagem das estratégias a partir das estruturas de mercado e a da VBR. McGahan e Porter (1997) observam que os fatores relacionados à organização são associados apenas a 19% dos melhores resultados dentro de uma categoria, enquanto que Powell (1986) encontra resultados entre 17% e 20%. Short (2007) conclui por vantagens no uso da RBV, mas com importantes variações entre os diferentes setores. Dessa forma, não há evidências que possam garantir pela supremacia de uma ou outra abordagem. O melhor caminho parece ser a abordagem complementar entre a visão externa e a visão interna.

Segundo Hax e Wilde II (2003), a abordagem de Porter e a da RBV percebem o estabelecimento de uma vantagem competitiva única como sendo a primeira regra da estratégia. Da mesma forma, a palavra *competitiva* representa o princípio comum entre as duas abordagens. Para os autores, vencer a competição está ligado à excelência nas atividades da cadeia de valor que permitem o estabelecimento de uma posição dominante na indústria de atuação, ou à mobilização de recursos e capacidades únicas e valiosas. Destacam ainda que essas duas abordagens não estão em conflito e podem complementar-se. Ainda assim, consideram uma terceira dimensão: o cliente. Para eles, essa dimensão não emerge como um ator-chave nas abordagens analisadas. Para Porter, o cliente é percebido como um comprador, e constitui um elemento de rivalidade, enquanto que, na RBV, ele não é considerado. Mas, o cliente é o último repositório de todas as atividades de uma organização. Assim, é fundamental atrair, satisfazer e reter o cliente.

Dessa forma, Hax e Wilde II (2003) apresentam o Modelo Delta, uma abordagem sistêmica que tem como ponto de partida buscar fortes ligações com os clientes e que conta com três opções estratégicas:

- Melhor posicionamento de produto: envolve a atração, satisfação e manutenção do cliente por meio de características inerentes do produto. As principais forças estratégicas que dirigem essa opção são o eficiente desenvolvimento de uma cadeia de abastecimento (o que assegura uma infraestrutura de baixo custo); uma provada capacidade interna para o desenvolvimento de produtos para assegurar a renovação, e canais de distribuição que assegurem as entregas dos produtos aos segmentos de mercado escolhidos. Pode ser baseada em diferenciação ou baixo custo. A principal medida é a participação de mercado do produto;
- Soluções totais para os clientes: envolve prover os clientes de soluções em um portfólio de produtos e serviços customizados que representam uma única proposição de valor a clientes individuais. A principal medida é a participação no consumo dos clientes e atendimento das suas necessidades e desejos. O posicionamento estratégico envolve o conhecimento, o entendimento e o atendimento dos clientes, o relacionamento e fortes laços com eles, para ser adquirida maior importância do que o produto em si;
- A principal demanda estratégica é denominada *System Lock-In*: envolve toda a rede em que a organização está inserida. São estabelecidos fortes relacionamentos com complementadores, visando ao desenvolvimento de oportunidades, de benefícios mútuos e melhorias de toda a rede. Essa abordagem é mais ampla do que as duas anteriores, pois vai além do produto e além do relacionamento com o cliente. Abrange uma amarração e a integração da cadeia de valor, de forma que os agentes possam agregar benefícios e/ou reduzir custos, com melhores resultados para os clientes e demais envolvidos no sistema.

A aplicação do Modelo Delta deve ser iniciada pela cuidadosa segmentação de base dos clientes e pelo desenvolvimento do maior conhecimento possível sobre eles. Na sequência, é escolhida a mais apropriada opção estratégica, entre as três alternativas apresentadas.

3.6 O *Balanced ScoreCard*

A implementação bem sucedida da estratégia, segundo Kaplan e Norton (2006) é relacionada a uma proposta de valor (benefícios menos custos/sacrifícios) para o cliente, e envolve:

- A mobilização por meio da liderança executiva;
- A tradução da estratégia por meio de mapas estratégicos (mecanismo para identificar e medir explicitamente o alinhamento interno de processos, pessoas e tecnologias com a proposta de valor para os clientes, e com os objetivos a ser alcançados junto aos clientes e aos controladores) e *Balanced Scorecards (BSC)* (Figura 4), indicadores balanceados, objetivos, metas e iniciativas;
- O alinhamento da organização – por meio das suas unidades de negócio, unidades de apoio, os parceiros externos e o conselho de administração - com a estratégia; a motivação dos empregados por meio da capacitação, comunicação, definição clara de objetivos, remuneração variável e treinamento;
- O gerenciamento – por meio da integração da estratégia ao planejamento, ao orçamento, aos sistemas de relatórios e às reuniões gerenciais.

Kaplan e Norton consideram que a proposta de valor da organização contempla quatro perspectivas: a financeira (estratégia de crescimento, rentabilidade e risco, do ponto de vista do controlador); o cliente (estratégia de criação de valor e diferenciação, sob a perspectiva do cliente); os processos internos (prioridades estratégicas de vários processos de negócio, que criam satisfação para o cliente e controladores); o aprendizado, e o crescimento (prioridades para o desenvolvimento de um clima propício à mudança organizacional, à inovação e ao crescimento).

Figura 4 – Perspectivas segundo o *Balanced ScoreCard*, BSC

Cada uma dessas perspectivas é interligada a uma cadeia de relações de causas e efeitos. As várias partes componentes de uma organização devem criar integração e sinergia.

As propostas desses autores são aplicáveis a qualquer tipo de organização, industrial ou de serviços, públicas, privadas com fins lucrativos ou privadas sem fins lucrativos. De acordo com Kaplan e Norton, em cada perspectiva deve ser formulada uma questão relativa ao sucesso nessa dimensão. Devem ser estabelecidos objetivos estratégicos, medidas (indicadores), metas e ações (iniciativas) para a viabilização dos resultados, além de indicação de possíveis estratégias para diferentes cenários.

As estratégias financeiras adotam diferentes abordagens em função do ciclo de vida da organização. Na fase de crescimento, devem ser priorizados temas como o aumento das vendas e o aumento das receitas. Na fase de sustentação, a organização ainda deve ser atrativa para investimentos ou reinvestimentos. Dessa forma, temas como a busca de excelentes retornos sobre investimentos, aumento na receita operacional e margem bruta são priorizados. Se o estágio for de colheita, podem não ser mais justificados os investimentos. Devem ser priorizados o melhor resultado no fluxo de caixa operacional e a redução de necessidades de capital de giro. Sempre é necessário avaliar a capacidade da organização de pagar as suas contas. Para tanto, os índices de liquidez são importantes indicadores.

As estratégias de relacionamento com os clientes estão relacionadas ao estabelecimento dos segmentos de mercado para a atuação da organização e aos meios de geração de vendas e receitas. Além disso, devem ser consideradas as medidas essenciais de desempenho: a satisfação do cliente, a fidelidade, a retenção, a captação e o *superávit* (ou lucro). No caso dos hospitais privados, é fundamental compreender quem são os clientes, pois há diferentes papéis: os usuários dos serviços, seus familiares e acompanhantes; as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, pois contratam os hospitais para a prestação de serviços; o Estado também pode contratar os serviços hospitalares por meio do SUS. Dessa forma, para o desenvolvimento de suas estratégias nos hospitais, deve-se procurar compreender as percepções de valor de diferentes clientes, e outros fatores relacionados ao mercado, além das avaliações dos recursos organizacionais.

As estratégias relacionadas aos processos internos servem para a viabilização das expectativas dos clientes e dos proprietários da organização. Envolvem a inovação, operações (entrega dos produtos e prestação de serviços) e o pós-atendimento. As tradicionais medidas de desempenho são relacionadas ao custo, qualidade, produtividade e tempo de entrega.

As estratégias das pessoas e aprendizado envolvem o aprendizado em si e o crescimento organizacional. Na maioria das organizações, os investimentos visam: a capacitar os funcionários (as suas tradicionais medidas são a satisfação dos recursos humanos, a retenção de pessoas e a produtividade das pessoas), a capacitar os sistemas de informações (para que os recursos humanos desempenhem com eficácia, precisam de informações sobre os clientes, os processos internos e as consequências financeiras das suas decisões); à motivação, empreendedorismo e alinhamento (focaliza o clima organizacional para a motivação e iniciativa dos recursos humanos). Dessa forma, é importante existir o sincronismo organizacional. Isso envolve direcionar a organização para o cliente, garantir a qualidade e produtividade nos principais processos, obter maior agilidade e objetividade nas decisões, e tornar as organizações mais competitivas. Albuquerque e Rocha (2007) consideram que avaliar o nível de sincronismo organizacional é perguntar às pessoas pelo que elas são cobradas (seus indicadores de desempenho) e seus indicadores estratégicos.

Em função da crescente concorrência, das pressões de governos, proprietários privados, empresas seguradoras e do público em geral, o uso do *Balanced ScoreCard* pode contribuir para a redução de custos, sem prejudicar a qualidade nos serviços de saúde, e proporcionar aos hospitais os seguintes benefícios: alinhar o hospital por meio de uma estratégia mais focada nos pacientes; facilitar, monitorar e implementar as estratégias; proporcionar um mecanismo de comunicação e colaboração; proporcionar contínua avaliação estratégica, assim como promover meios para ajustes aos mercados em mudança e aos fatores legais (Walker e Dunn, 2006).

Os hospitais estão sujeitos a diversas pressões, tais como mudanças demográficas; transformações epidemiológicas; maiores expectativas da população e dos pacientes; mobilidades profissionais; dificuldades no recrutamento e retenção de recursos humanos; maior diversidade cultural, e constantes preocupações financeiras. Essas pressões estão ligadas a uma longa lista de reformas políticas e sociais, às quais os hospitais devem se adaptar, por exemplo, por meio de novos sistemas de prestação de contas e sistemas de pagamentos, necessidades de melhorias na qualidade e segurança, além de novos arranjos contratuais para facilitar a prestação de um atendimento integrado.

Não existe consenso na literatura quanto à definição e classificação dos indicadores de qualidade, sendo possível identificar uma tendência de realizar a distinção entre as dimensões estrutura, processo e resultado da qualidade, sendo que o último se refere à dimensão “satisfação do usuário” e deve, em tese, refletir as outras dimensões, ou seja, a satisfação poderia ser entendida como uma variável independente, determinada pelas dimensões de acesso, efetividade do cuidado e custo. Por sua vez, a avaliação da efetividade do cuidado requer o emprego de indicadores objetivos, tais como a duração do tratamento, a ocorrência de recidivas e os efeitos adversos de medicamentos.

O crescimento do uso da ferramenta *Balanced ScoreCard* na área de saúde e o potencial dessa metodologia promovem o alinhamento da organização, dos indivíduos e das iniciativas interdepartamentais, possibilitando que os esforços sejam dirigidos para as áreas que necessitem de maior esforço. Porém, uma das grandes dificuldades para operacionalizar esse sistema é a obtenção dos dados, já que envolve

a superação de problemas relativos aos sistemas de produção das informações nas organizações.

É importante destacar que os controles estratégicos não substituem os demais controles adotados rotineiramente pelas organizações. O BSC é uma ferramenta que tem despertado crescente interesse para uso no setor de saúde, em particular pelos hospitais. Ele pode contribuir para o desenvolvimento, implementação e controle estratégico, mas parece importante adaptá-lo ao contexto dessas organizações, com a inclusão da perspectiva social (envolve a responsabilidade social, a preocupação em melhorar a prevenção e condições de saúde da comunidade, além da preocupação com o meio ambiente). Além disso, parece importante alinhar o BSC a modelos de aprimoramento da qualidade hospitalar para que fique mais fácil ser aceito e aplicado especialmente pelos profissionais que atendem aos pacientes.

3.7 O modelo de gestão estratégica adaptado ao contexto da empresa (Pedroso)

O modelo de gestão estratégica de Pedroso (2010) é dividido em seis etapas (análise estratégica; formulação da estratégia; implantação das decisões estratégicas; controle estratégico; retroalimentação, e aprendizagem estratégica). A estrutura do processo de gestão estratégica compreende seis etapas principais:

- 1) Análise estratégica: intenção estratégica (missão; visão; valores e cultura organizacional; objetivos estratégicos); análise do ambiente externo (cadeia de valor do setor; macrovariáveis externas; forças estratégicas, e estágio do ciclo de vida); análise do ambiente interno (recursos tangíveis e intangíveis; processos de negócios; estrutura organizacional e social, e capacidades organizacionais);
- 2) Formulação estratégica: definição do posicionamento estratégico (posicionamento estratégico e modelo de negócios); opções estratégicas (níveis da estratégia; orçamento, e mudanças e projetos estratégicos);
- 3) Implantação das decisões estratégicas: execução da estratégia (planos de ação; orçamento, e mudanças e projetos estratégicos);
- 4) Controle estratégico: mensuração da vantagem competitiva (vantagem competitiva); monitoramento do desempenho estratégico (indicadores de

desempenho; *Blanced ScoreCard*); definição da governança corporativa e seu papel na gestão estratégica (governança corporativa);

- 5) Retroalimentação: atividades de retroalimentação da gestão estratégica (inteligência estratégica);
- 6) Aprendizagem estratégica: atividades de aprendizagem organizacional em gestão estratégica.

O modelo é passível de aplicações nos diferentes setores, mas, sobre o setor de saúde, destaca a complexidade da gestão, a fragmentação da cadeia de valor e a intensidade de conhecimento. Além disso, destaca a dimensão social da saúde como um bem social, e o caráter filantrópico de algumas organizações; a lógica da demanda do setor, em que o consumo de produtos e serviços de saúde ocorre principalmente por necessidades (doenças) e não como um desejo de consumo *per si*; as características relacionadas à formação médica, e os impactos que geram na gestão estratégica das organizações.

3.8 Considerações sobre estratégias

O desenvolvimento de estratégias pode ocorrer a partir de avaliações do ambiente externo, a partir de avaliações internas, dos recursos, das capacidades e da vantagem competitiva, ou ainda, a partir da complementaridade entre as duas abordagens.

Abaixo, apresenta-se uma síntese dos principais aspectos e contribuições das abordagens apresentadas neste Capítulo, assim como algumas críticas a cada proposta (Quadro 5).

Quadro 5 – Síntese das estratégias

Swayne, Duncan e Ginter (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento estratégico, quando especialmente adaptado ao setor de saúde, parece fornecer os necessários processos às vastas mudanças que têm ocorrido no mundo. • Crítica: todos os setores têm as suas especificidades. Portanto, a adaptação é necessária a cada contexto.
Porter (1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do ambiente externo para o desenvolvimento de estratégias. • Crítica: abordagem focada apenas no ambiente externo. • Rivalidades: clientes, concorrentes, fornecedores. • Crítica: o foco na rivalidade, inclusive com os clientes, em relação à concorrência não explora as possibilidades de parcerias, assim como com os fornecedores não explora as possibilidades de complementaridade. • Estratégias Genéricas: Liderança em custo; Diferenciação; Nicho. • Crítica: escolha de apenas uma alternativa.
Kotler (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Macroforças ambientais: demografia, ambiente econômico, ambiente natural, ambiente político-legal, ambiente tecnológico, ambiente sociocultural. • Crítica: em saúde, é fundamental incluir a epidemiologia.
Kim e Mauborgne (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia do Oceano Azul: combinação de liderança em custo com diferenciação. • Crítica: pode não ser tão simples essa combinação.
Mintzberg (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciação por meio de: imagem; qualidade; projeto; suporte; preço (segundo a percepção do cliente). • Crítica: trata-se apenas de uma subdivisão parcial.
Treacy e Wiersema (1993)	<ul style="list-style-type: none"> • Maior valor por meio de: excelência operacional, intimidade com o cliente ou liderança em produto. • Crítica: não explora a rede em que a organização está inserida.
Prahalad e Hamel (1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Visão baseada em recursos. • Crítica: precisa se mover de uma visão mais estática de recursos em direção às capacidades mais dinâmicas.
Hax e Wilde II (2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Complementaridade entre a visão de Porter e a visão baseada em recursos; • Posicionamento de produto; Soluções totais para os clientes; <i>System Lock-In</i>: envolve toda a rede em que a organização está inserida. • Crítica: domínio do cliente e exclusão do concorrente, o que sugere um caráter de monopólio, talvez de difícil aplicação no setor de saúde.
Kaplan e Norton (1997)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Balanced ScoreCard</i>: balanceamento entre as perspectivas financeira, clientes, processos, aprendizado e crescimento (recursos humanos). • Crítica: é importante também explorar outras perspectivas relacionadas à sociedade e ao meio ambiente.
Pedroso (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de gestão: análise estratégica; formulação da estratégia; implantação das decisões estratégicas; controle estratégico; retroalimentação; aprendizagem estratégica. • Crítica: é importante o desenvolvimento de estudos sobre a efetiva aplicação do modelo, especialmente o desenvolvimento e implementação de planos de ações.

O gerenciamento estratégico é fundamental para qualquer organização. Certamente, devem ser consideradas as especificidades de cada uma e devem ser

feitas eventuais adaptações ao contexto considerado. É fundamental adotar uma abordagem que combine as avaliações do ambiente externo com as avaliações internas em um processo dinâmico e constante atualizado, o que reforça a importância de as organizações contarem com a inteligência competitiva contribuindo continuamente para o processo de aprendizagem organizacional.

No desenvolvimento das estratégias competitivas, os hospitais podem adotar a estratégia genérica de liderança em custo, compatível à disciplina de valor de excelência operacional. Essa abordagem é associada à entrega de produtos/serviços aos clientes, em que estes percebem uma relação ótima entre qualidade e custos. Os clientes dos hospitais podem perceber que não contam com os serviços mais sofisticados do mercado, mas um atendimento seguro, confiável e com custo competitivo. Nessa estratégia, a padronização nos processos e a menor flexibilidade de variações nos produtos/serviços são normalmente componentes fundamentais. Dessa forma, a amplitude de serviços hospitalares pode não ser muito alta, processos e protocolos padronizados permitem cobrir a maior parte das condições de saúde e problemas existentes, facilitando a contratação de pessoal e treinamentos. As inovações, normalmente, ocorrem por incremento. Nem sempre os hospitais dessa categoria contam com as tecnologias que representam o estado da arte do momento, ainda que devam contar com os recursos compatíveis ao modelo assistencial estabelecido.

A estratégia de diferenciação é relacionada à entrega de diferenciado *mix* de produto/serviço. Pode ainda envolver aspectos relacionados à cobertura de mercado (entrega), precificação e condições de pagamento, ou ainda na comunicação e relacionamento com os clientes. É fundamental preparar o mercado e educar os clientes para que percebam uma oferta diferenciada em relação às dos concorrentes. A amplitude de serviços hospitalares pode ser maior. Podem ser disponibilizadas tecnologias ainda pouco adotadas em outros hospitais. A flexibilidade operacional é importante, ainda que não seja possível assegurar custos mais baixos (não é a maior prioridade). Nessa abordagem, o desenvolvimento de produtos/serviços é constante, por vezes com inovações radicais representando o estado da arte em determinado momento, como o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa, além da

integração com fornecedores líderes de equipamentos e de medicamentos que forneçam não apenas produtos, mas agregados tecnológicos.

A estratégia genérica de foco permite não apenas a atenção a pequenos segmentos de mercados, mas também uma maior orientação para o cliente, chegando até à maior personalização no relacionamento. Dessa forma, é importante o desenvolvimento de relações e tratar cada cliente como único (um a um) para a melhor compreensão das necessidades e desejos individuais e entrega de soluções personalizadas. As operações devem permitir agilidade e flexibilidade para a customização de processos e produtos/serviços. Aqui também a tecnologia pode ter um papel de grande importância.

A *Estratégia do Oceano Azul* representa uma importante abordagem, ao buscar a combinação de competitividade em custos e diferenciação, mas pode não ser tão simples a sua viabilização.

Cresce o número de hospitais que adotam modelos de acreditação, o que corrobora o melhor estabelecimento e padronização de processos. No entanto, isso pode potencializar o isomorfismo institucional, tornando essas organizações mais parecidas. Assim, é importante que os hospitais padronizem os seus processos, aprimorem a qualidade, mas, simultaneamente, é importante a busca de diferenciação em relação aos seus concorrentes.

Após a escolha da estratégia competitiva, devem ser feitas escolhas das estratégias funcionais. Disso decorre que as estratégias de *marketing*, qualidade, recursos humanos, operacionais, tecnológicas, administrativo-financeiras devem estar alinhadas para a viabilização das escolhas feitas para a competição de mercado. Quer dizer, as estratégias funcionais, em conjunto, devem viabilizar a escolha feita pela liderança, em custo, diferenciação ou de foco, ou eventuais combinações destas.

É importante destacar a abordagem do Modelo Delta, pois o sucesso de uma organização é cada vez mais relacionado às interações e complementaridades com outras que estão na sua cadeia de valor. O sucesso, cada vez mais, passa a ser um resultado do conjunto de organizações. Dessa forma, as estratégias de mercado em um hospital devem contemplar a avaliação de possíveis oportunidades de complementaridade com outros prestadores de serviços de saúde, com os

fornecedores, empresas operadoras de seguros e planos de saúde, SUS, instituições de ensino e pesquisa e outras organizações.

Já a ideia de domínio do cliente e de exclusão do concorrente sugere um monopólio talvez distante da realidade do setor de saúde. É importante observar que os hospitais podem considerar estratégias de complementaridade com alguns concorrentes. De qualquer maneira, o modelo contempla opções interessantes: a de melhor produto relacionada às tradicionais abordagens competitivas com baixo custo ou diferenciação; a abordagem de soluções totais para o cliente, (considerado também o usuário de serviços de saúde) que envolve proporcionar ofertas de maior valor (benefícios menos custos se sacrifícios), e a abordagem de aprisionamento do sistema (*System Lock -in*) por envolver um contexto mais amplo da atuação em rede de organizações e complementaridades, que apresenta um bom potencial para adaptações e aplicações no setor de saúde.

O *Balanced ScoreCard* é uma ferramenta de gestão cada vez mais adotada nas organizações. Especialmente nos hospitais, parece importante a incorporação de perspectivas relacionadas à responsabilidade social e ao meio ambiente.

O modelo de Pedroso (2010) é uma interessante abordagem sobre o gerenciamento estratégico, mas é preciso acompanhar o efetivo uso pelas organizações, especialmente o desdobramento de planos de ação.

4 ESTRATÉGIAS DE MERCADO

Este capítulo aborda as estratégias de mercado, ao considerar que as estratégias de *marketing* são relacionadas aos produtos/serviços, cobertura de mercado, precificação e comunicação, e têm uma forte relação com as estratégias tecnológicas.

4.1 Estratégias de *marketing*

As estratégias de *marketing* estão relacionadas às escolhas críticas dos mercados atendidos. Envolvem ações e reações por meio do uso de recursos organizacionais e a combinação de produtos, serviços, preços, cobertura de mercado e comunicação integrada. Lambin (2000) considera que, após a escolha da estratégia de base (liderança em custo; diferenciação; nicho), podem ser adotadas estratégias de crescimento (nas modalidades intensiva, integrada ou diversificação – Quadro 6), concorrenciais (como líder, desafiador, seguidor, ou especialista – Quadro 7) ou de desenvolvimento internacional (Quadro 8).

A proposta de Lambin parte da abordagem tradicional de estratégias de base apresentadas por Porter (1989), mas ainda não incorpora propostas como a de Treacy e Wiersema (1993), especialmente o tema intimidade com o cliente. Também é importante observar que ainda não inclui a proposta do Modelo Delta sobre a importância do relacionamento com os complementaristas e a integração da cadeia de valor para o sucesso conjunto dos agentes envolvidos. Como alternativas estratégicas que ainda podem ser consideradas pelas organizações estão as ações cooperativas com concorrentes, as aquisições e reestruturações, a sustentabilidade ou a colheita, a responsabilidade sócio ambiental, a importância da marca, qualidade, inovação.

Quadro 6 – Estratégias de crescimento

Estratégia	Modalidade	Caracterização
Crescimento (das vendas, da participação de mercado, ou do porte da organização)	Intensiva (quando a organização não explorou completamente as oportunidades oferecidas pelos produtos cobertos para os atuais mercados)	<ul style="list-style-type: none"> • Penetração de mercado (desenvolver a procura primária; aumentar a participação de mercado; aquisição de mercado; defesa de posição de mercado; racionalização de mercado; organizar o mercado); • Desenvolvimento pelos mercados (novos segmentos; novos canais de distribuição; expansão geográfica); • Desenvolvimento pelos produtos (adição de características; ampliação da gama de produtos ou marcas; renovação de uma linha de produtos; melhoria da qualidade; aquisição de uma linha de produtos; racionalização de uma linha de produtos).
	Integrada (visa a melhorar os resultados financeiros por meio do controle de diversas atividades estratégicas na cadeia de abastecimento)	<ul style="list-style-type: none"> • Vertical para trás (visa a estabilizar ou proteger uma fonte de fornecimento de importância estratégica); • Vertical para frente (visa assegurar o controle das saídas de produtos/serviços sem os quais a organização possa ser asfixiada); • Horizontal (reforçar a posição concorrencial por meio da absorção ou controle de concorrentes).
	Diversificação (caso os atuais mercados não apresentem boas oportunidades de crescimento ou de resultados)	<ul style="list-style-type: none"> • Diversificação concêntrica (novas atividades complementares às atividades existentes no plano tecnológico / comercial atual); • Diversificação pura (entrada em novas atividades que não tenham relação com as atuais).

Fonte: Adaptado de Lambin JJ, 2000, p.394.

Quadro 7. Estratégias concorrenciais

Estratégia	Modalidade	Caracterização
Concorrenciais	Líder (ocupa a posição dominante, sendo reconhecida como tal pelos concorrentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da procura primária (geralmente a organização líder tem a responsabilidade pelo desenvolvimento da procura primária); • Defensiva (para uma organização que detém alta participação de mercado, limitando as ações dos concorrentes mais perigosos); • Ofensivas (expandir a participação de mercado, para que a organização possa beneficiar-se ao máximo dos efeitos da curva de experiência); • Desmarketing (redução voluntária da participação de mercado, a fim de evitar acusações de monopólio ou quase monopólio).
	Desafiador (não é líder de mercado, mas procura desafiá-lo)	<ul style="list-style-type: none"> • Ataque frontal (opor-se diretamente ao concorrente utilizando as mesmas armas que ele, sem procurar atacá-lo particularmente nos seus pontos fracos); • Ataque lateral (opor-se ao líder em um ponto frágil deste).
	Seguidor (não é o líder de mercado, e adota um comportamento alinhando suas decisões às tomadas pelos maiores. É mais comum em oligopólios)	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar represálias por parte dos líderes.
	Especialista (a organização tem interesse por um ou mais segmentos de mercado, mas não pela totalidade)	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo definido é ser grande em um (ou poucos) segmento(s) de mercado, e não pequeno em um grande mercado.

Fonte: Adaptado de Lambin, 2000 JJ, p. 394

Quadro 8 – Estratégias de desenvolvimento internacional

Estratégia	Modalidade	Caracterização
Desenvolvimento internacional	Internacionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o mercado potencial de atuação; • Prolongar o ciclo de vida de um produto /serviço; • Diversificar o risco comercial; • Reduzir os custos de produção/operação, explorando as vantagens competitivas dos diversos países; • Explorar um excedente de capacidade de produção/operação, exportando produtos/serviços por preços baixos; • Diversificação geográfica com os atuais produtos/serviços; • Seguir em outros países os clientes importantes para oferecer-lhes os mesmos serviços disponibilizados no mercado doméstico.

Fonte: Adaptado de Lambin JJ, 2000, p. 394

4.1.1 O composto de *marketing*

Segundo Cobra (2003, p. 132) o desenvolvimento de um programa de marketing está muito ligado ao conceito de composto de *marketing*, baseado na classificação dos 4Ps: produto, preço, ponto de distribuição e promoção (comunicação integrada). O autor considera que cada produto deve estar associado a uma marca comercial. Os produtos velhos representam um grande desafio estratégico, mas é possível adotar uma estratégia de expansão de mercado (novos mercados) ou de reposicionamento de produto (novo nome, ou propaganda). Ainda é possível eliminar o produto (baixa lucratividade, volume de vendas declinante, participação de mercado declinante, tecnologia em obsolescência, declínio no ciclo de vida, baixa adaptação com os demais negócios), estratégia de colher (desinvestimento controlado quando as vendas declinam lentamente), simplificação da linha de produtos (a simplificação pode resultar em menores custos), total desinvestimento da linha.

Para um produto na fase inicial, é possível operar com uma menor variedade e incrementar a distribuição, o preço pode ser baixo (penetração para ganhar participação de mercado mais rapidamente), ou preço alto (desnatamento, devido à falta de concorrentes, ou ainda, para uma imagem de superioridade ou exclusividade). Na fase de crescimento do ciclo de vida, é comum o lançamento de

novos produtos, uma política de preços e distribuição mais flexível. No estágio de maturidade, parece mais interessante uma revitalização do produto ou mesmo uma diferenciação, pela anexação de novos serviços, garantias adicionais e redução de preços.

Sobre a distribuição (cobertura de mercado), Cobra aponta que pode ser exclusiva (exige lealdade do distribuidor e um elevado grau de controle da atividade); intensiva (é fundamental a disponibilidade do produto em um número de pontos de vendas); seletiva (selecionados apenas os pontos de vendas mais interessantes).

Uma linha de produtos é um conjunto de produtos estreitamente relacionados em razão de funções, canais de distribuição e preços, sendo fundamental avaliar a extensão da linha de produtos. Destacam-se duas estratégias básicas de marcas: única ou múltiplas. As decisões sobre a ampliação da linha de produtos ocorrem de três formas (Irigaray et al., 2006):

- Ampliação para baixo: lançamento de produtos com preços mais baixos;
- Ampliação para cima: lançamento de produtos com preços mais altos;
- Ampliação nos dois sentidos: organizações na faixa média do mercado podem ampliar as suas linhas de produtos nos dois sentidos.

Sobre o componente preço, Kotler (2000) observa que, muitas vezes, ele funciona como o principal componente na decisão de compra. Por meio da sua determinação, a organização pode perseguir os seguintes objetivos: sobrevivência, maximização do *superávit*, maximização da participação de mercado, desnatamento máximo de mercado ou liderança de qualidade de produto. Kotler, Shalowitz e Stevens (2010) ponderam sobre a importância das decisões sobre a cobertura de mercado e a entrega dos produtos aos clientes, pode englobar outras organizações nesse processo, deve-se considerar o número de unidades da organização, a localização de cada, demandas regionais e características da concorrência.

Sobre a comunicação integrada de *marketing*, Kotler (2000) descreve oito etapas para o seu desenvolvimento: a identificação do público alvo; os objetivos de comunicação; a elaboração da mensagem; a seleção dos canais de comunicação; o orçamento de comunicação; a decisão sobre o *mix* de comunicação; a mensuração

sobre os resultados de comunicação, e o gerenciamento do processo de comunicação integrada.

O programa de *marketing* de um hospital tem funções vitais no relacionamento entre a organização e o paciente. Bloching, Stock e Scheel (2008) consideram que o hospital deve conhecer o tamanho e peculiaridades do mercado a que serve, a demanda, as oportunidades existentes, além de interagir com médicos e outros profissionais ligados à saúde, centros de reabilitação e outros atores que atuam no ambiente. Consideram que o hospital deve ser gerenciado como uma marca poderosa e que o relacionamento com os médicos deve ser uma prioridade em qualquer programa de *marketing* hospitalar.

Rotineiramente, as atividades típicas de *marketing* em saúde são focadas na marca, logo, comunicações externas, relações públicas e propaganda. Clark (2006) observa que muita energia é gasta na “promoção”, mas pouca atenção no “produto”. Destaca que pode ser difícil definir o produto em saúde e que muitos profissionais de *marketing* podem sentir-se não suficientemente qualificados para entrar no domínio de médicos e enfermeiros. No entanto, a promoção está na tradicional “zona de conforto” desses profissionais.

4.1.2 Os consumidores de serviços hospitalares e estratégias

Em saúde, o produto é o encontro entre o prestador de serviço e o paciente. A inteligência de *marketing* é fundamental. São necessários contínuos monitoramentos junto a pacientes, familiares, médicos e demais recursos humanos para indicações que sirvam ao desenvolvimento e aprimoramento de produtos. As organizações prestadoras de serviços de saúde devem contar com estratégias que possam contribuir para a maior satisfação e lealdade dos clientes, e positivo ‘boca a boca’. Porém, é importante destacar que os maiores impactos na marca e na reputação devem resultar das experiências reais dos pacientes, de parentes e conhecidos, e não simplesmente da propaganda.

A total experiência de consumo de um serviço de saúde não envolve apenas a qualidade do procedimento técnico, mas também o relacionamento entre os recursos humanos da organização e o cliente. Essa experiência deve ser pesquisada,

compreendida, redesenhada e continuamente aprimorada. Uma tarefa que deve contar não apenas com as equipes assistenciais, mas também com os profissionais de *marketing*. Dessa forma, uma orientação de *marketing* pode contribuir para o melhor desempenho organizacional. Gombeski et al. (2011) consideram que os prestadores de serviços de saúde devem organizar Grupos de Aconselhamento de Clientes, formados por pacientes, acompanhantes, médicos, pessoas que trabalham em seguradoras etc., para, em reuniões periódicas, abordar novas ideias e colher opiniões sobre o atendimento prestado para fins de aprimoramento nas estratégias, programas e atividades de *marketing*.

Wrenn (2007, p.15) destaca que a literatura de *marketing* em saúde indica que há cinco componentes relacionados à orientação de *marketing*, e que é possível avaliar a intensidade dessa orientação por meio das respostas às seguintes perguntas:

- Uma filosofia do cliente: “Os gestores reconhecem a primazia do mercado, as necessidades e desejos dos clientes para moldar os planos e as operações organizacionais?”
- Adequadas informações de marketing: “Os gestores recebem informações com o conteúdo e a qualidade necessárias para a condução de um efetivo *marketing*?”
- Orientação estratégica: “Os gestores desenvolvem estratégias e planos inovadores para a viabilização de resultados de longo prazo?”
- Eficiência operacional: “As selecionadas atividades de *marketing* são desenvolvidas de uma maneira efetiva em custo?”
- Organização integrada de *marketing*: “A organização como um todo conta com pessoal para analisarem, planejarem, implementarem e controlarem as atividades de marketing?”

De maneira complementar, Kennett et al. (2005, p. 414) apontam as tarefas-chaves do *marketing* no setor de saúde:

- Analisar mudanças no ambiente de negócios relacionadas à legislação, tecnologia, demografia e sociedade;
- Compreender os fundamentos competitivos dos mercados;

- Compreender as influências sobre o comportamento do cliente e o seu processo decisório de compra;
- Segmentar mercados por meio de diferentes tipos de clientes e criar produtos e serviços para cada segmento;
- Decidir e configurar os produtos e serviços a oferecer;
- Determinar preços para os produtos e serviços, e negociá-los com os pagadores;
- Relacionar-se com clientes e potenciais clientes;
- Desenvolver relacionamentos com outras organizações para facilitar a entrega dos produtos e serviços.

No entanto, Kennett et al. consideram que as organizações prestadoras de serviços de saúde não têm alcançado a desejável *performance* nas suas tarefas de *marketing*. Para os autores, as principais lacunas encontradas estão na falta de compreensão sobre os consumidores e os contratantes de serviços; na segmentação de mercado, e nas estratégias de produtos e preços.

Muitas pessoas recusam a se aceitar como usuárias de serviços hospitalares e evitam aceitar propaganda que as qualifica como potenciais usuárias. As tradicionais práticas de *marketing*, ao focar produtos e serviços às específicas audiências, podem ser caras e não efetivas no contexto de saúde. Dessa forma, devem-se considerar as vantagens do uso de *websites* interativos e customizados, *podcasts*, *blogs* e redes sociais como meios para o ágil boca a boca, além da possível customização de massa (Rooney, 2009). Thomas (2005) observa que, ao consumir serviços de saúde, a atual geração é mais resiliente, mais bem educada e autoconfiante do que as gerações anteriores. Dessa forma, pelo maior uso da *internet*, essas pessoas têm mais acesso às informações e participação no processo decisório.

DeGeeter (2009) esclarece que os cuidados com a saúde estão entre os serviços mais centrados no ser humano – portanto, pessoais –, e que, cada vez mais, os *websites* representam a primeira experiência do paciente com o hospital. Sendo assim, ele deve ser claro sobre a localização, as facilidades, e as informações sobre tratamentos. DeGeeter pondera sobre a importância de avaliar se a marca promove a saúde e bem-estar. Além disso, o ambiente físico, os relacionamentos com pacientes, visitantes, comunidade, recursos humanos do hospital devem estar alinhados a essa

marca. Della et al. (2008) destacam o crescimento do número de pessoas e o tempo que elas utilizam na *internet*. Esse novo cenário implica em importantes mudanças nas formas como os consumidores conseguem informações, processam-nas e retêm informações relacionadas à saúde. Será cada vez mais importante que o *marketing* de saúde adote novas mídias, crie, desenvolva mensagens e conteúdos alinhados às necessidades e interesses dos consumidores e demais clientes organizacionais.

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos, Abraham et al. (2011) apontam os fatores mais importantes que influenciam a escolha do prestador de serviços de saúde: reputação da organização; reputação do médico; médicos na rede seguradora; disponibilidade para consulta; referências de médicos. Também apresentam os fatores mais importantes de escolha, quando o consumidor muda de cidade e deve optar por um prestador de serviços de saúde: histórico de informações sobre o médico; fontes de recomendações informais; recomendações de médicos; informações da organização; reputação; *ranking* de qualidade; especialidade do médico; localização; personalidade do médico; informações no *website*; fontes de recomendações formais; outros, custos.

Da mesma forma, é importante contar com referências sobre as escolhas de hospitais nos países em desenvolvimento. Em estudo sobre as preferências de consumidores de serviços hospitalares na Índia, Bhangale (2011) conclui que os fatores mais importantes, em ordem decrescente são: multiespecialidade; escolhas de médicos; boca a boca; tempo de espera; serviços; custo do tratamento; pessoal de apoio; histórico do hospital, e localização.

No Brasil, os usuários de serviços hospitalares lidam com diferentes agentes. Podem utilizar os serviços hospitalares como consumidores privados e pagar diretamente aos hospitais; podem contratar planos privados de saúde (coletivos, ou não), ou podem usar o SUS. Esses consumidores podem receber influências de médicos, familiares, conhecidos e outros agentes do sistema de saúde. Portanto, é importante compreender os principais fatores considerados nas escolhas de hospitais.

Os hospitais gerais privados de grande porte, com maiores receitas, têm como principal fonte de receita a proveniente de empresas operadoras de seguros e planos de saúde. Disso decorre a importância de também compreender o relacionamento

entre essas organizações (hospitais e empresas operadoras de seguros e planos de saúde).

Sobre as negociações no segmento saúde, dia após dia, o assunto tem-se tornado mais difícil. Zanardo (2004) aponta que existem quatro agentes principais envolvidos nesse processo: as fontes pagadoras, também entendidas como clientes organizacionais, os quais desejam minimizar a sinistralidade de seus planos (razão entre despesas com a remuneração dos serviços e receita) e custos; os fornecedores de equipamentos, materiais e medicamentos, que, em um mercado acirrado, argumentam praticar preços justos; os prestadores de serviços que esperam maximizar sua receita por meio de uma remuneração adequada para o serviço oferecido, e os clientes, que almejam a melhor qualidade, independente de quem a financie e do preço a ser pago. Zanardo observa que essa balança não está equilibrada, o que tem levado a conflitos entre as partes envolvidas. Conclui que a satisfação dos clientes e a vantagem competitiva da organização são produtos do bom gerenciamento das operações hospitalares e da maior satisfação de colaboradores.

Segundo Jay (2007), o principal desafio do *marketing* no setor de saúde é desenvolver e sustentar melhores relacionamentos com os consumidores dos serviços. O relacionamento médico-paciente tem sido substituído pela intermediação das organizações do setor de saúde, e poucas têm desenvolvido os relacionamentos confiáveis que são demandados pelos consumidores.

Steiger e Balog (2010) consideram que o atendimento centrado no paciente deve ser uma expressão da missão, visão e valores, tendo o potencial para aumentar o número de pacientes atendidos e as receitas. O *marketing* deve desempenhar um papel importante e onipresente na área de saúde, pois os hospitais podem divulgar anúncios em jornais e revistas sobre as suas instalações e serviços; oferecer programas de saúde para comunidade; dirigentes podem conceder entrevistas, e instalações podem apresentar *designs* atraentes aos pacientes. Esses exemplos demonstram um pouco da importância do *marketing*. Portanto, deve-se compreender os hospitais segundo o foco dos seus clientes.

Goldbach e West (2010) destacam que, em 2007, aproximadamente 750.000 norte-americanos viajaram para países como a Índia, Singapura, Tailândia e outros

países, em busca de procedimentos que variam do odontológico até cirurgias cardiovasculares. Em contrapartida, nesse mesmo ano, os Estados Unidos receberam 417.000 pacientes em busca de tratamentos em grandes institutos de pesquisas, hospitais de ensino e outros bem conhecidos hospitais. Dessa forma, pacientes podem buscar tratamentos com custos menores, ou em locais com maior reputação, especialização e tecnologia.

Os hospitais brasileiros podem lidar com o turismo interno (entre as diferentes regiões), com o turismo internacional, englobando países vizinhos e os mais distantes. Há oportunidades (novos clientes) e ameaças (perda de clientes para hospitais de outros países). É necessário o aprimoramento dos conhecimentos sobre os comportamentos dos consumidores e contratantes de serviços hospitalares de outras regiões e outros países, assim como maior conhecimento sobre estratégias e modelos adotados pelos hospitais em outras regiões.

O mercado de saúde parece apresentar uma assimetria entre as informações dos prestadores de serviços e as dos pacientes. Sanjo (2009) considera que, sob essa situação de assimetria, os pacientes, em geral, não conseguem as informações relacionadas à qualidade proporcionada pelos hospitais. Para o autor, ao escolher um hospital, os pacientes têm uma percepção de qualidade, a qual pode ser afetada por vieses. Portanto, é fundamental que os hospitais aprimorem os conhecimentos sobre o que é a qualidade sob o ponto de vista dos pacientes.

4.1.3 Estratégias de mercado e relacionamentos com operadoras

No relacionamento entre empresas operadoras de seguros e planos de saúde e hospitais, as primeiras organizações podem ter uma posição dominante. Moryia, Vogt e Gaynor (2010) consideram que as operadoras, ao exercer a posição dominadora, pressionam os hospitais a adotar maior eficiência técnica, visando à redução de custos. Dessa forma, a continuidade no processo de consolidação no mercado de operadoras poderá provocar crescentes pressões sobre os hospitais. No mercado norte-americano, têm aumentado as consolidações entre as empresas seguradoras, mas também entre os hospitais. Os autores ponderam que a concentração de mercado entre as operadoras de plano de saúde tem levado à

redução nos preços pagos aos hospitais, mas não há evidências de que essa situação é desejável para os consumidores, pois ainda não estão claras as possíveis implicações na qualidade do atendimento; as possibilidades de escolhas dos consumidores; inovações biomédicas, e assistência aos necessitados com baixa renda. Moryia, Vogt e Gaynor observam que a concentração no mercado hospitalar pode levar a aumentos nos preços praticados por essas organizações, mas proporcionalmente menores do que as reduções de preços que ocorrem consolidações entre as operadoras.

Por sua vez, Melnick, Shen e Wu (2011) consideram que os relacionamentos entre hospitais e operadoras revelam um quadro mais complexo. Indicam que, onde há uma grande concentração de mercado entre os hospitais, os preços se tornam maiores para os usuários. Entretanto, se existe maior concentração entre as operadoras, estas podem combater os aumentos de preços dos hospitais, e ainda beneficiar os consumidores com preços mais competitivos nos seguros e planos de saúde.

Ao abordar preços praticados pelos hospitais nos Estados Unidos, Melnick e Keeler (2007) destacam que as redes têm alcançado maior poder de barganha nas negociações com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde do que os hospitais independentes. Cada hospital adota uma estratégia de preços. Porém, alguns são mais sofisticados do que outros.

Estudo desenvolvido por Zilber e Lazzarini (2008, p.149) sobre os fatores mais importantes relacionados à vantagem competitiva em empresas operadoras de seguros e planos de saúde privados no Brasil, aponta: agilidade e atendimento englobam a qualidade da rede assistencial, o conhecimento das necessidades dos clientes, a rapidez na solução de problemas e o canal de comunicação; a marca, o pioneirismo e o porte referem-se à organização que está por trás do plano de saúde; o preço está relacionado à boa relação custo-benefício ou um preço competitivo; a inovação se relaciona a modificar e criar novos produtos, além do relacionamento e solução de problemas por meio da *internet*.

É importante destacar que, com as consolidações entre hospitais, as maiores organizações têm procurado manter ou construir reputação de superior qualidade ao divulgar os investimentos efetuados em serviços de alta tecnologia. Dessa forma, procuram conseguir maior valorização no relacionamento com as empresas

operadoras de seguros e planos de saúde, construindo forte identidade de marca, e servindo como um antídoto às restrições contratuais e competição em preços (Devers, 2003).

Para Eastaugh (2009), tem aumentado o número de hospitais especializados nos Estados Unidos, especialmente nas regiões onde a competição é mais intensa. Para o autor, um hospital pode implementar uma estratégia para alcançar economia de escala por meio da concentração em um local, ou ainda por meio de fusões. Um hospital ainda pode adotar uma estratégia de especialização, operando poucos departamentos, mas com altos volumes de atendimento, para alcançar maior produtividade e menores custos. Dessa forma, ao buscar a especialização, o hospital pode ampliar os esforços de *marketing* para uma maior área geográfica. Para Eastaugh, um maior número de pacientes têm preferido hospitais especializados, pois estes criam um ponto de diferenciação em suas mentes, ao invés de procurar hospitais que ofereçam maior amplitude de serviços.

Carrier, Dowling e Berenson (2012) apontam que mais hospitais têm adotado estratégias envolvendo a combinação de expansão geográfica, tecnologias avançadas e serviços de nicho, com o objetivo de atrair médicos e pacientes com seguros ou planos de saúde mais completos.

Para Wichmann e Clark (2006, p.72), se a estratégia de hospital é direcionada apenas pelo desejo de atingir o orçamento, sem uma deliberada avaliação do mercado, dos custos e contratos envolvidos, essa organização está mais vulnerável a ataques. A estratégia de preços deve incorporar um conjunto de fatores, tais como o impacto na marca, o contrato com o pagador, a competição de mercado, os custos relacionados à educação e formação de pessoal, além das implicações do consumerismo (e a busca de maior valor, por meio de menores custos e mais qualidade). Kay (2007) observa que as organizações atuantes no setor de saúde precisam fazer melhor uso das ferramentas para informar os consumidores e assistilos nas suas decisões e cuidados, assim como devem ser balanceados os esforços que melhorem a qualidade e o acesso aos cuidados.

Já Porter e Teisberg (2007) consideram que os prestadores de serviços de saúde devem cuidar da eficácia operacional, mas especialmente das suas estratégias.

Observam que os prestadores de serviços de saúde sofrem três problemas estratégicos típicos:

- A gama de serviços é ampla demais, especialmente no caso de hospitais que oferecem quase todos os serviços possíveis, com linhas excessivamente amplas, servindo a um mercado demasiado estreito. Concluem que o mais importante é possuir experiência, escala e domínio em cada serviço;
- Além das linhas de serviços serem demasiadamente amplas, o pensamento estratégico sobre elas é estreito. Falta integração no atendimento e nas equipes de atendimento, e
- Os prestadores de serviços pensam e se comportam de forma predominantemente local, permanecem ancorados em uma determinada comunidade ou região.

Certamente, cada mercado apresenta as suas peculiaridades e parece importante o desenvolvimento de novos estudos que avaliem a concentração de mercado hospitalar, a concentração entre as operadoras e as implicações para os consumidores no curto, médio e longo prazos.

4.2 Estratégias tecnológicas

Ao abordar as “inovações disruptivas”, Lee e Lansky (2008) destacam que as transformações no setor de saúde dependem de o sistema regulatório e de o ambiente de pagamentos permitirem o atendimento das percepções de valor dos consumidores. Consideram que os legisladores devem colocar os interesses dos consumidores acima dos interesses das organizações que atuam no setor e que governos e pagadores privados devem priorizar o desenvolvimento de modelos de atendimento mais efetivos – em atendimento e em custo – que atendam à percepção de valor dos consumidores.

Giovanella e Mendonça (2012) destacam que o campo da média complexidade é relacionado à produção de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica ou, de maneira mais restrita, pelos procedimentos especializados de menor valor financeiro. A atenção de alta complexidade no Brasil conta com o predomínio do setor privado e

dos hospitais universitários. A lógica de organização tem sido baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica, com uma concentração nas grandes cidades, principalmente nas regiões Sul e Sudeste.

É importante considerar que o conceito de alta complexidade é dinâmico e pode mudar com o tempo. Além disso, não há unanimidade sobre essa caracterização. Vianna et al. (2005) observam que um procedimento de alta complexidades apresenta três atributos:

- Alta densidade tecnológica e/ou *expertise* e habilidades especiais acima dos padrões médios;
- Baixa frequência relativa;
- Alto custo unitário e/ou do tratamento.

Para Spetz e Maiuro (2004), não é simples definir “tecnologia médica”. As autoras refletem que, se os serviços hospitalares são percebidos como de “alta tecnologia”, podem atrair mais clientes. Dessa forma, os hospitais podem adotar novas tecnologias como uma estratégia competitiva. Certamente, a decisão pela inclusão de novas tecnologias pode ser motivada por outros fatores, tais como as finanças, a demanda por recursos humanos e a necessidade de especialização das pessoas para o adequado uso. Algumas tecnologias podem levar à redução de custo, enquanto que outras levam ao aumento de custo. As autoras ainda comentam sobre as dificuldades para mensurar a adoção de tecnologias em hospitais. Os procedimentos podem envolver desde simples listas de serviços prestados, os introduzidos mais recentemente no mercado e até balanceamento em relação ao número total de serviços prestados (possibilidade de qualificar a especialização do hospital). No entanto, parece que ainda não existe uma metodologia totalmente confiável para avaliar o agregado de tecnologias adotado.

4.2.1 Agregado tecnológico em hospitais norte-americanos

Como um exemplo de avaliação do agregado tecnológico (Quadro 9), são apresentadas as referências adotadas pelo *U.S. News & World Report, Best Hospitals 2011-2012* (<http://health.usnews.com/>) para a identificação de uso e ranqueamento

dos melhores hospitais nos Estados Unidos. A avaliação envolve uma lista de quinze tecnologias relevantes a uma ou mais especialidades, das quais oito entram no índice geral, e o hospital deve utilizar ao menos quatro delas para ser considerado no ranqueamento da publicação. A seguir é apresentada uma breve descrição das tecnologias consideradas:

Quadro 9 – Tecnologia por especialidade

Tecnologia	1- Índice Geral de Tecnologia; 2- Câncer; 3- Cardiologia; 4-Diabetes e Endocrinologia; 5-Otorrinolaringologia; 6-Gastroenterologia; 7-Geriatria; 8-Ginecologia; 9-Nefrologia; 10-Neurologia; 11-Ortopedia; 12-Pneumologia; 13-Urologia												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Remoção do esôfago de Barret						X							
2. Unidade intensiva de atendimento cardíaco			X										
3. Cirurgia ortopédica assistida por computador											X		
4. Serviços de diagnóstico por radioisótopo	X			X		X			X	X		X	X
5. Endoscopia de movimento retrógrado						X							
6. Endoscopia por ultrassom						X							
7. Mamografia de campo total digital	X	X						X					
8. Terapia de radiação guiada por imagem	X	X		X		X		X	X	X		X	X
9. Tomografia por computador através de espiral multifatada	X		X						X			X	
10. PET/CT scanner	X	X	X	X				X	X	X		X	X
11. Cirurgia robótica	X	X	X					X	X				X
12. Sistema de radiação não invasiva de alta resolução		X											
13. Sistema de foto emissão CT	X		X							X			
14. Radiocirurgia estereotáxica	X	X		X	X	X		X	X	X		X	X
15. Serviços de transplante		X	X			X			X		X	X	
Total de elementos	8	7	7	4	1	7	0	5	7	5	2	6	5

Fonte: U.S. News & World Report, Best Hospitals 2011-2012, <http://health.usnews.com/>.

Descrições:

1. Remoção do esôfago de Barret: envolve a aplicação de energia térmica ou luz por meio de um endoscópio através da boca até o esôfago;
2. Unidade intensiva de atendimento cardíaco: uma área do hospital com equipamentos proporcionados a pacientes que requerem tratamento intensivo, observação ou cuidados devido a problemas cardíacos;
3. Cirurgia ortopédica assistida por computador: um grupo de equipamentos que produzem imagens tridimensionais para a realização de procedimentos cirúrgicos em ortopedia;
4. Serviços de diagnóstico por radioisótopo: um procedimento que utiliza isótopos radioativos (radiofarmacêuticos) como traçadores para detectar condições que não são normais ou doenças;
5. Endoscopia de movimento retrógrado: um procedimento (colangiopancreatografia) por meio do qual um cateter é introduzido nos dutos da bile e pâncreas;
6. Endoscopia por ultrassom: uma especial endoscopia que incorpora um transformador de ultrassom para obter imagens detalhadas de órgãos no tórax e abdome. O endoscópio pode passar através da boca ou do ânus. Combinado a uma agulha para biópsia, o procedimento pode assistir no diagnóstico da doença ou estágio do câncer;
7. Mamografia de campo total digital: um procedimento que possibilita converter raios-x em um sinal digital para ajudar a diagnosticar câncer no tórax;
8. Terapia de radiação guiada por imagem: um sistema automático que proporciona imagens de alta resolução de raio-x, por meio do uso de uma ponta infinitesimal. Ajusta o posicionamento do paciente de acordo com o necessário, permitindo um tratamento de câncer mais efetivo;
9. Tomografia por computador por meio de espiral multifatiada: um procedimento que utiliza raios-x e processamento de dados para produzir múltiplas finas fatias, as quais podem ser recombinaadas em detalhadas figuras tridimensionais da anatomia interna;

10. PET/CT *scanner*: um equipamento que combina em si as capacidades do PET e do CT para proporcionar informações funcionais e imagens metabólicas das estruturas físicas do corpo, para diagnósticos e monitoramento de quimioterapia, radioterapia e planejamento cirúrgico;
11. Cirurgia robótica: uso do computador para guiar imagens e manipular equipamentos, para realizar cirurgias sem a direta intervenção do médico;
12. Sistema de radiação não invasiva de alta resolução: um procedimento não invasivo que proporciona doses terapêuticas de radiação em uma definida área do tumor para reduzir ou destruir células cancerosas;
13. Sistema de fotoemissão CT: uma tecnologia médica de imagem que combina material radioativo com imagem CT, iluminando o fluxo sanguíneo e órgãos;
14. Radiocirurgia estereotáxica: uma modalidade de radioterapia que combina uma alta dose de radiação em uma pequena área em uma ou poucas sessões;
15. Serviços de transplantes: transplantes de órgãos em geral.

Parece oportuno comparar as tecnologias adotadas nesses hospitais norte-americanos com as adotadas em hospitais gerais privados brasileiros, apesar das diferentes realidades dos sistemas de saúde e de financiamento.

4.2.2 A adoção de tecnologias em hospitais

A adoção de tecnologias médicas, segundo Greer (1985), engloba três sistemas decisórios. O dominante é representado pelos médicos; o segundo conta com os diretores e os responsáveis pela área financeira, e o terceiro engloba os atores institucionais que avaliam o alinhamento à missão e à visão da organização.

Ancarani et al. (2009) ponderam que o processo de aquisição de novas tecnologias em hospitais envolve diferentes participantes. Normalmente, a diretoria enfatiza os objetivos organizacionais, a maior eficiência e a qualidade. Os médicos, normalmente, enfatizam os recursos para a inovação no atendimento. Essa situação implica buscar um equilíbrio entre os diferentes pontos de vista, a inovação *versus* os investimentos necessários.

Para Teplensky et al. (1995), a adoção de novas tecnologias é um processo complexo, e as três perspectivas abordadas por Greer (1985) influem na decisão. Os autores ainda observam a importância de o hospital ser um líder tecnológico como um dos principais determinantes do comportamento de adoção. Consideram que é difícil mudar uma orientação estratégica em um hospital tido como líder tecnológico.

Em estudo desenvolvido em hospitais israelenses, Greenberg, Pliskin e Peterburg (2003) concluem que, nessas organizações, os fatores considerados na adoção de novas tecnologias são, em ordem de importância: as considerações clínicas e suas implicações; impactos no *superávit* e outros componentes econômicos; a necessidade de treinamento de pessoal; informações disponíveis sobre a nova tecnologia; aprovações formais; influências sobre a exploração pelo hospital; prestígio e competição entre hospitais; pressões exercidas dentro e fora do hospital.

Segundo Novaes (2006), após a autorização de uso de tecnologias de produtos e processos em saúde, a difusão ocorre de maneira relativamente lenta e de maneira restrita aos profissionais técnica e financeiramente beneficiados. Para a autora, os adotantes iniciais, de modo geral, são especialistas que estão envolvidos ou acompanham, de alguma forma, as fases anteriores de desenvolvimento ou aprovação de uso. Esses profissionais, vinculados à academia, são importantes formadores e legitimadores de opinião. O tipo de tecnologia, doenças com maior ou menor risco e impacto social, tipo de especialidade, além das características da cultura, dos sistemas e políticas de saúde do país, influenciam na velocidade de adoção de novas tecnologias.

Ao estudar a importância da adoção de novas tecnologias em hospitais brasileiros, Silva (2007) observa: a tecnologia deve ser segura e evitar danos à saúde; deve garantir que seja eficaz, no sentido de trazer benefícios por meio do seu uso; deve assegurar que seja utilizada de maneira adequada; deve assegurar que os benefícios decorrentes do uso compensem os custos incorridos, e deve prover os formuladores de políticas de informações sobre as diferentes alternativas tecnológicas. Silva afirma que o retorno financeiro associado ao investimento não constitui o principal critério adotado pelos prestadores de serviços na decisão de incorporar uma tecnologia de ponta.

Silva e Viana (2011) observam que, no Brasil, a adoção de equipamentos, complexos e caros não é determinada pelos formuladores das políticas de saúde, ou ainda outros pagantes públicos ou privados, mas principalmente pelos administradores de organizações privadas, fortemente influenciados por médicos e representantes de vendas da indústria médica. Além disso, ponderam que as decisões são conectadas às estratégias institucionais das organizações de saúde, e, raramente, por meio de critérios baseados nas necessidades da população ou prioridades definidas pelos formuladores de políticas de saúde. Dessa forma, defendem a importância dos governantes fortalecerem as regras para o gerenciamento da difusão de novas tecnologias, a fim de serem balanceados os interesses e desejos institucionais e os dos indivíduos em praticar uma moderna e cara medicina em um contexto de diferenças no estado de saúde e necessidades básicas de saúde.

4.2.3 Relacionamento com fornecedores

Mettler e Rohner (2009), consideram que, comparada às outras indústrias com intensa competição (exemplos, automotiva ou engenharia), a gestão do relacionamento com fornecedores no setor de saúde não tem recebido muita atenção em pesquisas e também na prática. Segundo os autores, esse modelo de relacionamento com fornecedores envolve a cooperação entre os diferentes participantes da cadeia de valor, mas, no setor de saúde, devido à alta regulamentação, altos investimentos governamentais, baixa orientação para a maior efetividade e eficiência, além da pequena orientação para o cliente, é gerado o resultado de uma estrutura de informações pouco desenvolvida.

Para Filgueira e Bousquat (2011), o parque farmacêutico brasileiro é bastante desenvolvido em produtos acabados, mas pouco desenvolvido na produção de insumos. Há uma concentração no desenvolvimento dos insumos nos países desenvolvidos, enquanto que as filiais dos países menos desenvolvidos como o Brasil ficam com a formulação dos medicamentos. Essa situação causa um impacto negativo sobre a inovação em saúde local.

Cabe avaliar como os hospitais gerais privados de grande porte percebem os relacionamentos com os fornecedores de tecnologia em saúde, inclusive os

equipamentos e medicamentos. É importante compreender se esses fornecedores são percebidos como parceiros estratégicos; o poder relativo dos compradores; se há domínio para um lado ou para outro, ou ainda uma relação de equilíbrio. Ainda se deve considerar que os hospitais podem funcionar como “vitrines” para esses fornecedores, pois podem servir como referência para a divulgação de novas tecnologias.

4.3 Considerações sobre as estratégias de mercado

Em função das avaliações do ambiente de atuação e das capacidades e recursos organizacionais, da missão, visão e valores organizacionais, cada hospital pode desenvolver diferentes estratégias.

As estratégias de mercado em hospitais englobam diversas decisões, tais como segmentos atendidos, posicionamento, composto de *marketing* (combinação de produtos, cobertura de mercado, precificação, comunicação integrada e relacionamento com os usuários e clientes organizacionais), além da associação ao modelo assistencial e as tecnologias adotadas, pois os serviços podem apresentar alta dependência de equipamentos e medicamentos, ou de agregados tecnológicos como parte das possíveis soluções para problemas de saúde diversos.

O desenvolvimento dessas estratégias tem como ponto de partida os conhecimentos sobre os clientes, agrupados por meio de usuários (pacientes, familiares e acompanhantes), e os clientes organizacionais que contratam os serviços hospitalares.

Esses conhecimentos devem ser desenvolvidos a partir de dados epidemiológicos da população e dos usuários, além das macroforças ambientais (demografia, economia, política, tecnologia, legislação, aspectos socioculturais, ambiente natural); da caracterização dos clientes organizacionais (operadoras de seguros e planos privados de saúde e SUS); concorrência; fornecedores, e outros prestadores de serviços de saúde. Portanto, os hospitais devem contar com um núcleo de inteligência de mercado para o contínuo monitoramento desses fatores, além da contínua avaliação dos recursos e capacidades organizacionais. Essa inteligência apresenta grande importância para que um hospital tenha uma mais efetiva

orientação para o mercado, por meio do levantamento de dados, disseminação, análises e ações para melhor atendimento dos seus usuários, clientes organizacionais e maior competitividade.

Os usuários e os clientes organizacionais (operadoras de seguros e de planos de saúde) podem ter diferentes percepções de valor (o balanço entre benefícios, e custos/sacrifícios) sobre os serviços hospitalares, o que implica a necessidade do desenvolvimento de soluções que assegurem o atendimento a esses públicos, mas também a sustentabilidade da organização.

Para os usuários de serviços de saúde, a necessidade básica a ser atendida é a solução de problemas relacionados às suas condições de saúde. Porém, é importante que se considere toda a experiência de uso do serviço. Isso envolve desde a aquisição de um seguro ou plano de saúde, a direta contratação do serviço hospitalar ou o uso do SUS, e todos os momentos e interações envolvidas; as facilidades para conseguir informações; a rapidez no atendimento; o processo de assistência; o pós atendimento; a prestação de contas; as orientações e ações para a promoção de saúde, e a prevenção de doenças. A compreensão de todo o processo de relacionamento pode trazer significativas contribuições para o desenvolvimento e aprimoramento do atendimento.

Ao escolher hospitais, os usuários podem considerar fatores como as recomendações de médicos, localização, amplitude de serviços, percepções sobre a qualidade técnica, dentre outros fatores. Para os usuários privados que desembolsam diretamente pelos tratamentos, além dos fatores indicados, podem-se acrescentar as preocupações com os preços e as condições de pagamento. É importante destacar a importância do relacionamento com o corpo médico, pois este pode exercer uma grande influência na indicação de serviços hospitalares aos usuários. Portanto, as estratégias de *marketing* devem incluir esses profissionais, assim como os demais recursos humanos.

Os usuários que contam com seguros e planos de saúde, dependem da amplitude de cobertura estabelecida em contrato, e, como consequência, dos hospitais disponíveis para uso e os serviços previstos. Em função disso, o processo de escolha poderá ter limitações e, talvez, esses usuários não tenham acesso às condições que realmente desejam. Por vezes, esses usuários podem ter que recorrer

aos serviços do SUS, devido à insuficiente cobertura dos seguros ou planos contratados.

Nos relacionamentos com os clientes organizacionais, os hospitais devem partir das necessidades (condições de saúde) e desejos dos usuários dos serviços de saúde, além de considerar as restrições de custos para o desenvolvimento de produtos compatíveis ao modelo assistencial e as possibilidades de homologação de acordos e contratos de prestação de serviços com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde. Esses pagamentos podem representar a maior parte das receitas de muitos hospitais. Portanto, o sucesso ou o insucesso nesses relacionamentos e negociações com tais clientes organizacionais podem ser cruciais para sua sobrevivência e sustentabilidade.

Para os hospitais que atuam principalmente com o SUS, há um componente extra de preocupação: a remuneração por meio de tabelas de preços que podem estar defasadas ou que cobrem apenas parte dos custos. Uma alternativa estratégica é o direcionamento de parte da sua capacidade de atendimento para as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, ou, ainda, para pacientes privados para alcançar melhores remunerações. Talvez seja um caminho necessário, especialmente para hospitais como as Santas Casas de Misericórdia, as quais tradicionalmente priorizam os atendimentos aos pacientes pelo SUS.

Dessa forma, as estratégias de *marketing* nos hospitais devem contemplar as demandas em saúde das pessoas e o desenvolvimento de pacotes de serviços alinhados aos interesses dos clientes organizacionais. Para cada modelo estabelecido, deve-se buscar o adequado balanceamento entre benefícios, custos e sacrifícios. Esse balanceamento pode não ser uma tarefa muito simples, mas deve contemplar um equilíbrio entre a qualidade técnica; a experiência de consumo dos serviços hospitalares; os limites de coberturas dos planos e do SUS; o relacionamento com os profissionais de saúde (especialmente os médicos), e os resultados financeiros e a sustentabilidade da organização.

As estratégias de *marketing* devem estar sincronizadas ao modelo assistencial e às estratégias tecnológicas, o que envolve a necessidade de um alinhamento entre as organizações do setor de saúde para o efetivo atendimento às necessidades dos usuários dos serviços.

As novas tecnologias têm proporcionado importantes soluções para diferentes problemas e condições de saúde, mas é importante que esse processo não se transforme em uma simples corrida que sirva principalmente para sustentar o posicionamento mercadológico de liderança tecnológica, pois os aumentos nos custos poderão vir a comprometer o futuro da assistência à população, e, talvez, a sustentabilidade do sistema de saúde.

É importante monitorar os movimentos de consolidação no setor de saúde, tanto entre as empresas operadoras de seguros e planos de saúde como entre os hospitais, e os impactos resultantes nos relacionamentos e negociações entre essas organizações, mas especialmente os impactos que poderão ser gerados para os usuários de serviços de saúde. No momento, não estão claros os possíveis impactos em relação à qualidade e preços, ou como os usuários serão afetados.

5 METODOLOGIA

Este estudo é classificado como exploratório. Há poucas pesquisas publicadas sobre as estratégias de mercado adotadas em hospitais gerais privados.

Para viabilizar os objetivos desta pesquisa foi adotada a técnica de estudo de caso. Esta abordagem envolve o exame de acontecimentos contemporâneos e situações nas quais não se podem manipular comportamentos relevantes. Nessa modalidade de pesquisa é utilizada investigação histórica, acrescentada da observação direta e realização de uma série sistemática de entrevistas. Portanto, lida com evidências documentais, artefatos, entrevistas e observações.

Um estudo de caso é uma investigação empírica que estuda um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (Yin, 2003).

Bressan (2000) considera que o estudo de caso possibilita pesquisar inúmeros problemas da administração de difícil abordagem por outros métodos, dificilmente isolados de seu contexto na vida real. Para Gummesson (2007), o estudo de caso contribui mais para inovações e geração de teoria do que testes de contextos em detalhes. Dessa forma, ele tem a capacidade de atender a essa complexidade e contribuir para criar a teoria em um nível mais alto de abstração. Por sua vez, Dooley (2002) destaca o potencial único do estudo de caso, pois oferece ao pesquisador oportunidade de utilizar uma combinação metodológica que admite observar o fenômeno a partir de múltiplas perspectivas.

Há três razões principais para o desenvolvimento de estudo de caso único (Yin, 2003):

- Quando representa o caso decisivo ao testar uma teoria bem formulada;
- Quando representa um caso raro ou extremo;
- Quando representa um caso revelador, o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica.

Um projeto de pesquisa pode conter mais de um caso único, sendo chamado de projeto de casos múltiplos. Segundo Yin (2003), em projetos de casos múltiplos, cada caso deve servir a um propósito único dentro do escopo global da investigação.

Esse modelo de projeto deve seguir uma lógica de replicação, mas não de amostragem. Além disso, os casos devem se comportar de maneira similar aos experimentos múltiplos, com resultados similares (replicação literal) ou contraditórios (replicação teórica).

Sobre a qualidade e validade dos estudos de casos, Yin (2003) considera:

- Deve-se buscar a validade do construto por meio da seleção de tipos específicos de mudanças que devem ser estudadas em relação aos objetivos iniciais do estudo. Além disso, demonstrar que as medidas selecionadas a partir das mudanças realmente refletem os tipos específicos de alterações que foram selecionadas;
- A validade interna é uma preocupação apenas para estudos de caso causais. Além disso, um pesquisador poderá fazer inferências que um evento particular resultou de alguma ocorrência anterior, com base em evidências obtidas a partir de entrevistas e documentos coletados como parte do estudo de caso;
- A validade externa do estudo de caso, tal como nos experimentos, baseia-se em generalizações analíticas. Na generalização analítica, busca-se generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente;
- A confiabilidade em estudo de caso envolve tornar as etapas do processo o mais operacionais possível e conduzir a pesquisa de forma que um auditor possa repetir os procedimentos e chegar aos mesmos resultados.

Segundo Eisenhardt e Graebner (2007), a construção de teoria a partir de estudos de casos simples serve tipicamente para explorar oportunidades de um fenômeno significativo sob raras ou extremas circunstâncias, enquanto que a construção de teoria a partir de múltiplos estudos de casos tipicamente rende um resultado mais robusto, generalizável e testável.

Miles e Huberman (1994) consideram que, na seleção de casos, é melhor considerar primeiro os mais representativos do problema; depois, os casos que sejam negativos ou não alinhados ao fenômeno. Além disso, pode-se considerar um terceiro critério que envolve casos excepcionais ou discrepantes.

Eisenhardt (1989) considera desejáveis entre quatro e dez casos para a construção de teoria, enquanto Hedges (1985) considera que, na prática, entre quatro e seis casos podem ser suficientes para o desenvolvimento de um projeto sério.

Dessa forma, este estudo de múltiplos casos atende às referências bibliográficas consultadas, pois aborda cinco hospitais gerais (atendem a pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas), privados (com, ou sem fins lucrativos) de grande porte (no mínimo 150 leitos), o que é apontado como suficiente o desenvolvimento da pesquisa.

A literatura aponta a possibilidade de, na seleção dos casos, serem incluídos casos mais representativos do fenômeno em estudo (três hospitais sem fins lucrativos e que atendem principalmente beneficiários das empresas operadoras de seguros e planos de saúde), e a possibilidade de inclusão de casos não alinhados ao fenômeno principal.

Foram incluídos dois contrapontos: um hospital privado com fins lucrativos e que atende principalmente pacientes vinculados a empresas operadoras de seguros e planos de saúde – neste caso há uma mudança no modelo de propriedade da organização. O outro caso envolve um hospital privado sem fins lucrativos que atende principalmente pacientes do SUS – neste caso, mudam também os clientes.

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, foram selecionados cinco hospitais localizados no município de São Paulo. Os hospitais foram denominados “Hospital 1” - (H1), “Hospital 2” - (H2), “Hospital 3” - H3, “Hospital 4” - H4 e “Hospital 5” - H5 (Quadro 10).

Os hospitais H1, H2 e H3 estão entre os maiores do país, dentre os privados sem fins lucrativos, além de estar localizados no município de São Paulo, o que torna conveniente o desenvolvimento da pesquisa.

Os hospitais H4 (com fins lucrativos) e H5 (sem fins lucrativos, mas atendendo principalmente aos usuários do SUS) são localizados no município de São Paulo, o que também tornou conveniente o desenvolvimento da pesquisa. Em ambos, a aprovação para a participação no estudo foi imediata.

Quadro 10 – Caracterização dos hospitais selecionados para a pesquisa

Hospital	Modelo de propriedade	Fundação	Leitos instalados	Clientela majoritariamente atendida
H1	Sem fins lucrativos	1921	377	Pacientes da saúde suplementar
H2	Sem fins lucrativos	1971	632	Pacientes da saúde suplementar
H3	Sem fins lucrativos	1897	263	Pacientes da saúde suplementar
H4	Com fins lucrativos	1958	198	Pacientes da saúde suplementar
H5	Sem fins lucrativos	1899	204	Pacientes do SUS

Os hospitais foram classificados em grupos (Quadro 11), em função do modelo de propriedade e clientela majoritariamente atendida (Saúde suplementar ou SUS). Três hospitais, H1, H2 e H3, classificados no Grupo 1 não têm fins lucrativos e atendem principalmente pacientes de empresas operadoras de seguros e planos de saúde. Estes hospitais representam o maior contingente entre os publicados no estudo *Hospitais Privados, Valor Análise Setorial - Valor Econômico* (Valor Econômico, 2012). Estão entre os mais representativos do fenômeno estudado neste projeto.

No Grupo 2 está o hospital H4, com fins lucrativos, atendendo principalmente pacientes de empresas operadoras de seguros e planos de saúde. No Grupo 3 está o hospital H5, sem fins lucrativos, atendendo principalmente pacientes do SUS.

Quadro 11 – Classificação dos hospitais em grupos

		Modelo de Propriedade	
		Privado sem fins lucrativos	Privado com fins lucrativos
Clientela majoritariamente atendida	Principalmente pacientes vinculados a empresas operadoras de seguros e planos de saúde	Grupo 1: H1; H2; H3	Grupo 2: H4
	Principalmente pacientes do SUS	Grupo 3: H5	

A cada hospital foi entregue o instrumento de pesquisa “Questionário I” (Quadro 12), com o objetivo de coletar dados para caracterizar cada organização, além de comparar a situação em 2012 com a prevista para 2015: assistenciais (leitos;

procedimentos de alta complexidade realizados; perfil das internações; *mix* de serviços assistenciais; perfil; corpo clínico); não assistenciais (composição das receitas, gastos, relacionamento com as operadoras de planos, glosas).

Quadro 12 – Composição do Questionário I

Identificação do hospital	
Questão	Tema
1	Número de leitos
2	Número de salas cirúrgicas
3	Procedimentos de alta complexidade realizados
4	Perfil das internações
5	Serviços de apoio: próprios, ou terceirizados
6	Serviços assistenciais: próprios, ou terceirizados
7	Fontes de receitas
8	Representatividade de gastos
9	Perfil do corpo clínico
10	Relacionamento com empresas operadoras de seguros e planos de saúde
11	Solicitação de Relatórios Contábeis

Outra etapa envolveu entrevistas em profundidade, por meio de um roteiro com questões abertas e questões semiestruturadas. Foi realizado um pré-teste nos hospitais identificados como H1 e H2, tendo sido discutida a composição de um modelo de questionário para entrevistas pessoais sobre as estratégias de mercado.

O pré-teste no hospital H1 foi realizado em entrevista pessoal, não gravada, com o “*Entrevistado 1.1*” (E1.1). Este considerou que era necessário maior foco nos temas diretamente relacionados ao problema de pesquisa. Sugeriu a substituição de algumas questões abertas por questões semiestruturadas para facilitar as respostas a entrevistados com diferentes formações e que atuam em diferentes áreas funcionais.

No hospital H2, o “*Entrevistado 2.1*” (E2.1) foi contatado por telefone e por correio eletrônico (*e-mail*). Apresentou restrições a algumas questões que abordavam temas considerados sensíveis e que não poderiam ser respondidas. Além disso, sugeriu a inclusão de questões semiestruturadas para facilitar as respostas a todos os respondentes. Solicitou que a versão modificada fosse apresentada e aprovada pelo diretor geral da organização.

Uma nova versão do roteiro foi desenvolvida e apresentada aos dois hospitais. No caso do hospital H1, a participação no estudo e o questionário foram aprovados pelo “*Entrevistado 1.1*” (E1.1). Ele ainda participou da etapa seguinte do estudo.

No caso do hospital H2, a participação no estudo e o roteiro foram aprovados pelo diretor geral da organização, o “*Entrevistado 2.2*” (E2.2). Ele ainda participou da etapa posterior do estudo. A versão final recebeu o nome “Questionário II”, apresentando questões abertas e semiestruturadas.

As entrevistas foram gravadas entre julho e dezembro de 2012. Na sequência, foram ouvidas as gravações, transcritas, anotados os aspectos mais relevantes e analisados os dados para comparações entre os entrevistados de cada organização e entre os diferentes casos.

Em todas as organizações, o primeiro entrevistado era o mais alto executivo da organização. Na sequência, foram entrevistados diretores, ou gerentes, que tivessem uma visão geral das estratégias adotadas pelo hospital, todos considerados informantes-chave sobre as estratégias de mercado.

Em cada hospital foram entrevistadas ao menos três pessoas, o que garante a possibilidade de triangulação. No hospital H3, por solicitação da direção da organização, foram entrevistadas quatro pessoas, por acreditarem que seriam proporcionadas maiores contribuições ao estudo.

Nas questões abertas, o respondente teve máxima liberdade de resposta, segundo as suas percepções sobre o assunto considerado. Nas questões semiestruturadas, foram cobertas listas específicas de assuntos, visando à economia de tempo e facilidade de entendimento a todos os entrevistados, com diferentes formações e que atuassem em diferentes áreas.

O pesquisador cobriu uma lista específica de assuntos ou subáreas. Teve a liberdade para estabelecer o momento, as palavras exatas e o tempo alocado para cada questão.

Os entrevistados tiveram a liberdade para comentar ou não sobre os temas específicos, por vezes considerados complexos, pouco explorados ou confidenciais e “delicados”.

O “Questionário II” apresenta dezesseis questões, divididas conforme o quadro abaixo (Quadro 13):

Quadro 13 – Composição do Questionário II

Questionário II		
Bloco	Questão	Tema abordado
Atuação na cadeia de valor da saúde	1	Promoção; prevenção; diagnóstico; tratamentos; reabilitação; monitoramento e gestão de doenças crônicas
Desenvolvimento de estratégias no hospital	2	Fatores que levam os pacientes a optarem pelo hospital em que o entrevistado trabalha
	3	Percepções sobre as influências de macroforças nas estratégias e desempenho do hospital
	4	Principais oportunidades e ameaças vislumbradas
	5	Desenvolvimento de estratégias: oportunidades de mercado versus recursos e competências organizacionais
	6	Principais recursos e competências do hospital e sua diferenciação em relação aos concorrentes diretos
Estratégias adotadas	7	Prioridade estratégica: liderança em custo, ou diferenciação
	8	Prioridades competitivas
	9	Posicionamento perante a saúde suplementar
	10	Possíveis movimentos estratégicos por parte do hospital
	11	Relacionamento entre os hospitais e os seus fornecedores de equipamentos e com os de medicamentos
	12	Adoção de tecnologias (Referências –U.S. News)
	13	Serviços mais importantes oferecidos pelo hospital
	14	Papel do marketing no hospital
	15	Perfil tecnológico assistencial do hospital
Desempenho do hospital	16	Tendências de resultados no hospital

O quadro a seguir apresenta uma visão da colaboração de cada participante no desenvolvimento do estudo (Quadro 14).

Quadro 14 – Participantes do estudo

Hospital	Participante	Participação no pré-teste	Entrevistado (Questionário II)	Duração da Entrevista (minutos)
H1	E1.1	Sim	Sim	56
	E1.2	Não	Sim	53
	E1.3	Não	Sim	36
H2	E2.1	Sim	Não	Não se aplica
	E2.2	Sim	Sim	59
	E2.3	Não	Sim	34
	E2.4	Não	Sim	24
H3	E3.1	Não	Sim	56
	E3.2	Não	Sim	33
	E3.3	Não	Sim	45
	E3.4	Não	Sim	29
H4	E4.1	Não	Sim	14
	E4.2	Não	Sim	25
	E4.3	Não	Sim	27
H5	E5.1	Não	Sim	32
	E5.2	Não	Sim	21
	E5.3	Não	Sim	26

Visando a preservar o anonimato dos entrevistados (Questionário II), estes foram classificados em duas categorias, em função da área de atuação e cargo: seis clínicos (diretoria técnica, diretor ou gerente técnico hospitalar, gerente médico) e dez administrativos (diretor geral, superintendente corporativo, superintendente executivo, superintendente de recursos humanos, diretor de tecnologia de informações, diretor de operações, diretor financeiro, diretor administrativo, gerente de qualidade, responsabilidade social).

Dos dezesseis entrevistados, quatorze eram diretores, enquanto dois eram gerentes. Além disso, onze graduados em Medicina, dois em Direito, um em Administração, um em Nutrição e um em Matemática. Quinze são pós-graduados em Administração, enquanto que um desenvolveu várias pós-graduações em Medicina (Quadro 15).

Quadro 15 – Classificação dos entrevistados

Hospital	Entrevistado	Cargo	Classificação	Graduação	Pós-graduação
H1	E1.1	Diretor	Clínico	Medicina	Administração; Medicina
	E1.2	Diretor	Administrativo	Medicina	Administração
	E1.3	Diretor	Clínico	Medicina	Administração; Medicina
H2	E2.1	Diretor	Administrativo	Medicina	Não informado
	E2.2	Diretor	Administrativo	Direito	Administração
	E2.3	Diretor	Clínico	Medicina	Medicina
	E2.4	Diretor	Administrativo	Matemática	Administração
H3	E3.1	Diretor	Administrativo	Adminis- tração	Administração
	E3.2	Diretor	Administrativo	Nutrição	Administração
	E3.3	Diretor	Administrativo	Direito	Administração
	E3.4	Gerente	Administrativo	Medicina	Medicina; Administração
H4	E4.1	Diretor	Administrativo	Medicina	Administração
	E4.2	Diretor	Clínico	Medicina	Administração
	E4.3	Gerente	Clínico	Medicina	Medicina; Administração
H5	E5.1	Diretor	Administrativo	Medicina	Administração
	E5.2	Diretor	Administrativo	Medicina	Administração
	E5.3	Diretor	Clínico	Medicina	Administração

A primeira etapa de análise envolveu a aplicação do Questionário I. Os dados dos cinco hospitais foram compilados e analisados em conjunto para cada questão. A segunda etapa envolveu o Questionário II. As entrevistas foram ouvidas, transcritas integralmente, anotados os aspectos mais relevantes comentados. Para cada questão, foram comparadas as respostas entre os entrevistados de cada hospital. No caso de respostas diferentes entre os entrevistados do hospital, foi considerada a mais representativa, ou a que melhor representasse o caso. A seguir foram comparadas as respostas entre os casos, foram apresentadas análises consolidadas entre os casos analisados, e também entre os três grupos de hospitais estabelecidos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os dados levantados durante a pesquisa e a discussão dos resultados levantados por meio de dois protocolos: Questionário I (Caracterização do hospital); Questionário II (Entrevistas sobre estratégias adotadas). A apresentação dos mesmos acompanha a estrutura dos questionários, por meio da reapresentação de suas questões e consequentes respostas, acompanhadas da análise de seu conteúdo.

6.1 Questionário I

O Questionário I foi encaminhado a cada hospital. Visou à caracterização de cada organização.

Foi solicitada caracterização sobre o modelo organizacional do hospital. Os hospitais H1 e H2 indicaram o matricial, enquanto que o H3 o modelo funcional. Não foram obtidas respostas dos hospitais H3 e H5. Parece existir uma tendência no setor hospitalar em adotar o modelo matricial, pois este permite compatibilizar as vantagens de uma organização voltada para processos com a integração de profissionais de vários departamentos (ou funções) e a formação de equipes multidisciplinares.

1) Qual é o atual número de leitos do hospital?

A Tabela 15 apresenta dados relacionados aos números de leitos nos hospitais, para o ano 2012 e os previstos para o ano 2015. Os hospitais H1 e H3 não indicaram as previsões para 2015. Dessa maneira, foi considerada a manutenção dos números de 2012. O total de leitos instalados incluiu os de UTI e os de Unidade de Terapia Semi-intensiva (UTSI). Os operacionais são os efetivamente utilizados, ou previstos como tal para 2015.

Tabela 15 – Número de leitos em cada hospital

Leitos	H1		H2		H3		H4		H5	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Instalados	377	377	632	782	263	263	198	250	204	204
Operacionais	331	331	617	767	255	255	198	250	204	204
UTI	35	35	41	45	34	34	50	50	25	40
UTSI	48	48	91	123	0	0	0	0	4	10

Em 2012, o hospital H2 contava com o maior número de leitos instalados e operacionais, seguido dos H1, H3, H5 e H4, em ordem decrescente.

O hospital H2 indicou previsão de aumento de leitos para 2015, mas com maiores investimentos nos de UTSI. O hospital H4 indicou previsão de aumento de leitos para 2015. O hospital H5 indicou aumento de leitos de UTI e de UTSI para 2015.

A Tabela 16 apresenta a representatividade dos leitos operacionais em relação aos instalados, com a plena utilização nos hospitais H4 e H5; enquanto que, nos hospitais do Grupo 1, observou-se 87,7% no H1, 97,6% no H2 e 96,9% no H3.

Tabela 16 – Utilização dos leitos

Atendimento	H1 (%)	H2 (%)	H3 (%)	H4 (%)	H5 (%)
Leitos operacionais / Leitos Instalados	87,7	97,6	96,9	100,0	100,0

Os leitos de UTI e de UTSI são direcionados ao atendimento de maior complexidade. A Tabela 17 apresenta a representatividade da soma desses leitos em relação aos leitos operacionais. Essa proporção serviu como um indicador isolado de que os hospitais H1 e H4 apresentaram perfil mais voltado ao atendimento de casos de maior complexidade.

Tabela 17 – Representatividade dos leitos de terapia intensiva

Atendimento	H1 (%)	H2 (%)	H3 (%)	H4 (%)	H5 (%)
Leitos (UTI e UTSI) / Operacionais	25,1	21,4	13,3	25,3	14,2

2) Qual é o número de salas cirúrgicas?

A Tabela 18 apresenta os dados sobre o número de salas cirúrgicas em 2012 e os previstos para 2015. Os hospitais H1 e H3 não apresentaram os números previstos para 2015, assim foram repetidos os de 2012.

Tabela 18 – Número de salas cirúrgicas em cada hospital

Atendimento	H1		H2		H3		H4		H5	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Centro Cirúrgico	19	19	30	35	13	13	7	9	6	6
Centro de Cirurgia Ambulatorial	0	0	2	2	6	6	0	0	1	1
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

O hospital H2 contava com o maior número de salas no centro cirúrgico, seguido pelo hospital H1, H3, H4 e H5. Os hospitais H2 e H4 indicaram que deverão aumentar o número de salas cirúrgicas até 2015, enquanto que os hospitais H3 e H5 poderão manter os números de 2012. O hospital H2 apresentou números de salas cirúrgicas bem acima dos demais. No entanto, destacou-se maior número de salas no centro de cirurgia ambulatorial do hospital H3 e sua inexistência nos hospitais H4 e H5.

É possível analisar as relações entre o número de salas cirúrgicas e os leitos de internação, e os de cuidados intensivos. Com a menor relação (13,1) entre os cinco hospitais, o H1 apresentou o maior potencial cirúrgico, possuindo a maior capacidade de oferta de serviços cirúrgicos, se consideradas apenas as salas do centro cirúrgico, e não as do ambulatório. É possível observar que os demais hospitais do Grupo 1 apresentaram perfil similar, enquanto o H4, do Grupo 2, e o H5, do Grupo 3, apresentaram menor potencial cirúrgico.

A Tabela 19 ainda apresenta a relação entre leitos de cuidados intensivos e salas cirúrgicas. O hospital H4 apresentou a melhor retaguarda de cuidados intensivos para os pacientes que passam por cirurgias, e maior capacidade para os casos mais complexos, com a relação 7,1. Os hospitais H1, H2 e H5 apresentaram perfil similar, enquanto o H3 apresentou a menor relação.

Tabela 19 - Número de salas cirúrgicas e relações entre leitos e sala cirúrgica

Atendimento	H1	H2	H3	H4	H5
Centro Cirúrgico	19	30	13	7	6
Relação do número de leitos de internação/sala cirúrgica	13,1	16,2	17,0	21,1	29,2
Relação do número de leitos de cuidados intensivo/sala cirúrgica	4,4	4,4	2,6	7,1	4,8

A análise apresentada é limitada aos leitos e salas disponíveis; não leva em conta a composição de casos atendidos.

- 3) Indique os procedimentos de alta complexidade realizados/ executados no hospital.

Foi solicitada a cada hospital a indicação dos serviços classificados como de alta complexidade (Tabela 20) oferecidos em 2012 e a previsão de oferta para 2015. Os hospitais H1 e H3 não apresentaram os dados previstos para 2015. Foram repetidos os dados de 2012.

Tabela 20 – Realização de procedimentos de alta complexidade

Procedimento	H1		H2		H3		H4		H5	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Transplante de coração	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Transplante de fígado	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Transplante de medula	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Transplante de pulmão	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Transplante de rim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Transplante de rim/pâncreas	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Outros transplantes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Radioterapia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não
Quimioterapia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Cirurgia cardíaca	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Microneurocirurgia	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Radiologia intervencionista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Reprodução humana	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Medicina nuclear	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
PET	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Outros - Especificar	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

A Tabela 21 apresenta uma consolidação sobre o percentual dos serviços ofertados em 2012, em relação aos 15 consultados.

Em 2012, o hospital H2 adotava 14 dos 15 (93,3%) procedimentos de alta complexidade listados. Não realizava reprodução humana, e não estava prevista a inclusão deste procedimento em 2015. O hospital H1 realizava 13 (86,7%) procedimentos. Não eram realizados procedimentos de transplante de rins e microneurocirurgia. O H3 realizava 13 (86,7%) procedimentos, mas não realizava transplante de pulmão e procedimento de reprodução humana (prevista a inclusão para 2015). O hospital H4 realizava 7 (46,7%) procedimentos. Não realizava transplantes de coração, fígado pulmão, rins pâncreas, outros (exceto de medula), radioterapia (prevista a inclusão para 2015) e de reprodução humana. O hospital H5

realizava apenas 2 (13,3%) procedimentos (microneurocirurgia e radiologia intervencionista), estando prevista a inclusão do procedimento de microcirurgia cardíaca para 2015.

Dessa forma, os hospitais do Grupo 1 (H1, H2 e H3) apresentaram maior densidade em procedimentos de alta complexidade (em número e variedade). O hospital do Grupo 2 (H4) apresentou uma densidade intermediária, e o do Grupo 3 (H5) apresentou menor a densidade de todos.

Tabela 21 – Proporção de procedimentos de alta complexidade

Hospital	Proporção (%) de procedimentos de alta complexidade ofertados em 2012
H1	86,7
H2	93,3
H3	86,7
H4	46,7
H5	13,3

Os hospitais do Grupo 1 apresentaram maior representatividade nos procedimentos de alta complexidade. Conforme já destacado, o hospital H1 apresentou o maior potencial cirúrgico, ainda que o H2 e o H3 tenham apresentado similaridade. Observou-se, no caso de H1 e H2, similaridade na retaguarda de cuidados intensivos para pacientes operados. Porém, observou-se no H3 uma retaguarda ligeiramente inferior. Ainda assim, é possível afirmar que não existiam diferenças substanciais entre os hospitais do Grupo 1.

No caso do hospital H4, do Grupo 2, observou-se uma intermediária amplitude e representatividade dos serviços; uma relação do número de leitos de internação/sala cirúrgica também intermediária, ainda que apresentasse a melhor relação entre número de leitos de cuidados intensivos/sala cirúrgica e capacidade de atendimento aos casos mais complexos.

No caso do hospital H5, do Grupo 3, observou-se a menor representatividade nos serviços de maior complexidade.

4) Qual é o perfil das internações?

Foi solicitada a cada hospital a indicação dos percentuais de internações eletivas e via pronto-socorro (Tabela 22).

O maior percentual de internações eletivas, possivelmente para cirurgias programadas, foi observado no hospital H4, conforme já relatado. Este apresentava a melhor relação entre número de leitos de cuidados intensivos/salas cirúrgicas e capacidade de atendimento aos casos mais complexos.

Os hospitais H1 e H2 apresentaram perfil relativamente similar, com maior entrada por meio de internações eletivas, mas com significativa captação pelo atendimento de urgência. Ambos apresentaram similaridades na relação entre número de leitos de internação/salas cirúrgicas e na relação entre número de leitos de cuidados intensivos/salas cirúrgicas.

O hospital H5 apresentou um equilíbrio entre as internações eletivas e as via pronto-socorro, um modelo de atendimento direcionado principalmente aos pacientes do SUS e de casos de urgência. O hospital H3 apenas indicou a realização de internações eletivas; não foram disponibilizados os percentuais para cada modalidade.

Tabela 22 – Perfil das internações

Internações	H1 (%)	H2 (%)	H3 (%)	H4 (%)	H5 (%)
Eletivas	63	55	Sim	80	50
Via Pronto Socorro	37	45	X	20	50

5) Por favor, solicitamos que classifique os seguintes serviços como próprio ou terceirizado.

Foi solicitado a cada hospital que indicasse por “T” o serviço de apoio terceirizado e por “P” o serviço próprio. Os casos em que a resposta foi indicada por “T/P”, significaram que o hospital adotava uma combinação de serviços próprios e terceirizados (Tabela 23).

Os hospitais H1 e H3 não indicaram a previsão para 2015, sendo repetidos os dados de 2012. A Tabela 24 apresenta a representatividade dos serviços de apoio.

Tabela 23 – Serviços de apoio

Serviço (Próprio – P; Terceirizado – T)	H1		H2		H3		H4		H5	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Lavanderia	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Nutrição	T	T	P	P	P	P	T	T	P	P
Limpeza Técnica	T	T	P	P	P	P	T	T	P	P
Limpeza Predial	T/P	T/P	T	T	T/P	T/P	T	T	T	T
Segurança	T/P	T/P	T	T	T	T	T	T	T	T

Tabela 24 – Representatividade dos serviços de apoio

Categoria	Proporção (%) de Serviços de Apoio Próprios/Terceirizados em cada hospital				
	Próprios	Terceirizados	Próprios/Terceirizados	Próprios	Terceirizados
Próprios	0	40	40	0	40
Terceirizados	60	60	40	100	60
Próprios/Terceirizados	40	0	20	0	0

Todos os hospitais terceirizavam o serviço de lavanderia. O mesmo ocorria com o serviço de segurança, ainda que o hospital H1 adotasse uma combinação de terceirização e serviço próprio. Esses serviços não são interpretados como atividades-fim. A limpeza predial era terceirizada em todos os hospitais, mas nos hospitais H1 e H3 havia uma combinação entre terceirização e próprios.

Os serviços de nutrição e o de limpeza técnica eram terceirizados pelos hospitais H1 e H4, enquanto que nos demais eram próprios. Esses serviços podem ser percebidos como mais diretamente relacionados às atividades-fim dos hospitais.

É importante lembrar que, de acordo com a visão baseada em recursos, se esses serviços forem considerados mais valiosos e específicos, menos substituíveis e imitáveis, menos eles serão terceirizados. Melhores resultados do que os prestados por terceirizados ou, ainda, limitações em custos podem justificar a realização própria. Entretanto, a terceirização de especialistas em atividades que não formam as competências centrais pode melhorar o desempenho organizacional. Dessa maneira, os serviços de lavanderia, limpeza predial e segurança parecem estar nessa categoria

de competências não centrais, enquanto que no caso de nutrição e limpeza técnica não houve uma uniformidade de visão.

6) Por favor, solicitamos que classifique os seguintes serviços como próprio ou terceirizado.

Foi solicitada a cada hospital, a partir de uma lista de 18 serviços assistenciais de alta complexidade, a indicação de terceirizado, “T”, ou próprio, “P”. Os casos em que a resposta foi indicada por “T/P”, significou que o hospital adotava uma combinação de serviços próprios e terceirizados (Tabela 25).

Os hospitais H1 e H3 não apresentaram os dados previstos para 2015, sendo repetidos os dados de 2012.

Em 2012 (Tabela 26), no hospital H1, 72,2% dos serviços assistenciais listados eram próprios; os terceirizados (anatomia patológica, anestesiologia, hemoterapia e laboratório clínico) representavam 22,2%, enquanto que não era ofertado o serviço de equipe médica especialidades, representando 5,6%. No hospital H2, 94,4% dos serviços eram próprios; reprodução humana não era ofertado, representando 5,6%. No hospital H3, 72,2% dos serviços eram próprios, enquanto que 16,6% (anatomia patológica, hemoterapia e laboratório clínico) eram terceirizados; o serviço de anestesiologia representou 5,6%, por meio de uma combinação entre próprio e terceirizado. O serviço de reprodução humana não era oferecido e representou 5,6%. Porém, estava previsto como próprio para 2015. Dessa forma, o total de serviços próprios do H3 passaria a representar 77,7% do total.

Tabela 25 – Serviços assistenciais

Serviço (Próprio – P; Terceirizado – T)	H1		H2		H3		H4		H5	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Anatomia Patológica	T	T	P	P	T	T	T	T	T	T
Anestesiologia	T	T	P	P	T/P	T/P	P	P	T	T
Endoscopia	P	P	P	P	P	P	T	T	T	T
Hemoterapia	T	T	P	P	T	T	T	T	T	T
Laboratório Clínico	T	T	P	P	T	T	T	T	P	P
Onco-hematologia	P	P	P	P	P	P	P	P	-	-
Reprodução Humana	P	P	-	-	-	P	-	-	-	-
Hemodiálise	P	P	P	P	P	P	T	T	T	T
Hemodinâmica	P	P	P	P	P	P	T	T	P	P
Radiologia Convencional	P	P	P	P	P	P	T	T	T	T
Radiologia Intervencionista	P	P	P	P	P	P	T	T	P	P
Ressonância Magnética	P	P	P	P	P	P	T	T	-	-
Medicina Nuclear	P	P	P	P	P	P	T	T	-	-
Tomografia	P	P	P	P	P	P	T	T	T	T
Ultrassonografia	P	P	P	P	P	P	T	T	T	T
Equipe Médica de UTI	P	P	P	P	P	P	P	P	T	T
Equipe Médica de Pronto-Socorro	P	P	P	P	P	P	P	P	T	T
Equipe Médica de Especialidades	-	-	P	P	P	P	P	P	T	T

Observação: dados fornecidos pelos hospitais

Tabela 26 – Representatividade dos serviços assistenciais

Categoria	Proporção (%) de Serviços de Assistenciais Próprios/Terceirizados em cada Hospital				
	Próprios	Terceirizados	Próprios / Terceirizados	Não ofertados	
Próprios	72,2	94,4	72,2	27,8	16,7
Terceirizados	22,2	0	16,6	66,6	61,1
Próprios / Terceirizados	0	0	5,6	0	0
Não ofertados	5,6	5,6	5,6	5,6	22,2

No ano de referência (2012), 66,6% dos serviços listados do H4 eram terceirizados (anatomia patológica, endoscopia, hemoterapia, laboratório clínico, hemodinâmica, radiologia intervencionista, ressonância magnética, medicina nuclear, tomografia, ultrassonografia). Não eram realizados procedimentos de reprodução humana, e os demais eram próprios (anestesiologia, onco-hematologia, equipes

médicas de UTI, Pronto-socorro e de Especialidades). Não era oferecido o serviço de reprodução humana e representou 5,6%.

O hospital H5 indicou, para o mesmo ano, a não realização dos procedimentos de onco-hematologia, reprodução humana, ressonância magnética e medicina nuclear, representando 22,2%. Foram indicados como terceirizados os serviços de anatomia patológica, anestesiologia, endoscopia, hemoterapia, hemodiálise, radiologia convencional, tomografia, ultrassonografia, equipe médica de UTI, equipe médica de pronto-socorro, equipe médica de especialidades, representando 61,1%. Foram indicados como serviços próprios o laboratório clínico, a hemodinâmica, a radiologia intervencionista, representando 16,7%.

Os hospitais do Grupo 1, atuavam com um modelo em que os serviços assistenciais foram, na maioria, classificados como próprios. Ao se considerar a visão baseada em recursos, esses serviços podem ser considerados mais valiosos e específicos, menos substituíveis e imitáveis, daí ser menos terceirizados. Além disso, eles podem ser reconhecidos como competências centrais, optando-se pela própria realização. Melhores resultados do que os prestados por terceirizados, ou ainda limitações em custos também podem justificar a própria realização.

Para o ano de referência, os hospitais do Grupo 2 e do Grupo 3 indicaram como preponderante a terceirização. Possivelmente, com uma diferenciada visão, considerassem que terceiros pudessem desenvolvê-los com melhor qualidade, e/ou menores custos. É importante observar que, se considerados apenas os serviços ofertados, no H4 a representatividade foi de 74%, enquanto que no H5 a representatividade foi de 78%.

- 7) Por favor, informe a representatividade no faturamento do hospital, variando de 1 (para a maior) até 6 (para a menor).

Durante a realização do pré-teste, foi estabelecido que, por ocasião das entrevistas, deveriam ser solicitados apenas dados que indicassem a representatividade das contas e não os valores de cada uma. Dessa forma, foi solicitado a cada hospital que indicasse a representatividade no faturamento hospitalar para os seguintes fatores: diárias; taxas; materiais; medicamentos; SADT;

outros. O mais representativo recebeu o número 1, o menos representativo o número 6. Os hospitais H1 e H5 não indicaram dados para esse ranqueamento (Tabela 27).

Tabela 27 –Representatividade no faturamento

Representatividade no Faturamento	H1		H2		H3		H4		H5	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Diárias	*	*	5	5	4	4	3	3	**	**
Taxas	*	*	2	2	3	3	4	4	**	**
Materiais	*	*	3	3	1	1	1	1	**	**
Medicamentos	*	*	4	4	2	2	2	2	**	**
SADT	*	*	1	1	5	5	6	6	**	**
Outros	*	*	6	6	6	6	5	5	**	**

* Este hospital tem o atendimento direcionado principalmente aos pacientes da Saúde Suplementar (70%) e privados (30%) a representatividade do SUS é nula.

**Este hospital tem o atendimento direcionado principalmente aos pacientes do SUS.

No H2, a ordem apresentada (de mais para menos representativa) foi: SADT; taxas; materiais; medicamentos; diárias; outros. A explicação para tal resultado esteve relacionada à opção estratégica dessa organização em investir na formação de uma rede de medicina diagnóstica, ainda que dentro do grupo hospitalar. Os medicamentos, na quarta posição, e as taxas, na segunda posição, parecem indicar os primeiros passos para que, no futuro, as receitas venham a resultar principalmente das taxas e serviços.

No H3, a ordem apresentada (de mais para menos representativa) foi: materiais; medicamentos; taxas; diárias; SADT; outros. Se considerada a tendência de, no futuro, os hospitais virem a contar com receitas provenientes principalmente dos serviços e taxas, a situação vislumbrada é a de que a organização precisará acelerar as mudanças para ajustes a um novo cenário de mercado projetado para os próximos anos.

No H4, a ordem apresentada (de mais para menos representativa) foi: materiais; medicamentos; diárias; taxas; outros; SADT. Aqui também houve indicação de que a organização precisará acelerar as mudanças para se ajustar a um novo cenário de mercado futuro.

No H5, as receitas do SUS representavam em torno de 90% do total e Convênios/Outros representavam em torno de 10%. Pretendia-se, para o futuro, que as receitas do SUS representassem em torno de 60% e Convênios/Outros representassem em torno de 40%.

Os resultados foram um tanto diferenciados entre os hospitais, ainda que H3 e H4 tivessem apresentado certa similaridade. Cabe acompanhar nos próximos anos prováveis mudanças que possam reduzir a representatividade dos materiais, medicamentos, fazendo crescer a dos serviços. De qualquer maneira, parece não haver nesses hospitais expectativa de que as mudanças ocorram até 2015.

Nos hospitais associados à ANAHP, os insumos hospitalares representaram a principal fonte de receitas (54,0% do total de receitas), seguidos das diárias e receitas (com 27,4%). Os hospitais H3 e H4 estavam um pouco mais próximos desse perfil. Não obstante, o hospital H2 teve como maior fonte o SADT, seguido das taxas.

- 8) Por favor, informe a representatividade no total de gastos do hospital, variando de 1 (a maior) até 8 (a menor).

Durante a realização do pré-teste, foi estabelecido que, por ocasião das entrevistas, deveriam ser solicitados apenas dados que indicassem a representatividade das contas e não os valores de cada uma. Foi solicitado a cada hospital que indicasse a representatividade nos gastos hospitalares para os seguintes fatores: pessoal; materiais; medicamentos; manutenção; treinamentos; gases medicinais; serviços terceirizados assistenciais; serviços terceiros de apoio. O mais representativo recebeu o número 1, o menos representativo o número 8 (Tabela 28).

Tabela 28 – Representatividade nos gastos

Representatividade nos Gastos	H1		H2		H3		H4		H5	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Pessoal	X	X	1	1	1	1	1	3	2	2
Materiais	X	X	2	2	2	2	2	2	4	4
Medicamentos	X	X	3	3	3	3	3	1	5	5
Manutenção	X	X	6	6	5	5	6	6	7	7
Treinamentos	X	X	7	7	6	6	8	8	8	8
Gases Medicinais	X	X	8	8	7	7	7	7	6	6
Serviços Terceirizados Assistenciais	X	X	5	5	8	8	4	4	1	1
Serviços Terceiros de Apoio	X	X	4	4	4	4	5	5	3	3

O hospital H1 não disponibilizou os dados.

Para os dois hospitais do Grupo 1 que responderam a questão, observou-se uma similaridade na representatividade das quatro principais fontes de gastos: pessoal, materiais, medicamentos e serviços de apoio. Para os serviços assistenciais terceirizados, observou-se no H2 a quinta posição, ainda que atuasse basicamente com serviços próprios; no H3, foi indicada a oitava posição, mas este atuava principalmente com serviços próprios. Uma melhor compreensão seria alcançada por meio de dados sobre os valores dessas contas e a quantidade de serviços contratados, para comparação entre políticas de remuneração adotadas por cada organização.

No hospital H4 foi indicada a seguinte ordem: pessoal; materiais; medicamentos; serviços terceirizados assistenciais; serviços terceiros de apoio; manutenção; gases medicinais; gases medicinais. Para 2015, estava prevista maior representatividade nos medicamentos, enquanto que a queda nas despesas com pessoal para a terceira posição, o que pode indicar uma possível mudança nas estratégias de compras desse hospital. Isso parece contrário à tendência de as empresas operadoras de seguros e planos de saúde assumir mais responsabilidades na aquisição de medicamentos e materiais. A quarta posição observada para os serviços assistenciais terceirizados está coerente com a menor representatividade dos serviços próprios.

No hospital H5, foi indicada a seguinte ordem: serviços terceirizados assistenciais; pessoal; serviços terceiros de apoio; materiais; medicamentos; gases medicinais; manutenção; treinamentos.

É possível observar que não houve grandes diferenças entre os hospitais H2 e H3.

No hospital H4 foi um pouco maior a representatividade das despesas com serviços terceirizados. Em H5, a representatividade para os serviços terceirizados foi bem mais significativa do que nos demais, pois este atuava com apenas 13,3% de próprios.

Cabe lembrar que, nos hospitais associados à ANAHP, as despesas com pessoal foram as mais representativas (42,1% do total), bem como os insumos hospitalares (25,2% do total). Consideradas as somas dos dois itens, os hospitais H2, H3 e H4 apresentaram um comportamento similar.

9) O corpo clínico é aberto ou fechado?

Todos os hospitais adotavam o modelo de corpo clínico aberto (Tabela 29).

Os médicos têm grande importância nas indicações e orientações aos usuários nas escolhas de atendimento, ao mesmo tempo, eles podem atuar em mais de uma organização do setor, e mudar para outra com relativa facilidade. Além disso, é importante o desenvolvimento de modelos de relacionamento, especialmente com esses profissionais, para maior adesão ao hospital e às suas políticas.

Tabela 29 – Corpo clínico

Corpo Clínico	H1	H2	H3	H4	H5
Aberto	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Fechado	Não	Não	Não	Não	Não

10) Como tem sido o relacionamento com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde?

A questão procurou indicações sobre o relacionamento entre os hospitais e as operadoras (Tabela 30). O hospital H1 não disponibilizou os dados.

De modo geral, os hospitais tinham contratos formais com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde.

Tabela 30– Empresas operadoras de seguros e planos de saúde

Relacionamento com Operadoras	H1	H2	H3	H4	H5
Contrato formal (Sim; Não)	X	Sim (grandes operadoras)	Sim	Sim	Sim
Glosa pós-faturamento (Crescido; Estável; Decrescido)	X	Decrescido	X	Estável	Decrescido
Tempo médio de pagamento pós-fatura	X	45 dias	X	30 dias	60 dias
Atraso em pagamento	X	X	X	1 dia	X

O hospital H3 não apresentou dados sobre glosas, tempo médio de pagamento e atrasos em pagamentos. Os hospitais H2 e H5 não informaram sobre atrasos em pagamentos. Os hospitais H2, H3, H4 e H5 tinham contratos formais com operadoras. O tempo médio de pagamento pós-fatura era de 45 dias. Apenas o hospital H4 indicou um dia de atraso em pagamento.

11) Últimos três relatórios contábeis (Balanços Patrimoniais: Demonstrações do Resultado do Exercício).

Em função de diferentes políticas adotadas em cada hospital, não foram recebidos relatórios que permitissem análise e comparação entre todos os hospitais (Tabela 31). Foi apresentada uma comparação de crescimento das receitas entre 2008 e 2011 para os hospitais H1, H2 e H3. Também foram utilizados dados da ANAHP (2012, 2011, 2010, 2009). No caso do hospital H4, o único dado disponível foi a receita bruta anual de 2011, a partir do relatório *Hospitais Privados, Valor Análise Setorial - Valor Econômico* (Valor Econômico, 2012). Os dados das receitas brutas anuais do hospital H5 foram obtidos a partir de relatórios contábeis fornecidos pela instituição.

Os dados evidenciaram maiores receitas para o hospital H2; os demais ficaram na seguinte sequência decrescente: H1, H3, H4 e H5.

Os hospitais H1 e H2 têm apresentado os maiores crescimentos relativos, seguidos pelo H4, H5 e por último o H3.

Tabela 31– Receitas Brutas

Ano	Receita Bruta Anual (milhões de R\$ 1000) – Hospital				
	H1	H2	H3	H4	H5
2012	1085,3	1625,6	447,2	Não disponível	69,7
2011	865,4	1380,3	421,6	180,0	62,6
2010	760,4	1093,8	417,9	156,0	55,0
2009	660,8	967,8	384,4	131,0	48,2
2008	514,7	868,6	342,9	115,0	45,1

Fonte: Associação Nacional dos Hospitais Privados, 2012.

A seguir, são apresentados os resultados das receitas brutas anuais divididas pelo número de leitos instalados em cada hospital, em 2012. No caso de H4, foram consideradas as receitas de 2011.

Tabela 32 – Receita Bruta por Leitos

Relação por leitos	Receita Bruta Anual (milhões de R\$ 1000)/Leitos – Hospital				
	H1	H2	H3	H4	H5
Instalados	2,88	2,57	1,76	0,91	0,34
Operacionais	3,31	2,64	1,76	0,91	0,20

De acordo com os números apresentados na Tabela 32, os hospitais H1 e H2 do Grupo 1, atuavam com resultados próximos, e acima dos demais. Observa-se uma proximidade entre os dois ao se comparar os resultados em relação aos leitos instalados. Entretanto, o hospital H2 indicou menor ocupação dos leitos do que H1. Dessa forma, nas receitas por leitos operacionais apresentou resultado superior.

Outro do mesmo grupo, H3, apresentou um posicionamento como alternativa, sendo ele preços mais baixos do que os praticados pelos outros dois citados.

O hospital H4, do Grupo 2, tinha perfil de alta tecnologia, mas com menor densidade quando comparado aos do Grupo 1. Além disso, seus usuários tinham menor renda, com seguros e planos de saúde com menor cobertura do que os usuários do Grupo 1, e praticando preços menores.

O hospital H5, do Grupo 3, atendia principalmente aos usuários do SUS. Os serviços eram remunerados pelas tabelas deste sistema, em patamares muito inferiores aos praticados pelas operadoras e por usuários privados, o que explica resultados bem inferiores aos dos outros quatro hospitais.

É importante destacar que as receitas de cada hospital dependiam do número de leitos, da clientela atendida (privada ou SUS), dos serviços disponíveis e da densidade tecnológica. Os hospitais H1, H2 e H3, do Grupo 1, apresentaram maior densidade em serviços de alta tecnologia do que os demais, o que corrobora a possibilidade de conseguir mais elevadas receitas por leitos.

6.2 Questionário II

Este questionário foi utilizado nas entrevistas para levantamento de dados sobre estratégias de mercado adotadas nos hospitais pesquisados.

1) Atuação do hospital nos serviços da cadeia de valor da saúde.

Historicamente, os hospitais atuam principalmente com serviços de diagnóstico e tratamento, além de reabilitação. Em virtude de mudanças demográficas, perfil epidemiológico da população, carga de doenças e aumento de custos relacionados à saúde, tem crescido o interesse em que os hospitais incrementem sua atuação em outros serviços na cadeia de valor da saúde, na sequência promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas.

Neste estudo, já foi apresentada observação de Braga Neto et al. (2012) sobre a importância da desconcentração das ações na assistência hospitalar, e aumento de ações em promoção, prevenção e tratamentos ambulatoriais necessários.

Essa mudança poderá ocorrer de maneira lenta, e envolve um novo conceito, pois não considera simplesmente as doenças, mas o aprimoramento de sistemas voltados para os cuidados de saúde. Nas entrevistas desenvolvidas, foram observadas tendências de mudança, em estado mais avançado no hospital H3.

O entrevistado E1.1, classificado como clínico, comentou sobre a atuação do hospital principalmente em diagnósticos e tratamentos, e a pequena atuação do hospital nos serviços de promoção de saúde, prevenção de doenças, monitoramento e gestão de doenças crônicas; neste caso, até para permitir a redução do tempo de permanência no hospital:

No quesito promoção da saúde e prevenção de doenças, o hospital, vamos dizer, não é o foco principal do hospital.[...] Em termos de diagnóstico, o hospital é completo, não há exame existente hoje que a gente não faça.[...] Monitoramento e gestão de doenças crônicas, nós temos um grupo. Inclusive, eu faço parte desse grupo.

O entrevistado E1.2, classificado como administrativo, seguiu na mesma linha de reflexão e destacou, na atuação do hospital H1, principalmente diagnósticos

e tratamentos, ainda que também fossem oferecidos serviços de promoção de saúde e prevenção de doenças:

O hospital é eminentemente voltado para a área de diagnóstico e tratamento. A questão da promoção e da prevenção, nós temos uma área, mas é relativamente pequena.[...] 99% do hospital, é na área de diagnóstico e tratamento.

O entrevistado E1.3, classificado como clínico, destacou a atuação terapêutica e a tecnologia relacionada:

Bom, este é um hospital quaternário, de alta complexidade. Então, obviamente, as mais importantes são as questões das intervenções terapêuticas. Então, a gente tem a estrutura completa pra isso, desde a parte cirúrgica; a parte clínica, com todas as sofisticações tecnológicas do ponto de vista de unidades críticas, semicríticas e a parte de reabilitação.

Houve um consenso entre os três entrevistados do hospital H1 de que os serviços oferecidos eram concentrados principalmente em diagnósticos e tratamentos, com pequena representatividade para os demais. No entanto, observou-se que vinham sendo desenvolvidas iniciativas nos demais serviços, as quais, no futuro, poderão vir a ter maior representatividade nas atividades do hospital.

No hospital H2, o entrevistado E2.2, classificado como administrativo, comentou sobre a grande representatividade dos diagnósticos e tratamentos:

Diagnóstico é uma das duas atividades mais importantes da organização; imagem e laboratório são as principais, e outros exames, representam em torno de 40% das receitas da sociedade [...] os outros (em torno de) 60% das receitas, vêm de tratamentos, sendo 52 especialidades, dentre as quais cirúrgico, clínicos, com maior representatividade para os cirúrgicos.

Em contrapartida, o entrevistado E2.3, classificado como clínico, destacou a amplitude de atuação do hospital, ainda que não tivesse indicado a representatividade de cada serviço:

O hospital passou a ser um sistema de saúde. Atuamos nas mais diversas áreas, tanto na área privada quanto na pública. Temos programa de promoção, prevenção, serviços de check-up, programas de diagnósticos, tratamentos reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas.

O entrevistado E2.4, classificado como administrativo, também apontou a maior representatividade dos serviços de diagnóstico e tratamentos:

Diagnóstico, provavelmente a área que mais cresce no hospital.[...] Tratamentos, é um hospital geral, quase que em todas as especialidades e, se for considerar em doenças crônicas, particularmente acompanhamento de transplantes, de diabetes, cardíacos.

O hospital H2 atuava principalmente em tratamentos e diagnósticos, com grande crescimento nesta última área. Por outro lado, existia a tendência de ampliação das atividades, caminhando para o que o entrevistado E2.3 chamou de um sistema de saúde, englobando toda a sequência a partir da promoção.

O hospital H3 evidenciou um perfil diferenciado, com atuação em diagnósticos e tratamentos, mas com crescente representatividade nos demais serviços. Nas entrevistas realizadas foram apresentados esclarecimentos de que o hospital tinha como parte do seu Planejamento Estratégico ampla atuação nos serviços da cadeia de valor da saúde: promoção, prevenção, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas.

O entrevistado E3.1, classificado com administrativo, observou a amplitude de atuação: “Todos da cadeia de valor, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamentos, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas”.

O entrevistado E3.2, classificado como administrativo, destacou as decisões estratégicas adotadas no hospital em relação à atuação nos diversos serviços, levando-se em conta as mudanças no perfil epidemiológico:

No planejamento estratégico no ano de 2007, nós percebemos que o hospital era muito voltado para diagnóstico e tratamento.[...] Percebemos, para que o hospital continuasse competitivo, talvez uma ampliação na cadeia da saúde, seria importante avaliar no planejamento estratégico. [...] Ampliamos a cadeia da saúde para prevenção e promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e segmento, que nós chamamos do pós-alta. Então, lá em 2007, definimos que a cadeia da saúde seria mais ampla, e definimos por meio de estudos de cenário externos, da evolução das doenças no Brasil e no mundo, da evolução das doenças na área e na região onde nós estamos localizados; e entendemos que, além de fazer essa segmentação ou essa atuação na cadeia mais completa da saúde, nós deveríamos escolher áreas-foco ou áreas de especialidade.

O entrevistado E3.3, classificado como administrativo, reforçou a importância das decisões estratégicas em relação à ampla atuação na cadeia de valor da saúde:

A partir desse novo planejamento estratégico, ele passou a atuar na promoção da saúde. Então, a partir dali, começamos a atuar preventivamente, cuidando da saúde e não só da doença, como muitos hospitais fazem hoje.

O entrevistado E 3.4, classificado como administrativo, foi alinhado aos demais:

Vamos tirar um pouco do foco na doença, vamos falar um pouco mais de saúde, a respeito de hábitos saudáveis, alimentação saudável, prática de exercício físico e, simultaneamente, vamos trabalhar a questão da prevenção de doenças, aqui falando essencialmente de câncer e das doenças crônicas não degenerativas.[...] Esse modelo está consolidado hoje. Então, que a gente possa oferecer isso como um produto para o mercado.[...] Quando você faz um programa de promoção à saúde e prevenção de doenças, a próxima etapa é como se fosse algo natural, é justamente o gerenciamento da doença crônica.

Dessa forma, observou-se que a maior amplitude de atuação do hospital envolve uma decisão estratégica de serem considerados os cuidados com a saúde e não apenas as doenças.

No hospital H4, o entrevistado E4.1, classificado como administrativo, afirmou que a atuação se desenvolvia principalmente em diagnósticos e tratamentos: “Promoção de saúde e prevenção de doença, a gente trata mais ou menos como uma coisa complementar.[...] Quanto a diagnósticos, nós trabalhamos com toda a área de diagnóstico e tratamento de pacientes”.

Por sua vez, o entrevistado E4.2, classificado como clínico, destacou as iniciativas que o hospital vinha adotando em promoção, prevenção, monitoramento de doenças crônicas:

Em relação à promoção de saúde e prevenção, a gente faz alguns trabalhos muito legais aqui no hospital... algumas campanhas comunitárias. Por exemplo, agora a gente está no outubro rosa e a gente faz um trabalho belíssimo de prevenção de câncer... Desenvolvemos um trabalho de sustentabilidade também, muito legal.[...] A gente dispõe dos mais modernos equipamentos e o que tem do mais atual na medicina...monitoramento e gestão de doenças crônicas. Trabalhamos com muita gente de longa permanência; temos até uma UTI de longa permanência.

O entrevistado E4.3, classificado como clínico, também afirmou que a atuação do hospital ocorre principalmente em diagnóstico e tratamento, mas observou sobre a tendência de o hospital ampliar o escopo de atuação nos serviços da cadeia de valor da saúde:

O nosso hospital tem muito mais um foco em diagnóstico e tratamento do que prevenção. É uma linha que nós queremos caminhar para isso.[...] Doença crônica não é uma coisa que nós fazemos sistematicamente. Prevenção também não é uma coisa que nós fazemos

sistematicamente. Está no nosso plano estratégico, faz parte de uma linha que a gente acha importante como instituição.

Conclui-se que, no hospital H4, o foco principal de atuação envolvia diagnósticos e tratamentos, mas a atuação poderá ser ampliada nos demais serviços.

O hospital H5 foi autoclassificado como de média complexidade, com atuação na prestação de serviços principalmente com os pacientes do SUS, em serviços de diagnóstico e tratamentos. Os demais serviços eram oferecidos por outras unidades de saúde do SUS.

O entrevistado E5.1, classificado como administrativo, observou:

O hospital é um prestador de serviços, 90% das suas atividades são para o Sistema Único de Saúde. É um hospital de média complexidade.[...] Tem atendimento ambulatorial, e esse atendimento ambulatorial implica em detecção da doença, confirmação da doença e promoção do tratamento dentro daquilo que ela está autorizada no que concerne a média complexidade. Existem alguns tópicos de alta complexidade, como em neurocirurgia, cirurgia vascular e ortopedia. Com relação à prevenção de doenças, nós não temos programas preventivos. Nós seguimos os programas preventivos patrocinados pela Secretaria de Estado da Saúde, mas principalmente pela Secretaria Municipal de Saúde, que é a nossa gestora. Com relação a diagnósticos, nós, dentro da média complexidade, temos equipamentos para tudo.

O entrevistado E5.2, classificado como clínico, comentou sobre a complementaridade com unidades públicas do SUS:

Prevenção de doenças está começando a melhorar com as campanhas de vacinação, de uma maneira global, que é feita na população e é amplamente divulgada. Algumas outras doenças estão tendo um atendimento melhor nas UBSs e nos AMEs, que são os tratamentos por especialistas.

O entrevistado E5.3, classificado como administrativo, ratificou que a atuação era focada em diagnósticos e tratamentos: “Promoção, não fazemos. Prevenção também não. Isso é o setor público que faz. Diagnóstico e tratamentos, e monitoramento de gestão de doenças crônicas, em parte”.

Conclui-se que o hospital H5 tinha como foco a atuação em diagnósticos e tratamentos, e que as demais atividades eram desenvolvidas principalmente por meio de outros prestadores de serviços do SUS.

O Quadro 16 permite uma visualização global sobre a atuação nos serviços da cadeia de valor da saúde.

Quadro 16 – Atuação nos serviços da cadeia de valor da saúde

Serviços na cadeia de valor da saúde	Representatividade do serviço no hospital: Maior (++) ; Menor (+)				
	H1	H2	H3	H4	H5
Promoção	+	+	++	+	+
Prevenção	+	+	++	+	+
Diagnósticos	++	++	++	++	++
Tratamentos	++	++	++	++	++
Reabilitação	++	++	++	++	++
Monitoramento e gestão de doenças crônicas	+	+	++	+	+

Naquele momento, H1, H2, H4 e H5 atuavam prioritariamente em diagnósticos e tratamentos, mas há tendência de expansão nessa atuação. O hospital H3 já apresentava uma atuação mais ampla em promoção, prevenção, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas. Inclusive, fazia parte do seu Planejamento Estratégico.

A atuação mais ampla na cadeia de valor da saúde representa uma oportunidade para as organizações do setor, mas é importante considerar que, antes de tudo, pode representar uma melhor e mais completa assistência aos usuários. Na verdade, em um modelo mais voltado para os cuidados com a saúde, e não apenas de doenças, pode-se, ao longo do tempo, alcançar maior conhecimento sobre o usuário, e construir maior intimidade no relacionamento, chegando-se a até maior responsabilização para cada um com os cuidados pessoais.

2) Percepções sobre os fatores que levam pacientes a escolher o hospital.

O desenvolvimento de estratégias de mercado em hospitais passa pelo conhecimento dos fatores que levam pacientes a optar por uma organização e não por outras.

Os entrevistados foram questionados sobre suas percepções – a partir de uma lista de dezessete fatores –, de o que leva os usuários a escolher o seu hospital.

Foi solicitado aos entrevistados que apresentassem um ranqueamento do fator percebido como o mais importante, até o menos importante. Foram observadas algumas dificuldades para o estabelecimento dessa ordem. Alguns preferiram separar

em três grupos: os considerados mais importantes, os considerados intermediários e os considerados menos importantes.

Nos casos em que os entrevistados apresentaram a classificação do primeiro ao décimo sétimo, adotou-se como critério – para padronizar com os demais participantes e facilidade de análise –, classificar do primeiro ao sexto como os fatores mais importantes, do sétimo ao décimo segundo como os intermediários e a partir do décimo terceiro os menos importantes. Essa classificação contribuiu para a maior uniformidade dos critérios de avaliação.

Foram constatadas algumas divergências entre os entrevistados de cada hospital, o que pôde ser observado nos comentários. No entanto, adotou-se a avaliação média para cada fator, ou a visão preponderante (no caso de classificação critérios de importância).

O Quadro 17 apresenta a consolidação da classificação em cada hospital. Os seis fatores indicados como os mais importantes estão com a anotação “Sim”, os demais receberam a anotação “Não”.

No conjunto dos hospitais, os fatores mais destacados foram: recomendações de médicos (em todos); credenciamento pelas seguradoras; marca; recomendações de familiares e amigos; atendimento pela equipe de enfermagem, recomendações de médicos (em todos); credenciamento pelas seguradoras; marca; recomendações de familiares e amigos; atendimento pela equipe de enfermagem. Como comparação (já apontado neste estudo), Abraham et al. (2011) concluíram que, nos Estados Unidos, os fatores mais importantes na escolha do prestador de serviços de saúde são: reputação da organização; reputação do médico; médicos na rede seguradora; disponibilidade para consulta; referências de médicos.

Os médicos representam a mais importante fonte de indicação aos usuários, mas é possível que muitos usuários ainda estejam em um estágio tão básico como consumidores, esperando ao menos ter atendida a sua necessidade de serviço de saúde. O boca a boca é importante, mas possivelmente relacionado ao atendimento prestado e desfecho, além do acolhimento prestado pelos recursos humanos do hospital.

Quadro 17 – Fatores percebidos como os mais importantes na escolha de cada hospital

Fatores	Hospital				
	H1	H2	H3	H4	H5
Recomendações de médicos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Credenciamento pelas seguradoras	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Marca	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Recomendações de familiares e amigos	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Atendimento pela equipe de enfermagem	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Histórico de informações sobre o hospital	Não	Sim	Não	Sim	Não
Tecnologia do hospital	Sim	Não	Sim	Não	Não
Amplitude de especialidades médicas	Sim	Sim	Não	Não	Não
Histórico de informações sobre os médicos	Sim	Não	Sim	Não	Não
Disponibilidade para o atendimento	Não	Não	Não	Sim	Sim
Localização	Não	Não	Não	Sim	Sim
Atendimento pelo pessoal de apoio	Não	Não	Não	Não	Sim
Atendimento pelo SUS	Não	Não	Não	Não	Sim
Acreditação hospitalar	Não	Não	Não	Não	Não
Porte	Não	Não	Não	Não	Não
Preços	Não	Não	Não	Não	Não
Informações no <i>website</i>	Não	Não	Não	Não	Não

A percepção foi de que os usuários ainda não têm um bom conhecimento sobre o que cada tecnologia pode representar, disso decorrendo a importância do aprimoramento de meios de relacionamento, educação sobre o que eles podem proporcionar de valor para que ocorra maior engajamento por parte dos usuários.

Aparentemente, os usuários ainda não têm informações suficientes sobre a importância da Acreditação Hospitalar, situação que poderá mudar no futuro.

O porte não foi destacado majoritariamente em nenhum hospital.

Ainda que a literatura aponte as atuais gerações como mais resilientes em busca de informação, as consultas a *websites* não foram destacadas pelos hospitais. Fica a dúvida se a percepção de baixa prioridade é correta, ou se esse meio de relacionamento ainda não tem sido adequadamente explorado.

Nos hospitais dos Grupos 1, observou-se que os fatores mais destacados foram: recomendação de médicos (em todos); credenciamento pelas seguradoras; marca; recomendação de familiares e amigos; atendimento pela equipe de

enfermagem; histórico de informações sobre o hospital; tecnologia do hospital; amplitude de especialidades médicas; histórico de informações sobre os médicos.

No hospital H2, o fator credenciamento pelas seguradoras foi observado como necessário por um entrevistado, mas os outros dois participantes não tiveram a mesma percepção. Desse modo, ele não foi incluído entre os mais importantes.

No hospital do Grupo 2 (H4) foram destacados os fatores: recomendações de médicos (em todos); credenciamento pelas seguradoras; recomendação de familiares e amigos; histórico de informações sobre o hospital; disponibilidade para o atendimento; localização. O hospital parecia ter um escopo de atuação mais regionalizado, disso decorrendo a importância da localização. A marca deste hospital parecia ainda não ser um fator com grande destaque no mercado, o que pode explicar a maior importância dada ao atendimento pelo pessoal de apoio, para uma diferenciação do hospital.

No hospital do Grupo 3 (H5) foram destacados os fatores: recomendação de médicos (em todos); atendimento pela equipe de enfermagem; disponibilidade para o atendimento; localização; atendimento pelo pessoal de apoio; atendimento por meio do SUS. O hospital H5 foi o único a destacar a importância do SUS, pois representava o seu principal foco de atuação. O atendimento prestado pelo pessoal foi destacado, o que pode ser explicado pelo perfil da clientela majoritariamente atendida, por meio do SUS, possivelmente não muito bem informada e com necessidade de um apoio diferenciado.

Neste estudo, já foi abordado que Bhangale (2011) concluiu que, na Índia, um país em desenvolvimento, os fatores mais importantes são: multiespecialidade; escolhas de médicos; boca a boca; tempo de espera; serviços; custo do tratamento; pessoal de apoio; histórico do hospital; localização. O credenciamento pelas seguradoras deverá alcançar maior importância ao longo do tempo.

É importante que os hospitais ampliem meios para mais bem conhecer seus usuários, pacientes, familiares, acompanhantes, além das organizações que atuam na Saúde Suplementar e no SUS (para os hospitais que atendem com pacientes deste sistema). A seguir são apresentados alguns comentários dos entrevistados.

O entrevistado E1.2 (administrativo) defendeu a importância do relacionamento com o corpo clínico:

Eu acho que a característica mais importante do hospital H1 é a relação que mantém com o seu corpo clínico. O corpo clínico do hospital é o principal parceiro na construção da atividade assistencial. Então, esse é um diferencial que eu acredito muito importante. E o ponto mais destacado de todos esses que estão aqui é a composição do corpo clínico e a forma do relacionamento do hospital com o corpo clínico.

O entrevistado E1.3 (clínico) destacou a importância dos médicos:

A gente tem uma certeza. O paciente vem primeiramente ao H1, diferentemente de outros hospitais, pelo médico. E a gente reforça isso. Então é o médico que é muito referenciado, muito bem formado, muito competente e que historicamente foi se agrupando neste hospital. Então, tem uma força muito grande nisso.

No hospital H2, a uniformidade de percepções entre os entrevistados foi um pouco menor do que a observada no Hospital H1. O entrevistado E2.2 (administrativo) esclareceu sobre o conjunto de fatores que acreditava definir a escolha pelo paciente, com destaque para a reputação, relacionada à marca, a importância da qualidade da assistência, as recomendações de amigos e familiares:

É o principal ativo no sentido de atrair os pacientes. O que move as pessoas. Tem o segundo, é uma condição necessária o credenciamento pelas seguradoras, no sentido de que os pacientes tenham acesso ao hospital. Além disso, dizem que o médico traz o paciente para o hospital, mas o que faz retornar é a qualidade da assistência. Assim, o terceiro elemento é formado pela equipe de enfermagem e multidisciplinar. O quarto elemento, a recomendação de amigos e familiares, no sentido de pessoas que passaram por uma experiência positiva e referenciam o hospital onde a pessoa poderá ter as suas necessidades adequadamente atendidas. Esse grupo é o que realmente define.

O entrevistado E2.3 (clínico) comentou sua percepção sobre o que todos os pacientes desejam: “Os pacientes querem o mesmo, o melhor hospital, o melhor médico, fazer o diagnóstico o mais rápido possível, ficar bom o mais rápido possível e não pagar nada. Todos querem a mesma coisa”.

No hospital H3, a uniformidade de percepção entre os entrevistados também foi um pouco menor do que a observada no Hospital H1. O entrevistado E3.1 (administrativo) comentou que as recomendações dos médicos representavam o fator

mais importante, mas destacou a importância do credenciamento pelas seguradoras e da marca:

Eu acho que o credenciamento pelas seguradoras também é importante no mercado.[...] Marca é importante, pois, às vezes, o médico indica um outro hospital, mas o sujeito diz que prefere o nosso hospital porque conhece”.

O atendimento pela equipe de enfermagem foi destacado pelo entrevistado E3.3 (administrativo) como um significativo diferencial do hospital:

O atendimento é reconhecido há muitos anos como um dos melhores de São Paulo e do país, e isso dá uma segurança muito grande para que os médicos queiram trazer os seus pacientes para cá; porque eles sabem que um pós-tratamento é muito importante para a recuperação do paciente.

Quanto à acreditação hospitalar, o entrevistado E3.4 (administrativo) comentou sobre a falta de conhecimento por parte dos pacientes, familiares e acompanhantes: “As pessoas não conhecem a acreditação, definitivamente não conhecem”.

No hospital H4 ocorreu uma boa uniformidade entre os entrevistados. O entrevistado E4.1 (administrativo) comentou que a acreditação hospitalar não tem uma grande importância, mas há uma tendência de mudança:

Acho que, no futuro, será muito importante. Hoje, o hospital H4, inclusive, tem a tríplice coroa. Nós temos ONA nível 3, temos Acreditação Canadense e fomos acreditados agora no mês de agosto pela Joint Commission.

O entrevistado E4.2 (clínico) comentou sobre o que a população consegue perceber com mais facilidade em um hospital: “A população vê tecnologia, porte, tamanho, médico, acessibilidade e atendimento, quando prestado de uma forma imediata”.

No hospital H4, a localização foi percebida pelos entrevistados como um fator de grande importância, inclusive o entrevistado E4.3 (clínico) esclareceu sobre a importância do conhecimento da região: “Mapeamos a região e a quantidade de gente que nos procura”.

No hospital H5, ocorreu uma boa uniformidade entre os entrevistados. O entrevistado E5.1 (administrativo) destacou a importância do atendimento pelo SUS: “É o mais importante”.

Essa importância foi ratificada pelo entrevistado E5.2 (administrativo), o qual, no entanto, comentou sobre o atendimento pela Saúde Suplementar: “Nós temos alguns convênios e eles são direcionados para cá, na parte de pronto atendimento”.

Já o entrevistado E5.3 (clínico) esclareceu que têm sido adotadas ações para melhor conhecimento a respeito da satisfação dos pacientes com o atendimento:

Nós temos uma pesquisa interna, especialmente em relação a isso: fatores que levam pacientes, familiares, acompanhantes.[...] Nós temos uma aprovação de 99 %. Então, essa pesquisa a gente leva muito a sério. São pacientes internados. No dia da alta, eles recebem um questionário estipulado. Temos um retorno desse questionário. De 1.100, 1.200 internações, nós temos o retorno de uns 60%, e ele é tabulado, e esses resultados vão para uma reunião mensal que a gente analisa. Quem não recomenda, nós vamos atrás pra saber por que não recomendou.

3) Influência da macroforça no desenvolvimento das estratégias e resultados de desempenho do hospital.

Para a compreensão de influências de macroforças externas, os entrevistados foram questionados sobre sua influência (Muito Alta - 5, Alta - 4; Média -3; Baixa - 2; Muito Baixa - 1) no desenvolvimento das estratégias e nos resultados de desempenho do hospital. Foram observadas diferenças nas percepções entre os entrevistados de cada hospital (Quadro 18), mas em cada organização considerou-se a resposta mais representativa.

Quadro 18 – Influência da macroforça

Influência das macroforças no desenvolvimento de estratégias e resultados do hospital	H1	H2	H3	H4	H5
Economia	5	4	4	4	5
Política	3	3	4	2	3
Legislação	3	3	5	4	4
Demografia	4	3	4	4	4
Tecnologia	5	4	5	4	3
Sociedade	4	4	5	3	2
Cultura	3	4	5	3	3
Meio Ambiente	3	3	4	3	3

Todos os fatores devem ser considerados no desenvolvimento de estratégias. No conjunto dos cinco hospitais, seguiram a seguinte ordem: economia, tecnologia, demografia, legislação, sociedade, cultura, meio ambiente e política. É importante destacar que os dados epidemiológicos complementam as avaliações que devem ser realizadas pelos hospitais.

Nos hospitais do Grupo 1, observou-se o maior destaque para as influências da tecnologia, economia, sociedade, cultura, demografia, legislação, meio ambiente e política. Ainda assim, deve-se destacar que o hospital H2 alcançou bons resultados de crescimento, mesmo em períodos de baixa da economia.

No hospital H4, do Grupo 2, foram destacadas as influências da economia, demografia, tecnologia e legislação. Na sequência, ficaram a sociedade, cultura, meio ambiente e a política.

No hospital H5, do Grupo 3, foram destacadas as influências da economia, demografia e legislação. Na sequência, ficaram a tecnologia, política, cultura, meio ambiente e a sociedade.

É importante que os hospitais contem com equipe, políticas e recursos tecnológicos para um contínuo monitoramento de mutações no seu ambiente de atuação. As mudanças na economia, tecnologia, demografia, legislação, sociedade, cultura, meio ambiente e política, além das mudanças epidemiológicas podem representar oportunidades e ameaças para as organizações.

O crescimento econômico pode apresentar importantes oportunidades de crescimento, mas isso não significa que não possam ser detectadas possibilidades de negócios durante os períodos menos dinâmicos.

A sociedade tem adquirido novos hábitos e estilos de vida, e, em conjunto com a demografia e a cultura, influenciam o perfil epidemiológico e as demandas em saúde.

A legislação é um importante influenciador, mas há hospitais que já adotam rigorosos padrões de assistência, até com padrões mais rigorosos do que os já estabelecidos pelas regulações.

A política é um fator considerável, mas não corrobora suficientemente propostas e ações para um eficaz funcionamento do sistema de saúde, e para que a

universalidade, integralidade e a igualdade representem uma realidade para toda a população ao longo de toda sua vida.

A tecnologia influencia o modo de vida das pessoas e como ocorrem as interações com as organizações; ainda, oferece oportunidades nas soluções em saúde. Normalmente, os investimentos para atualização são significativos e criam grandes impactos nos orçamentos hospitalares.

A tecnologia tem grande importância nas estratégias competitivas dos hospitais, e deve estar alinhada às estratégias de *marketing* e ao modelo assistencial. A tecnologia não é relacionada apenas aos equipamentos e medicamentos; ela também envolve a qualificação dos recursos humanos, as atividades de pesquisa e desenvolvimento, e ainda, a compreensão, absorção e rápido uso dos produtos e serviços ou agregados tecnológicos gerados por terceiros; o atendimento humanizado; serviços diversos prestados, e a qualidade (nos processos e desfechos de atendimentos).

Esses são apenas alguns exemplos de fatores que podem influenciar as estratégias hospitalares.

A seguir, são destacados alguns comentários dos entrevistados. No hospital H1, E1.2 (administrativo) observou que a influência da política é baixa, mas esclareceu que poderia existir uma influência positiva, especialmente para contribuir para maior integração entre os sistemas público e privado:

A política, para conseguir trazer alguma alteração nesse contexto, tem que enfrentar tantas transformações, que eu tenho certeza que, nos próximos cinco anos, essas transformação não se darão. Qualquer ideia que você possa ter em integração entre o setor público e o setor privado, algum modelo semelhante, por exemplo, ao modelo chileno, que leve a uma maior integração, que, no meu juízo é indispensável, no curto prazo é indispensável, porque hoje há sobreposição.

O entrevistado E1.3 (clínico) destacou a importância da economia:

Acho que tem uma coisa importante, que, do ponto de vista da economia, eu fico na dúvida: se é alta ou muito alta. Porque, de fato, é concreto demais que a melhoria da economia neste país alavancou. Não só este hospital, foi o negócio da saúde como um todo.

No hospital H2, ao contrário dos demais entrevistados (em todos os hospitais), o entrevistado E2.2 (administrativo) considerou que a influência da

economia é baixa. Destacou, inclusive, maior crescimento da organização em períodos de menor crescimento econômico:

Economia baixa influencia, quando comparamos os indicadores de crescimento do hospital ao PIB. Observamos uma relação inversa. Os períodos de menor crescimento da economia correspondem aos períodos de maior crescimento para o hospital. Não sei ao certo, se com maiores movimentações nos quadros de pessoal, as pessoas estão mais estressadas, ou se perdem o emprego, mas, durante um tempo, ainda têm o plano de saúde, e resolvem aproveitar esses períodos para os tratamentos.

Deve-se destacar que o hospital H2 vinha registrando crescimento das receitas a cada ano.

Já o entrevistado E2.3 (administrativo) observou que a influência da economia é alta, mas também comentou sobre o bom desempenho do hospital em momentos de crise:

O hospital sempre teve crescimentos muito bons em momentos de crise econômica. Influenciam de maneira indireta a um bom sistema de saúde como este hospital, e, assim, conseguimos enfrentar as lombadas da economia.

É importante destacar o comentário deste entrevistado sobre a legislação. Ele reconheceu a importância, mas acreditava que o hospital adotava padrões mais rígidos do que os legais:

Do ponto de vista de legislação, como temos standards altos, a regulação não tem representado um ônus adicional. O que nos preocupa é a crescente criação de jornadas de trabalho menores para algumas específicas categorias profissionais. Dependendo de como a regulação é produzida, tem dois efeitos nefastos: aumentos de custos e aumento de demandas por profissionais que não existem no mercado.

No hospital H3, o entrevistado E3.2 (administrativo) comentou sobre a importância da tecnologia, mas que também era muito importante avaliar adequadamente os resultados do seu emprego e o retorno sobre o investimento:

Nós estamos altamente dependentes da tecnologia hoje, e essa é uma das questões que impactam muito um orçamento hospitalar. Tecnologia disponível não significa melhor resultado pró-paciente, nem resultado para a instituição hospitalar. No entanto, há sempre uma vontade dos médicos e dos pacientes de terem acesso – pacientes cada vez mais informados hoje –, a melhor tecnologia. E nós sempre discutimos isso: qual é o retorno sobre o investimento, qual o estudo técnico de uma nova tecnologia.

O entrevistado E3.3 (administrativo) comentou sobre a influência da economia: “A influência econômica é uma alta porque precisa, o hospital ter condições de realizar resultados econômicos para que ele possa se manter com tecnologia de ponta”.

O entrevistado E3.4 (administrativo) seguiu a mesma linha e destacou a importância da economia:

Eu acho que o período que o país passa, de mudança econômica, com mais pessoas tendo acesso à saúde e tudo mais, é algo que vai influenciar cada vez mais o setor da saúde, e, obviamente, o hospital, estando dentro desse setor, não poderia ficar de fora.

Ao contrário dos demais entrevistados do hospital H3, o entrevistado E3.1 (administrativo) destacou a importância da legislação, e, em especial, o relacionamento com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde: “Também é importante, especialmente devido ao relacionamento com as operadoras de planos de saúde”.

No hospital H4, o entrevistado E4.3 observou as influências da demografia, economia e tecnologia, além da pequena influência da política:

Eu acho que o que influencia muito a gente é a demografia, a localização, a tecnologia que se quer oferecer, mas, politicamente, esse não é um hospital que sofra, que a gente sofra uma influência importante, na minha opinião. Agora, economicamente, sim, a força econômica aumentou, mais pessoas tiveram acesso a convênio.

No hospital H5 (atendimento principalmente pelo SUS), o entrevistado E5.1 (administrativo) comentou:

Agora, o envelhecimento está custando muito mais caro para todo mundo. É mais gente viva precisando de hospital e com doenças, internações mais prolongadas e custo muito mais alto. Então, demografia é importante nesse aspecto.

Em contrapartida, o entrevistado E5.2 observou que a influência da política é baixa, mas comentou: “Não conseguimos ter êxito no relacionamento com a classe política, por isso dizemos que é baixa”.

É importante destacar que os dados epidemiológicos complementam as avaliações que devem ser realizadas nos hospitais.

4) Principais oportunidades e principais ameaças vislumbradas no ambiente de negócios do hospital.

Foi apresentada uma questão aberta sobre as percepções das principais oportunidades e das principais ameaças no ambiente de negócios do hospital.

As respostas destacaram a importância do crescimento econômico, maior inclusão social e possibilidades de mais pessoas terem acesso aos serviços privados. Foi observada a importância dos hospitais ampliarem a atuação em serviços na cadeia de valor (promoção; prevenção; diagnóstico; tratamento; reabilitação; monitoramento e gestão de doenças crônicas). Dessa forma, o foco deixaria de ser apenas a doença, passando a ser a saúde. Destacou-se ainda a importância da redução do tempo de desospitalização. Além disso, destacou-se a importância de novos serviços que atendam às mudanças epidemiológicas da população, devendo estar alinhados às especializações dos hospitais.

Observou-se que, das macroforças abordadas na questão anterior, a economia, a demografia e a epidemiologia como condições de saúde foram os fatores mais relacionados às oportunidades percebidas.

O Quadro 19 apresenta um resumo das oportunidades mais destacadas.

Quadro 19 – Oportunidades

Hospital	Principais oportunidades percebidas no ambiente de atuação
H1	Crescimento econômico; envelhecimento e aumento das doenças e agravos não transmissíveis; maior atuação em promoção; maior atuação em prevenção; desenvolvimento e exportação de tecnologias; novos modelos de relacionamento e remuneração do corpo clínico; novos modelos de negócios para atendimento às classes sociais com menor poder aquisitivo.
H2	Crescimento da demanda por serviços de saúde; pacientes que demandam serviços de alta complexidade; crescimento das demandas por serviços ambulatoriais; segmentos de serviços com maior valor agregado; segmentos da população com menor poder aquisitivo; crescimento do segmento privado de saúde; telemedicina; <i>home care</i> ; meios para a redução do tempo de desospitalização.
H3	Atuação em toda a cadeia da saúde: educação, prevenção, diagnóstico, tratamento, seguimento de doenças; mudança de modelo centrado na doença para um centrado em saúde; clientes institucionais; segmentos de serviços mais especializados.
H4	Novas especialidades demandadas pelo mercado; outras áreas estratégicas, oncologia, neurologia, cardiologia e ortopedia; crescimento da economia; maior número de pessoas com planos de saúde; maior número de pessoas com doenças crônicas; maior número de pessoas com doenças de alta complexidade.
H5	Atendimento à saúde suplementar; novos serviços – por exemplo, hemodinâmica; localização em região com poucos concorrentes.

No hospital H4, do Grupo 2, foram percebidas demandas por novos serviços para o atendimento à população com crescente poder aquisitivo e acesso aos planos de saúde, de casos mais complexos e doenças crônicas.

No hospital do Grupo 3, H5, foram destacadas a possibilidade de maior atuação com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, novos serviços e a atuação em uma região com poucos concorrentes.

O Quadro 20 apresenta um resumo das ameaças mais destacadas.

Quadro 20 – Ameaças

Hospital	Principais ameaças percebidas no ambiente de atuação
H1	Transição da estrutura de ganhos nos hospitais baseada em materiais para ganhos em serviços; renovação do corpo clínico; mudanças macroeconômicas; comportamento e políticas de remuneração das operadoras.
H2	Formação de redes de hospitais; formação de redes de diagnósticos; crescimento da regulação; concentração entre as empresas operadoras de seguros e planos de saúde; carência de mão de obra qualificada; aumentos de custos; perda da dianteira em serviços com maior valor agregado.
H3	Dissociação entre os diversos <i>players</i> da cadeia da saúde – aumento nos custos; dependência do corpo clínico; qualificação da mão de obra; legislação; intensidade da concorrência.
H4	Situação econômico-financeira de certas operadoras de saúde; ser comparado a outros prestadores de serviços e não apenas aos hospitais; consolidação de grandes grupos hospitalares; competição por mão de obra do hospital.
H5	Dependência do SUS; tabelas de remuneração do SUS.

Nos hospitais do Grupo 1, foram destacadas ameaças relacionadas à transição da estrutura de ganhos nos hospitais baseada em materiais para ganhos em serviços. Essa mudança representará reduções de ganhos por meio dos materiais, e implicará na necessidade de os hospitais serem eficazes e eficientes na prestação de serviços de saúde; prestarem bom atendimento aos usuários e às operadoras e, ainda, alcançarem *superávit*. A insuficiente oferta de mão de obra qualificada foi percebida como uma importante ameaça. Outros fatores preocupantes envolviam a possibilidade de maior concentração entre as operadoras; maior concorrência hospitalar; limitações na atuação relacionadas à regulação; economia, e dissociação entre os participantes da cadeia de valor da saúde, resultando em aumentos de custos.

No hospital do Grupo 2, H4, foram destacadas preocupações com a instabilidade de algumas operadoras (possivelmente atuem não principalmente com as líderes de mercado), a consolidação hospitalar, e concorrentes disputarem a mão de obra do hospital. Na busca de diferenciação, acreditava-se que os consumidores viessem a comparar os hospitais a outros prestadores de serviços, como os hotéis, resultando na cobrança por serviços ainda melhores.

No hospital H5, foram destacadas ameaças relacionadas à excessiva dependência do SUS e de suas tabelas de preços.

O entrevistado E1.1 (clínico) esclareceu sua percepção sobre a ameaça relacionada à mudança do modelo que permite ganhos por meio dos materiais, para outro baseado principalmente nos ganhos associados à prestação de serviços:

A principal ameaça que eu vejo nesse momento são as operadoras de saúde. O hospital tem um grande número de operadoras e está havendo uma mudança, porque o hospital, hoje, que vive de preços, que vive de venda de medicamentos e materiais, isso pode deixar de acontecer, porque a ANS já está ameaçando isso há algum tempo. Já existem operadoras que compram os insumos e trazem para o hospital, para o hospital não colocar o seu sobrepreço. Então, na minha opinião, é a principal ameaça, ou seja, o hospital tem que encontrar rapidamente uma forma de substituir essas receitas que tinha com material e medicamento para operação mesmo, diárias e taxas. Eu acho que esta é uma ameaça importante que a gente tem no negócio hospitalar, hoje.

O entrevistado E1.2 (administrativo) comentou sobre suas percepções de oportunidades, com destaque para o crescimento econômico; envelhecimento; as mudanças no perfil epidemiológico, além de maior atuação em promoção de saúde e prevenção de doenças:

Veja, a principal oportunidade é esse momento de crescimento econômico, envelhecimento e aumento das doenças e agravos não transmissíveis, onde você tem, por um lado uma possibilidade de trabalhar numa área que é pouco trabalhada no Brasil por todos os setores, porque não há demanda. [...] Nós temos que criar um espaço para promoção, para a prevenção primária e parar de atuar exclusivamente na prevenção secundária e muito pouco na prevenção terciária. Então, a ideia de ter produtos nesta área, eu vejo como uma oportunidade, quando você pega o momento econômico e o problema demográfico e epidemiológico que está acompanhando a evolução da sociedade brasileira.

O entrevistado E1.3 (clínico) destacou as oportunidades relacionadas ao atendimento das classes sociais com menor poder aquisitivo:

O volume representará um potencial, inclusive de oferta para esse tipo de paciente. Talvez não na lógica da marca Hospital H1 com todo o seu corolário, vamos chamar assim, mas numa variação de negócio da marca Hospital H1. Então, essas coisas trazem oportunidades. Eu acho que é o ponto principal.

No hospital H2, o entrevistado E2.2 (administrativo) observou o crescimento das demandas por serviços de saúde, serviços de alta complexidade, serviços ambulatoriais, telemedicina, *home care* e a tendência de mais rápida desospitalização:

Crescimento da demanda por serviços de saúde. Em segundo, entendemos que, pelas nossas competências, podemos aumentar a presença em alta complexidade, e, em terceiro, se combinam o crescimento das demandas por serviços. [...] Desospitalizar mais cedo. Assim, com a redução do tempo de internação, temos o home care como possibilidade de atendimento aos pacientes crônicos, mas também aos pacientes agudos, ou, eventualmente, de menor complexidade.[...] A concentração entre as operadoras de planos de saúde pode levar à redução de margens.

O entrevistado E2.3 (clínico) abordou o risco de o hospital perder a dianteira na oferta de maior valor aos clientes. Comentou o que sua organização fazia então, mas observou temer que ela deixasse de ter esse sucesso:

O que pode comprometer isso é se não sairmos na frente. Nisso, já saímos, mas quanto mais oferecermos de abordagem médica de valor; um protocolo bem feito; uma diagnóstico rápido um tratamento bem protocolado, ético, bem estabelecido, transparente, claro em relação aos desfechos, com uma visão completa, desde antes do paciente chegar, até a saída, com o custo mais baixo possível, todos vão perceber, com previsibilidade, uma palavra mágica para as operadoras.

O entrevistado E2.4 (administrativo) comentou sobre oportunidades relacionadas às pessoas que não podem estar presentes no hospital e que poderão ser atendidas por meio da telemedicina e de serviços de *home care*. Sobre as ameaças, destacou os aumentos de custo e a carência de mão de obra:

Oportunidades, conseguir aumentar o acesso ao segmento de saúde privado, sobretudo as pessoas que não podem estar aqui no hospital. Pode ter muita coisa de telemedicina, home care. São oportunidades grandes. Outra, o maior acesso das pessoas aos planos de saúde. Com certeza aumenta a demanda pelos serviços especializados de saúde, é outra grande oportunidade e está associada à economia do país.[...] As ameaças: os custos da saúde têm aumentado muito – à medida que se especializam, ficam cada vez mais elevados; a carência de mão de obra no segmento.

O entrevistado E3.1 (administrativo) destacou a possibilidade de maior atuação em toda a cadeia de valor da saúde, desde a promoção até o monitoramento e gestão de doenças crônicas:

As principais oportunidades estão exatamente naquilo que você colocou bem no início, em toda a atuação em toda a cadeia da saúde: educação, prevenção, diagnóstico, tratamento, seguimento de doenças. Isso é uma coisa que é uma oportunidade, porque os hospitais têm todo o seu modelo calcado nas doenças e há uma oportunidade muito importante de montar a estratégia em função da saúde. E isso, no longo prazo, poderia ter repercussões significativas sobre o custo total no tratamento das doenças para a sociedade como um todo.

O mesmo entrevistado destacou a ameaça relacionada à falta de integração e do não alinhamento de interesses entre as organizações de saúde:

As principais ameaças que eu vejo no ambiente de negócios do hospital é a dissociação entre os diversos players da cadeia. Se eu olho o negócio e vejo que temos o médico, o prestador de serviço, operadoras de planos de saúde, o paciente, isso está dissociado; os interesses estão praticamente em concorrência e não associados em oferecer um produto que tenha custo-efetividade adequado.

O entrevistado E3.2 (administrativo) destacou a oportunidade relacionada à captação de clientes institucionais: “A nossa grande oportunidade de mercado é a possibilidade de tornar o hospital como captador de clientes institucionais. Hoje, nós somos muito dependentes do corpo clínico”.

O entrevistado E3.3 (administrativo) observou que a legislação é uma ameaça, mas destacou a importância de os hospitais serem reconhecidos em especialidades:

Eu penso que, cada vez mais, os hospitais terão de atuar em especializações. Talvez não se possa mais fazer tudo ou até atender tudo, mas para ser especializado, ser reconhecido, vai ser referenciado em cima de especialidades.

O entrevistado E3.4 (administrativo) destacou a ameaça relacionada à concorrência e a importância da criação de diferenciais:

Nossa concorrência é violenta. Violenta entre aspas, digamos. São grandes hospitais, hospitais que têm muita marca, hospitais que estão muito na mídia. Então, é um mercado muito feroz e que a gente tem que sempre buscar inovar, tentar pensar um pouco fora da caixa. Às vezes, pensar de uma forma diferente para tentar se manter.

No hospital H4, o entrevistado E4.2 (clínico) manifestou a preocupação de os clientes não perceberem suficientes diferenças entre os hospitais, além de avaliarem essas organizações, comparando-as às organizações de outros setores:

Conforme a gente vai melhorando tecnologia, melhorando médico, chega um ponto que a gente não consegue mais melhorar em relação à tecnologia, a gente está no alto. A medicina, quanto aos médicos, a gente tem os melhores médicos. E aí? A gente passa a ser comparado com outras forças que não só hospitais, mas com o hotel que está aqui do lado, com o serviço de comida que está aqui perto. As pessoas começam a comparar o seu serviço.

O entrevistado E4.3 (clínico) destacou a oportunidade de crescimento da economia; o maior poder aquisitivo da população e a maior capacidade de contratação de planos de saúde privados, e a atuação na prestação de serviços relacionados às doenças crônicas. Como ameaça, a perda de talentos para concorrentes:

Oportunidade tem a ver com economia, mais pessoas têm acesso a convênios. Acho que isso é uma oportunidade muito boa para nós. Oportunidade importante é que mais pessoas têm doenças crônicas e doenças de alta complexidade, como doença cardiovascular e doenças oncológicas, e nós temos expertise nessa área. Então, eu acho que é uma oportunidade muito interessante.[...] Roubo de talentos.[...] Uma ameaça muito grande e em alguns departamentos. Por exemplo, formar um médico e ter as características que a gente quer ou uma enfermeira, demanda muito tempo e muito custo.

No hospital H5, o entrevistado E5.1 (administrativo) abordou a oportunidade de maior atendimento à saúde suplementar – pois, naquele período, o hospital operava principalmente com o SUS –, como uma estratégia para o alcance de maior equilíbrio econômico-financeiro:

Se pudesse ter um hospital do lado deste, totalmente privado para atender saúde suplementar, com alta margem de lucro, seria o ideal para todos os filantrópicos, porque, assim, esse lucro financiaria a missão filantrópica daquele outro, muito mal pago pelos financiadores, que é o governo.

O entrevistado E5.2 (administrativo) destacou a ameaça representada pelas defasagens nas tabelas de pagamentos do SUS:

As ameaças são o reajuste das tabelas praticadas, e isso ameaça seriamente porque toda a inflação existe. Os plantões médicos estão em alta, estão aumentando, o mercado está aumentando e não existe um repasse à altura.

O entrevistado E5.3 (clínico) destacou a oportunidade relacionada à localização: “A localização. Fecharam quatro hospitais. Isso é a oportunidade, pegar a demanda de convênios que esses hospitais privados atendiam. Essa é a nossa grande oportunidade”.

Há uma rápida transição no perfil de condições de saúde e doenças, possibilidades de consolidações no setor de saúde. As negociações entre os hospitais, outras organizações prestadoras de serviços de saúde e as operadoras de seguros e de planos de saúde precisarão evoluir para um nível de maior transparência, com maior complementaridade, ações, objetivos e metas que possam proporcionar o efetivo atendimento aos usuários e sustentabilidade do setor.

Quanto às organizações que atuam principalmente com o SUS, a situação é mais preocupante. As tabelas não cobrem os custos, e, para esses hospitais, uma alternativa envolve a maior atuação com empresas operadoras de seguros e planos de saúde, o que poderá contribuir com maiores receitas e, até, para cobrir parte do *déficit* nos atendimentos tradicionais. Fica a preocupação de que um maior atendimento às operadoras possa implicar em queda no atendimento aos usuários do SUS.

5) Desenvolvimento de estratégias no hospital: oportunidades de mercado ou os recursos e competências organizacionais.

A questão aberta permitiu aos entrevistados esclarecerem se as estratégias de mercado eram desenvolvidas principalmente a partir das oportunidades de mercado (Ambiente econômico), a partir dos recursos e competências organizacionais (Visão baseada em recursos), ou de todo esse conjunto (Hax e Wilde II, 2003), alinhado ao Modelo de Pedroso (2010).

Novamente, foram observadas algumas diferenças de percepção entre entrevistados de um mesmo hospital. Dessa forma, considerou-se a visão preponderante em cada organização, ou a que melhor representou o conjunto das respostas (Quadro 21).

Quadro 21 – Oportunidades versus recursos internos

Hospital	Desenvolvimento de estratégias no hospital: oportunidades de mercado ou os recursos e competências organizacionais
H1	Complementaridade entre as duas abordagens.
H2	Complementaridade entre as duas abordagens.
H3	Complementaridade entre as duas abordagens.
H4	A partir das oportunidades de mercado e o desenvolvimento das competências
H5	Complementaridade entre as duas abordagens

Nos hospitais do Grupo 1 (H1, H2 e H3), foram observadas mais respostas para a complementaridade entre as oportunidades vislumbradas no ambiente econômico e os recursos e competências organizacionais. Entretanto, no hospital H4 (com fins lucrativos), dois dos três entrevistados destacaram as oportunidades de mercado, enquanto que um destacou a complementaridade de abordagens.

No hospital H5, um entrevistado priorizou os recursos e competências organizacionais; outro, as oportunidades de mercado, enquanto o terceiro optou pela complementaridade de abordagens. O cômputo geral indicou que o desenvolvimento de estratégias se dava por meio da complementaridade entre a visão externa e a interna.

A seguir são apresentados alguns comentários dos entrevistados.

O entrevistado E1.1 (clínico) observou que as oportunidades de mercado, os recursos e competências organizacionais devem ser considerados:

Eu acho que os dois. Eu acho que as oportunidades são uma coisa, sem dúvida... (– os hospitais comprando laboratórios, quer dizer, a área de saúde está fervilhando nesse momento –) [...] os recursos e competências organizacionais, isso já é uma opinião minha, acabam sendo fundamentais no diferencial competitivo.

O entrevistado E1.2 (administrativo) defendeu a combinação das duas abordagens:

Embora pareça muito razoável você falar que vai fazer essa transformação baseada em competências organizacionais, eu acho que quem perder a oportunidade de mercado, perde uma oportunidade. Eu vejo que tem que haver uma capacidade de visão estratégica em que as duas coisas sejam contempladas.

O entrevistado E1.3 (clínico) esclareceu que considerava o desenvolvimento de estratégias muito mais baseado na visão interna:

Do ponto de vista desenvolvimento de estratégia do nosso exercício, que é relativamente recente também, estruturadamente, vamos chamar assim, dois anos, que a gente está conseguindo, mas o encaminhamento tem sido muito mais baseado na questão das nossas competências organizacionais nos recursos. Acho que isso tem sido mais natural para o nosso grupo de trabalho.

No hospital H2, o entrevistado E2.2 (administrativo) destacou as duas influências, mas comentou sobre a preocupação com os recursos humanos, ou seja, como conseguir mão de obra qualificada desejável, sem comprometer os custos:

A questão dos recursos é igualmente crítica. Conseguimos prever a demanda até 2020, mas, daí, surge a questão da geração de recursos para sustentar essa expansão, sem perder de vista o equilíbrio econômico-financeiro, com uma abordagem financeira mais conservadora em endividamento, sem ficar muito alavancado.

O entrevistado E2.3 (clínico) também indicou que as duas abordagens deviam ser complementares:

Eu acho que elas caminham juntas. Não existe um ranqueamento. As oportunidades de mercado são identificadas e trabalhamos. Às vezes, pensamos fora; os recursos e competências da organização são alinhados, trabalhados, implementados no dia a dia.

O entrevistado E2.4 (administrativo) comentou que o desenvolvimento das estratégias era feito principalmente a partir dos recursos e competências organizacionais, e destacou a grande preocupação com a qualidade e a segurança do paciente:

O maior driver é a qualidade do atendimento e segurança do paciente. Com isso, vamos para os recursos e competências organizacionais. Normalmente, uma decisão aqui, apesar de ter toda a avaliação de oportunidade, retorno sobre o investimento não é o driver principal. O que é priorizado é a segurança do paciente, ainda que o retorno sobre o investimento seja mais demorado. É uma premissa muito forte em melhorar a qualidade, melhorar a assistência interna.

No hospital H3, o entrevistado E3.1 (administrativo) comentou que sua organização focava as oportunidades de mercado e, depois, cuidava da viabilização das condições necessárias:

Eu tenho uma visão orientada para mercado. Eu acho que as competências organizacionais e os recursos, tu buscas, tu formas. É preciso olhar para o mercado e verificar onde existem possibilidades e oportunidades para fazer negócios. Evidentemente, nós temos que medir se

temos condições de alcançar essas competências e esses recursos para explorar essas oportunidades, mas eu diria que nós, no hospital, nos focamos nas oportunidades de mercado e vamos trabalhar as nossas forças dentro da organização para nos adaptarmos e podermos responder positivamente a essas oportunidades.

O entrevistado E3.2 (administrativo) defendeu a combinação da dupla abordagem, ainda que a instituição tivesse dado maior atenção ao tático:

Num planejamento de longo prazo de estratégia, nós estamos deixando projetos estratégicos para ser feitos mais adiante, vislumbrando muito o tático hoje, que é gestão de recursos. Hoje, a nossa situação está assim. Mas nós também olhamos, sim, para oportunidade de mercado, para competências organizacionais e, se nós pudéssemos colocar um, dois e três, nós teríamos hoje recursos; segundo, oportunidade de mercado, e, terceiro competências organizacionais.

O entrevistado E3.3 (administrativo) defendeu a combinação da dupla abordagem, mas com uma especial atenção para as competências organizacionais, visando à sustentabilidade da organização:

Eu entendo que os três são extremamente importantes, os três são extremamente pensados quando se desenvolvem estratégias, mas a competência organizacional é extremamente importante para que você possa se perpetuar no mercado. Eu digo isso principalmente em sendo um hospital de comunidade, um hospital que não tem dono e que está aqui para se perpetuar mesmo.

O entrevistado E3.4 (administrativo) destacou o equilíbrio entre as duas abordagens:

Então, eu acho que a gente tenta equilibrar. Eu estou aqui no hospital há cinco anos. Então, eu não estou aqui há tanto tempo assim, mas, do tempo que eu estou aqui, o que eu observo é que a gente valoriza muito as nossas competências. Isso, eu acho uma coisa legal, um hospital com 115 anos. A gente faz isso bem, mas, ao mesmo tempo, a gente está atento ao que está acontecendo aí fora e busca encontrar as oportunidades a partir daí. Equilíbrio entre as duas.

No hospital H4, o entrevistado E4.1 (administrativo) respondeu favoravelmente às oportunidades de mercado, mas com a importância de, na sequência, serem viabilizadas as condições necessárias para a concretização do desejado: “Na realidade, o que é priorizado são as oportunidades de mercado e, aí, se criam recursos e competências organizacionais para atender a oportunidade de mercado”.

O entrevistado E4.2 (administrativo) comentou favoravelmente à dupla abordagem, a importância do equilíbrio entre as visões interna e a externa:

Eu acho que a oportunidade de mercado é muito boa no quesito, quando a gente vai ver aquele oceano azul e o oceano vermelho. Quando a gente começa a navegar no oceano azul, a nossa tendência, a nossa chance de crescimento é muito alta. Essa visão externa, de olhar para fora, é muito boa. Obviamente que a gente, eu acho que é uma mescla. Eu podia dizer até que a gente nunca vislumbrou nem um, nem outro. Acho que a gente faz um mix muito importante dos dois, acho que tem que ser olhado. O externo tem que ser olhado, o interior tem que ser olhado; a gente não pode ir baseado em um deles e fechar a nossa visão.

O entrevistado E4.3 (clínico) respondeu favoravelmente às oportunidades de mercado, além de mencionar a importância da diferenciação dos concorrentes, mas também a possibilidade de parceria (no caso, com o hospital H1; este cuidava da gestão da área de oncologia no H3):

As oportunidades de mercado são muito importantes, do ponto de vista estratégico.[...]O Porter fala que, se todo mundo enxerga que aquela estratégia é a melhor, certamente ela não é uma boa estratégia. Então, para entrar nessa estratégia, a gente, já sabendo que todo mundo vai para a mesma estratégia, a gente procurou a diferenciação de capacitação. A gente fez uma parceria (com um concorrente) que é única nessa linha.

No hospital H5, as respostas foram diferenciadas por entrevistado. Um destacou as oportunidades de mercado; outro, os recursos e competências organizacionais, enquanto o terceiro respondeu sobre a complementaridade entre oportunidades, recursos e competências organizacionais.

O entrevistado E5.1 (administrativo) defendeu a maior importância dos recursos e competências organizacionais para atender principalmente a população de baixa renda:

Primeiro lugar, os recursos e competências organizacionais, porque a nossa missão é SUS – Sistema Único de Saúde. Quer dizer, a nossa missão não é com o SUS, é com o pobre, o miserável, o incapaz de se manter em saúde. Isso que significa constitucionalmente SUS – Sistema Único de Saúde. Essa e todos os recursos e competências organizacionais são para isso.

O entrevistado E5.2 (administrativo) destacou as oportunidades de mercado:

Eu acho que são as oportunidades de mercado. As oportunidades de mercado são priorizadas aqui porque a coisa é dinâmica.

No entanto, o entrevistado E5.3 (clínico) observou a importância das duas abordagens: “Eu acho que são as duas coisas: a oportunidade de mercado, mas que nós dependemos desses recursos e competências”.

A percepção do autor deste estudo é de que, como este hospital estava restrito principalmente aos atendimentos pelo SUS, as ações estratégicas ficavam muito limitadas às políticas impostas por esse sistema. No entanto, naquele período, os gestores do H5 consideravam que uma maior atuação com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde podia ser uma significativa oportunidade para crescimento das receitas e para superar a situação deficitária, com despesas maiores do que as receitas, devido especialmente aos preços estabelecidos pelas tabelas do SUS.

Desse modo, é importante que os hospitais fiquem atentos às oportunidades e às ameaças percebidas no ambiente econômico, e também aos seus recursos e capacidades internas. Esse deve ser um processo contínuo e atualizado, com avaliações de como cada recurso e capacidade pode contribuir para o aproveitamento de cada oportunidade, ou para o enfrentamento de cada ameaça. Da mesma forma, é importante avaliar se faltam recursos e capacidades para o aproveitamento de oportunidades ou, ainda, se essa falta torna o hospital ainda mais vulnerável às ameaças.

6) Principais recursos e competências do hospital. Diferenciação do hospital em relação aos concorrentes (e estes não conseguem imitá-lo).

A questão aberta permitiu a cada entrevistado responder sobre suas percepções dos principais recursos e competências organizacionais que levam à diferenciação. Por vezes, as percepções não eram uniformes entre os entrevistados de cada hospital.

Conforme já observado neste estudo, Barney e Hesterly (2008), ao tratar da visão baseada em recursos, destacaram a importância da vantagem competitiva a partir dos recursos e capacidades controlados por uma organização, classificados em quatro categorias: financeiros; físicos; humanos; organizacionais.

Neste estudo, foram destacados principalmente os recursos humanos e os organizacionais. Na sequência, foram observados recursos físicos relacionados

principalmente à tecnologia (entendidos como equipamentos), e citada também a localização e instalações prediais.

É importante observar que os hospitais são organizações intensivas no uso de recursos humanos e de tecnologia, o que torna a capacitação um fator de importante diferenciação. Desse modo, foram destacadas as competências dos recursos humanos, em especial no corpo clínico, particularmente os médicos e a equipe de enfermagem.

Não obstante, o fator cultura foi extremamente importante para explicar as diferenças e vantagens de cada hospital.

No hospital H1, é importante destacar a cultura de aliança com o corpo clínico, o relacionamento, calor humano, o tônus e regência femininos no modo de tratar o paciente.

No hospital H2, destacou-se a cultura de melhoria contínua, o desenvolvimento dos recursos humanos e o forte processo de governança.

No hospital H3, destacou-se a cultura de valorização dos colaboradores e a identificação destes com a organização.

No hospital H4, destacou-se a cultura de portas abertas aos recursos humanos, uma gestão horizontalizada e com a alta motivação para as pessoas procurarem fazer mais com menos.

No hospital H5, destacou-se uma cultura relacionada à alta identificação dos recursos humanos com a organização, ainda que com menos recursos financeiros do que os demais casos estudados. A credibilidade levava a um boca a boca incentivado pelos que lá atuam.

Os recursos humanos, organizacionais, físicos e financeiros precisam de um meio fundamental para sua sinergia, a cultura. Esta, relacionada aos créditos, valores e modo de agir das pessoas, leva à grande diferenciação. Recursos financeiros podem proporcionar a contratação de pessoas, ao desenvolvimento de competências gerenciais, e à aquisição de recursos físicos necessários, mas isso tudo não é suficiente sem uma cultura que leve os recursos humanos e a organização a fazer melhor. É difícil copiar uma cultura organizacional; trata-se de um aspecto intangível que pode representar o maior diferencial de sucesso.

Ainda é importante lembrar a observação de Steiger e Balog (2010) de que o atendimento centrado no paciente deve ser uma expressão da missão, visão e valores, o que mais uma vez remete à importância da cultura.

O Quadro 22 apresenta os fatores destacados no conjunto das respostas em cada hospital.

Quadro 22 – Principais recursos e competências do hospital

Hospital	Principais recursos e competências do hospital. A diferenciação do hospital em relação aos concorrentes (e estes não conseguem imitá-lo)
H1	Corpo clínico; aliança com o corpo clínico; estar sempre na fronteira do conhecimento com excelência de atendimento; calor humano; alta confluência de competentes profissionais; tônus e regência femininos no modo de tratar o paciente; intenção da filantropia.
H2	Processo de governança muito bem estabelecido; uma administração profissional; a reputação como recurso, pois abre portas; a qualidade dos recursos humanos; a preocupação em formar, desenvolver e reter esses recursos; a preocupação com a qualidade e a melhoria dos processos; a tradição de qualidade; um programa de competências; a contínua melhoria; recursos e competências tecnológicos; a competência humana; a cultura de querer melhorar, aprimorar a qualidade.
H3	Profissionais e capacidade de prática médica; capacidade de diagnóstico; modelo assistencial; tecnologia; o diferencial dos recursos humanos; enfermagem diferenciada; localização e área física; cultura; qualidade assistencial; corpo de enfermagem e a sua assistência; identificação das pessoas com o hospital; valorização dos colaboradores.
H4	Localização; forma de gestão horizontalizada; portas abertas a todos os funcionários; gestão de pessoal; excelentes profissionais; lideranças; fazer mais com menos pessoas (alta motivação); abrangência em convênios; competências médicas; creditações (três) hospitalares.
H5	Tradição de bons serviços; baixas taxas de mortalidade; baixas taxas de infecção hospitalar; boca a boca favorável ao hospital; custo operacional; hotelaria; atendimento aberto e universal; relacionamento com o gestor municipal; cultura, idealismo; credibilidade.

No hospital H1, o entrevistado E1.1(clínico) destacou a importância do corpo clínico, mas observou a preocupação com a dependência desses profissionais: “Nós já tivemos um médico aqui. Ele tinha um renome enorme, e ele saiu e foi para outro hospital. E nós tivemos uma queda, durante um tempo, grande, na receita, por conta disso”.

O entrevistado E1.2 (administrativo) foi enfático ao destacar o corpo clínico, ainda que tivesse apontado a importância do hospital estar sempre na fronteira do conhecimento com excelência de atendimento, atuação filantrópica e calor humano:

De longe, o principal recurso e competência do hospital é a excelência do seu corpo clínico. E, nisto, os concorrentes têm muita dificuldade em imitar. Nós temos um corpo clínico muito privilegiado, e isso se deve ao tipo de aliança que nós acabamos desenvolvendo com esse corpo clínico e, através desse corpo clínico, com a Universidade de São Paulo.

O entrevistado E1.3 (clínico) observou a alta confluência de competentes profissionais, o tônus e regência femininos, o modo de tratar o paciente, a intenção da filantropia, com o seguinte destaque:

Eu acho que também, de novo, é uma questão histórica mesmo. O fato de ter sido um hospital muito influenciado por uma regência feminina. Este é um hospital que tem um tônus diferente no jeito de tratar o paciente. Isso não é uma questão técnica, essa é uma questão mais subjetiva do comportamento, da cordialidade, da meiguice no tratar. Então, tem uma camaradagem um pouco mais instaurada.

No hospital H2, o entrevistado E2.2 (administrativo) observou o processo de governança muito bem estabelecido, uma administração profissional, a reputação como recurso, a qualidade dos recursos humanos, a preocupação com a qualidade e a melhoria com os processos. É importante destacar:

Existe uma preocupação em formar, desenvolver e reter esses recursos.[...] Uma vez que se ganha uma determinada escala de atuação, permite realizar investimentos numa intensidade maior do que os competidores. Assim, a escala se torna uma barreira aos competidores.

O entrevistado E2.3 (clínico) destacou a tradição de qualidade do hospital, um programa de competências e a preocupação com a contínua melhoria. Comentou:

Todos colocamos o paciente em primeiro lugar, todos fazemos parte do tratamento, todos temos que melhorar, não há gaps dentro da instituição. Temos um programa de competências – o que é esperado do médico externo, do médico contratado, para o funcionário –, mas sempre o foco é o paciente: como pode ter o melhor tratamento, diagnóstico, tratado. Temos que melhorar o tempo todo, em todas as áreas, médica, transporte, etc.

O entrevistado E2.4 (administrativo) destacou os recursos e competências tecnológicos; a competência humana; a cultura de querer melhorar, aprimoramento da qualidade, o que os concorrentes não conseguiam imitar:

Os principais recursos e competências são tecnológicos, e a competência humana. O que temos de muito forte aqui é a cultura de querer melhorar, aprimorar a qualidade. Os concorrentes não conseguem imitar, está muito embrenhado nas pessoas. Eu estou aqui há apenas um ano, e observei a cultura muito forte, a capacidade que as pessoas têm em fazer melhor, em qualquer nível organizacional, desde a pessoa que faz a limpeza até a diretoria, para ter melhor qualidade.

No hospital H3, o entrevistado E3.1 (administrativo) apontou a capacidade de prática médica, a capacidade de diagnóstico e o modelo assistencial. Ainda comentou que as estratégias eram desenvolvidas a partir das oportunidades de mercado, mas com um alinhado modelo assistencial que adotava o paciente como centro das atenções:

Então, eu vejo que, neste hospital, nós montamos as estratégias em relação às oportunidades de mercado, mas sempre valorizando a questão do nosso modelo assistencial, que se diferencia dos demais pela abordagem que faz do paciente e do médico. Um modelo multidisciplinar, em que o paciente é o centro das ações, e toda a questão de respeito à sua condição social, aos seus valores, seus hábitos, são importantes para nós, são importantes nesse ambiente.

O entrevistado E3.2 (administrativo) destacou a enfermagem diferenciada, a tecnologia, o diferencial dos recursos humanos, a localização, a área física, e comentou: “A enfermagem do Hospital H3 hoje é o nosso principal diferenciado. Acho que isso vai demorar para que alguém consiga nos imitar”.

O entrevistado E3.3 (administrativo) destacou a assistência de enfermagem, a cultura e os profissionais médicos. Comentou:

Eu penso que na questão de assistência de enfermagem e a cultura desse hospital. As demais questões, com dinheiro você faz o que precisa ter, você faz prédio, você faz leito, você contrata tecnologia de primeira linha. E eu diria também que a parte médica também é extremamente importante. Bons profissionais médicos e um excelente corpo de enfermagem, com certeza fazem sucesso em hospitais de complexidade média, alta.

O entrevistado E3.4 (administrativo) apontou a qualidade assistencial, o corpo de enfermagem, a identificação das pessoas com o hospital, a valorização dos colaboradores, mas destacou: “Eu posso dizer que o que nós temos de mais valioso nesse hospital é a qualidade assistencial. O nosso corpo de enfermagem é realmente diferenciado, e eu falo isso baseado em experiências em outras instituições”.

No hospital H4, o entrevistado E4.1 (administrativo) apontou a localização, a forma de gestão horizontalizada, as portas abertas a todos os funcionários, e comentou:

A minha porta é absolutamente aberta, atendo a todo mundo, desde o funcionário da limpeza até o médico mais importante. Todos são atendidos e todos têm alguma ideia para contribuir. Na realidade, imitar, todo mundo consegue, o que acontece é que imita alguns meses depois.

O entrevistado E4.2 (clínico) abordou a gestão pessoal, excelentes profissionais, lideranças, conseguir fazer mais com menos pessoas (alta motivação), e comentou:

Uma gestão de pessoas, evidentemente importante. Já dizia Jim Collins, que, quando a gente vai aditivar algum lugar e está indo num caminho e vai construir o nosso barco, antes de qualquer coisa, a gente precisa de pessoas ideais no barco. E foi isso que a gente conseguiu. Acho que a gente conseguiu excelentes pessoas, excelentes profissionais, principalmente no nível de liderança, e isso nos tornou diferentes.

O entrevistado E4.3 (clínico) apontou a localização, a abrangência em convênios, as competências médicas, as três creditações hospitalares, e comentou:

Nossa localização é um fator importante. Nós estamos na zona sul e temos pouco concorrente. Nossa abrangência, do ponto de vista de convênios, pelas nossas tabelas e nosso custo, também é um diferencial que poucos conseguem competir na mesma linha, nessa região. E a busca de competência médica, do ponto de vista de colocar médicos e melhorar equipes nessa linha. Eu acho que é uma competência também de diferenciação. Acreditações, selo de qualidade, a gente enxergou isso como uma necessidade, mesmo que isso não seja valorizado pela nossa fonte pagadora, que é o convênio. Eles dizem que é, mas, na verdade, ainda não é. Um dia será, um dia será!

No hospital H5, o entrevistado E5.1 (administrativo) destacou a tradição de bons serviços, as baixas taxas de mortalidade, as baixas taxas de infecção hospitalar, o boca a boca favorável ao hospital, e comentou:

Então, ele tem uma tradição de bons serviços que foi passada de ouvido a ouvido, por gerações, e ele nunca fez mal a ninguém. É claro que ninguém é perfeito e deve ter acontecido alguns acidentes ao longo dessa história toda, mas, comparativamente ao que acontece com os outros hospitais, é praticamente insignificante.

O entrevistado E5.2 (administrativo) apontou o custo operacional e a hotelaria, comentando: “Em tudo isso a gente é imbatível”.

O entrevistado E5.3 (clínico) destacou o atendimento aberto e universal, o relacionamento com o gestor municipal, a cultura, o idealismo, a marca, a credibilidade, e comentou:

É o idealismo. É uma instituição que tem mais de cem anos, é uma instituição que, aqui, eu coloquei, tem uma marca muito importante. Ela ficou um tempo um pouco desgastada, mas nós conseguimos recuperar essa marca e essa credibilidade que acho que é mais importante. É isso.

- 7) Estratégia competitiva: a liderança em custo (custos mais baixos do que os concorrentes diretos), ou a diferenciação (ser diferente) em relação aos concorrentes diretos.

A questão aberta permitiu aos entrevistados comentarem suas percepções sobre a estratégia competitiva adotada no hospital, a liderança em custo, ou a diferenciação em relação aos concorrentes diretos, de acordo com a proposta de Porter (1989), a qual foi reavaliada por outros autores. Novamente, buscou-se a resposta preponderante em cada hospital ou a que mais bem representasse o conjunto das percepções.

O Quadro 23 apresenta uma visão das respostas dos entrevistados. Nos hospitais dos Grupos 1 e 2, que operavam principalmente com os pacientes das empresas operadoras de seguros e planos de saúde, a importância da diferenciação era clara, mas, nos hospitais H3 e H4, foi observada a combinação entre diferenciação e liderança em custo, o que pode estar relacionado ao fato de as duas organizações serem menores do que os hospitais H1 e H2. Desse modo, o menor custo pode ser um elemento adicional para as organizações alcançarem maior competitividade. Ainda assim, deve-se destacar a preocupação com a gestão de custo.

No hospital H1 foi destacada a estratégia de diferenciação, mas, ao mesmo tempo, a preocupação com eficiência nos custos. No hospital H2, foi destacada a estratégia de diferenciação, mas alinhada à oferta de maior valor (benefícios menos custos e sacrifícios) para o cliente, o que não deixa de ser semelhante ao H1.

No hospital H3, foi apontada uma clara combinação de estratégia de diferenciação com menores custos, com envolvimento dos demais atores da cadeia

de valor. Essa pode ser uma forma de este hospital enfrentar H1 e H2, uma alternativa de qualidade similar, mas com custos menores.

No hospital H4, as respostas não foram totalmente uniformes, mas também convergiram para uma combinação de diferenciação com liderança em custos. Dessa forma, em ambos a abordagem esteve alinhada à proposta de Kim e Mauborgne (2005, p. 13), a chamada “Estratégia do Oceano Azul”, combinação de diferenciação e liderança de custos

Por sua vez, o hospital H5 dependia principalmente de usuários do SUS. Desse modo, ficava muito limitado nos valores preços pelos procedimentos, os quais, em geral, não cobriam os custos, o que resultou nessa prioridade pela liderança em custos, também entendida como a abordagem de excelência operacional de Treacy e Wiersema (1993).

É importante considerar que os hospitais devem tomar cuidado com o isomorfismo institucional. A simples busca de redução de custos, processos de acreditação hospitalar, além da formação e até da convivência entre os profissionais do setor podem tornar os hospitais similares (isomorfismo institucional). Disso decorre ser fundamental que, simultaneamente a esses processos de relacionamentos e de ações, ocorra a contínua busca por diferenciação, o que pode não ser muito simples. Conforme já observado, pessoas podem ser contratadas, sistemas de qualidade podem ser implementados, mas é mais difícil copiar a cultura, os relacionamentos com usuários, clientes organizacionais, fornecedores e outros prestadores de serviços de saúde.

Além disso, é necessário considerar a importância da percepção de valor pelos usuários; os benefícios proporcionados *versus* os custos e sacrifícios relacionados ao serviço antes, no acesso, durante o recebimento do serviço e o pós-atendimento. Esse é um ciclo que se renova continuamente, com inúmeros aspectos intangíveis e que não passam simplesmente pelo desfecho da condição de saúde considerada; envolvem todos os momentos e interações ocorridas. Essa abordagem deve englobar toda a cadeia de valor da saúde, todos os *stakeholders*, na busca de resultados mais favoráveis a todos os envolvidos.

Quadro 23 – Estratégia competitiva

Entrevistado	Estratégia competitiva: a liderança em custo (custos mais baixos do que os concorrentes diretos), ou a diferenciação (ser diferente) em relação aos concorrentes diretos
H1	Diferenciação
H2	Diferenciação
H3	Diferenciação com liderança em custos
H4	Diferenciação com liderança em custos
H5	Liderança em custos

No hospital H1, todos os entrevistados afirmaram que a prioridade era a diferenciação em relação à concorrência, mas, simultaneamente, observou-se que existia a preocupação com os custos e maior eficiência, o que foi destacado pelo entrevistado E1.2 (administrativo):

Sem nenhuma dúvida, a diferenciação é ser diferente. Temos uma preocupação com custos, mas essa preocupação com custos é em busca da eficiência. Não é uma questão de custo para ocupar o espaço da concorrência. A minha preocupação com custo é pela eficiência, não pela concorrência. A minha preocupação com a concorrência é me diferenciar, e não o custo.

No hospital H2, os entrevistados afirmaram que a prioridade era a diferenciação, mas o entrevistado E2.3 (clínico) destacou que a maior preocupação era relacionada à entrega de maior valor (Benefícios – Custos/ Sacrifícios):

Como lhe disse, não é custo, é valor. De nada adianta ter um custo baixo, se não tem um bom desfecho. Acho que a grande diferença em relação ao concorrente: quero entregar valor, valor, valor. Eu insisto nisso. Porque, quando você vai discutir isso, todas as áreas envolvidas, médicos, corpo clínico, funcionários, pagadores, operadoras, pacientes, todos estão interessados nesse assunto. É o que se entrega, o que se mantém.

No hospital H3, os entrevistados defenderam a combinação entre diferenciação e liderança em custo, ou seja, a percepção nesse hospital era de que as duas abordagens deviam ser complementares, e o sucesso dependia de todos os *stakeholders* envolvidos.

O entrevistado E3.1 (administrativo) observou a importância da abordagem conjunta de diferenciação com custos:

Então, eu acho que essa questão não pode ser separada: ou custo, ou diferenciação. Nós temos que ter diferenciação com menor custo. Evidentemente que não podemos estar orientados para custos baixos só,

porque isso nos faz incorrer numa eficiência muito grande no processo, mas vamos deixando de lado toda a outra questão, que são as oportunidades que o mercado oferece. Então, na verdade nós precisamos nos diferenciar em relação aos concorrentes diretos, mas nós precisamos ter custos compatíveis para fazer isso.

O entrevistado E3.3 (administrativo) comentou sobre a preocupação com a qualidade, em conjunto com a redução de custos. Para tanto, era fundamental o engajamento dos recursos humanos e um trabalho em conjunto com as demais organizações da cadeia de valor da saúde:

Na realidade, o que a gente prioriza mesmo é a parte de assistência e segurança do paciente. Nós estamos, hoje, engajados num programa de redução do custo da cadeia da saúde, porque o nosso hospital, como eu te disse antes, não é um hospital barato; mas nós temos procurado nos tornar colaborativos com a redução do custo da cadeia da saúde e, para isso, estamos estudando formas de fazer uma nova constituição da remuneração do prestador de serviço, e, aí, fazendo, envolvendo todas as partes interessadas, os stakeholders todos. Tem que envolver o fornecedor de materiais e medicamentos; nós temos que envolver os médicos; temos que envolver o hospital, e também as operadoras.

O entrevistado E3.4 (administrativo) seguiu a mesma linha, favorável à abordagem conjunta da diferenciação com custos competitivos, e comentou:

Eu acho que um pouco dos dois, também. Eu acho que, na última década, digamos, temos aprendido mais a importância da gestão de custos, você fazer um gerenciamento adequado dos seus recursos e tudo o mais. Mas, a diferenciação por ser o hospital que é, sempre vai ser uma estratégia. Não tem como não ser. É o que a gente sempre fez e acho que sempre vai continuar fazendo.

No hospital H4, dois entrevistados defenderam a combinação de diferenciação com liderança em custos; outro defendeu a diferenciação. O entrevistado E4.2 (clínico) optou pela diferenciação:

Ser diferente em relação aos concorrentes diretos. Fato esse é o nosso investimento em pessoa. A gente vem fazendo isso nos últimos dois anos de uma forma intensiva, e isso faz com que a gente se diferencie. As pessoas não ficam no hospital, pelo menos no meu entendimento, pelo valor que se é pago, ou pela diferença em dinheiro, ou pelo seu porte. Acho que é pelo valor que a gente dá em tudo. Acho que esse é o ponto, é a prioridade do nosso hospital: é fazer com que as pessoas se sintam valorizadas, e, com isso, a gente consegue fidelidade e diferenciação no mercado.

O entrevistado E4.3 (clínico) respondeu pela combinação de qualidade com custos competitivos:

A verdade verdadeira é que o que faz a diferença é o custo. É a realidade dura e crua, mas a gente também acredita que esse cenário vai ser na diferenciação da qualidade, das pessoas e do serviço prestado. Mas, hoje, eu vou te falar, a gente ainda escuta do lado de lá que a tabela de preços é que faz a diferença; o que é triste, é deprimente e é desanimador, porque você investir em qualidade e selo de qualidade e ouvir do lado de lá: “Eu vou mandar o paciente para outro hospital porque lá o custo é menor”. Mas ainda é isso que a gente escuta, às vezes.

No hospital H5, todos os três entrevistados apontaram a liderança em custo. O entrevistado E5.1 (administrativo) respondeu: “Não posso te negar que o custo é prioritário, por uma questão selvagem de mercado livre”.

O entrevistado E5.3 (clínico) comentou sobre a dependência da tabela do SUS:

A gente sabe que um custo de um procedimento SUS, o custo dele, a tabela não cobre. Isso, eu tenho certeza. Segundo os estudos que já existem aí, é em torno de 60%. Uma colestectomia que o SUS paga quinhentos reais, ela nos custa mil, mil e duzentos. Agora, em relação a essa credibilidade, esse relacionamento, toda Secretaria. Um exemplo: quando a Secretaria Municipal, que é o nosso gestor, precisa de algum atendimento, ela recorre aqui.

8) Prioridade competitiva.

Por meio desta questão semiestruturada, buscaram-se as percepções sobre as prioridades competitivas. Para cada um foi solicitada uma avaliação da importância (Muito Alta - 5; Alta - 4; Média - 3; Baixa - 2; Muito Baixa - 1) para o hospital. Novamente, buscou-se a resposta preponderante em cada hospital, ou a que mais bem representasse o conjunto das percepções.

No conjunto dos cinco hospitais, as prioridades que receberam maior número de avaliações “Muito Alta” foram: desenvolvimento de projetos de atendimento que mais bem atendessem às características e atributos mais valorizados pelos clientes; proporcionar melhor qualidade de atendimento ao cliente do que os concorrentes; proporcionar menor prazo de entrega do serviço ao cliente e conseguir cumprir o prazo combinado (Quadro 24).

As prioridades mais destacadas pelos hospitais foram: aprimorar os seus produtos (há uma significativa aderência à estratégia de liderança em produto), e, ao

mesmo tempo, a busca em proporcionar melhor atendimento às características e atributos mais valorizados pelos usuários (com alguma aderência à intimidade com o cliente). Os hospitais H4 e H5 ainda deram destaque à alta importância do preço, o que indica uma aderência à estratégia de excelência operacional.

Nos hospitais do Grupo 1, outros fatores foram destacados: ter imagem de organização mais confiável para os clientes; oferecer serviços que os clientes considerassem melhores do que os ofertados pelos concorrentes; proporcionar o atendimento (recepção, contato e comunicação) ao cliente em menor prazo do que os concorrentes; proporcionar melhor acesso ao atendimento no hospital do que os concorrentes; proporcionar serviços com melhor imagem do que os dos concorrentes. Deve-se destacar que o fator menores preços praticados pelos concorrentes recebeu avaliação média no H3, enquanto que, nos concorrentes diretos H1 e H2, a avaliação foi baixa, o que reforça o posicionamento relativo de opção em relação aos dois maiores.

No hospital do Grupo 2, H4, ainda foram destacados os fatores: ter melhor imagem crível em responsabilidade social do que os concorrentes; ter imagem de organização (empresa) mais confiável para os clientes; proporcionar o atendimento (recepção, contato e comunicação) ao cliente em menor prazo do que os concorrentes; proporcionar melhor acesso ao atendimento no hospital do que os concorrentes; proporcionar serviços com melhor imagem do que os dos concorrentes; menores preços do que os praticados pelos concorrentes (com alta importância).

No hospital do Grupo 3, H5, ainda foram destacados os fatores: ter imagem de organização (empresa) mais confiável para os clientes; oferecer maior variedade de serviços do que os concorrentes; proporcionar melhor acesso ao atendimento no hospital do que os concorrentes; proporcionar o atendimento (recepção, contato e comunicação) ao cliente em menor prazo do que os concorrentes; oferecer serviços que os clientes considerassem melhores do que os ofertados pelos concorrentes; ter imagem crível melhor em responsabilidade social do que os concorrentes; desenvolver projetos de serviços que mais bem atendessem às características e atributos mais valorizados pelos clientes.

Quadro 24 – Prioridade competitiva

Prioridade competitiva	Hospital				
	H1	H2	H3	H4	H5
Desenvolvimento de projetos de atendimento que mais bem atendam às características e atributos mais valorizados pelos clientes.	5	5	5	5	5
Proporcionar melhor qualidade de atendimento ao cliente do que os concorrentes.	5	5	5	5	5
Proporcionar menor prazo de entrega do serviço ao cliente e conseguir cumprir o prazo combinado	5	5	4	5	5
Ter imagem de organização (empresa) mais confiável para os clientes.	5	5	5	4	5
Oferecer serviços que os clientes consideram melhores do que os ofertados pelos concorrentes.	5	5	5	4	4
Ter imagem crível melhor em responsabilidade social do que os concorrentes.	3	5	4	5	4
Oferecer maior variedade de serviços do que os concorrentes.	3	3	5	3	5
Proporcionar o atendimento (recepção, contato e comunicação) ao cliente em menor prazo do que os concorrentes.	4	5	4	4	4
Proporcionar melhor acesso ao atendimento no hospital do que concorrentes.	4	4	4	4	5
Desenvolver projetos de serviços que mais bem atendam às características e atributos mais valorizados pelos clientes.	4	4	4	4	4
Proporcionar serviços com melhor imagem do que os dos concorrentes.	4	4	4	4	4
Oferecer maiores facilidades de pagamento do que os concorrentes, em termos de descontos, prazo, quantidade de parcelas de pagamento e instrumento de crédito.	3	2	5	2	3
Oferecer menores preços do que os praticados pelos concorrentes	2	2	3	4	4
Promover ofertas temporárias interessantes aos clientes, como sorteios e ofertas, sem alterar os preços normais de venda	1	1	2	2	2

Para a análise desta questão, é importante lembrar a abordagem de Treacy e Wiersema (1993), os quais ponderaram sobre a importância das organizações líderes de mercado proporcionarem maior valor ao cliente, por meio das seguintes disciplinas: excelência operacional (produtos ou serviços com preços competitivos e entregues com mínimas dificuldades ou inconveniências), intimidade com o cliente (relacionada à escolha precisa de segmentos e oferta sob medida para o atendimento das demandas desses selecionados mercados) ou liderança em produto (contínuo desenvolvimento e fornecimento de produtos e serviços que representem o estado da arte). Além disso, é considerada a abordagem de Hax e Wilde II (2003), os quais, pelo Modelo Delta, observaram as seguintes alternativas: melhor posicionamento de produto (envolve a atração, satisfação e manutenção do cliente por meio de características inerentes do produto); soluções totais para os clientes (envolve prover os clientes de soluções em um portfólio de produtos e serviços customizados que representam uma única proposição de valor a clientes individuais), e *System Lock-In* (envolve toda a rede em que está inserida a organização).

No hospital H1, já foi apontada a estratégia genérica de Porter (1989), pela diferenciação. Por meio das respostas desta questão, e de anteriores, observou-se que o hospital proporciona uma ampla gama de serviços, servindo como modelo de “*mix* completo de soluções”. Além disso, a cultura de relacionamento com os usuários (o ‘tônus feminino’), a competência dos profissionais e a tecnologia estão ligadas a uma estratégia de diferenciação, por meio da liderança em produto e busca de intimidade com o cliente (Treacy e Wiersema, 1993), resultando no Modelo Delta, entre o melhor posicionamento em produto e a caminho da oferta de soluções totais ao cliente. Esta última, ainda não integralmente viabilizada, pois envolveria o conhecimento e integral assistência ao usuário em todos os estágios, começando pela promoção. Há um caminho a seguir. A abordagem *System Lock-In* será discutida adiante.

Por meio da mesma análise, chegou-se a uma similaridade nas abordagens e estratégias para o hospital H2, ou seja, diferenciação, liderança em produto e busca de intimidade com o cliente, resultando no Modelo Delta, entre o melhor posicionamento em produto e a caminho da oferta de soluções totais ao cliente, esta ainda não integralmente viabilizada.

No caso do H3, a partir da combinação de estratégias genéricas de liderança em custo com diferenciação, o fator preço teve uma importância maior do que nos demais do Grupo 1, reforçando certa importância da excelência operacional. Na análise de Treacy e Wiersema (1993), a combinação engloba três abordagens: liderança em produto, busca de intimidade com o cliente e excelência operacional. Dessa forma, no Modelo Delta resulta em um estágio um pouco mais próximo do melhor posicionamento em produto (produtos e custos) do que da oferta de soluções totais ao cliente, ainda que este hospital esteja avançando nos estágios integrais da cadeia a partir da promoção.

No caso do hospital H4, o ponto de partida era a combinação de estratégias genéricas de diferenciação com liderança de custo. Havia uma combinação similar à observada no H3 – com liderança em produto, busca de intimidade com o cliente e excelência operacional. Porém, com um leque mais limitado no *mix* de serviços ainda que comparado ao hospital H3, o hospital H4 podia ser classificado, no Modelo Delta, mais próximo do melhor posicionamento em produto (produtos e custos) do que da oferta de soluções totais ao cliente.

No caso do hospital H5, a estratégia genérica era a de liderança em custo; na de Treacy e Wiersema (1993), a combinação envolvia a liderança em produto com excelência operacional. No Modelo Delta, resultava no melhor posicionamento em produto para o segmento de mercado atendido.

A proposta de combinação de diferentes abordagens estratégicas pode não ser muito simples, pois é comum existir um *trade off* – a maior sofisticação entre produtos e atendimento pode implicar em custos mais elevados. Portanto, é importante que, em cada hospital, sejam claramente estabelecidas a segmentação de mercados; o posicionamento e oferta do *mix* de *marketing*; o desenvolvimento dos relacionamentos com os seus *stakeholders*; expectativas e resultados de desempenho em diferentes perspectivas; a financeira; clientes; processos; aprendizado e crescimento, mas não esquecendo a importância da sociedade e do meio ambiente.

A seguir, são destacados comentários dos entrevistados.

O entrevistado E1.1 (clínico) comentou sobre a prioridade em melhores serviços do que os concorrentes:

A gente tem um fator aqui também, por exemplo, no câncer: 60% das pessoas que vêm ser atendidas aqui, estavam sendo atendidas em outros

lugares, e, como complicou, não deu certo, as pessoas vieram pra cá. Então, a gente já pega o paciente em quadro mais grave, mais complexo, porque já foi um tratamento que não deu certo, e assim por diante. Então, as pessoas reconhecem. “- Olha, eu estou com um problema muito grave, eu vou pro Hospital H1”. As pessoas têm essa percepção.

Sobre a imagem crível de responsabilidade social, o entrevistado E1.2 (administrativo) comentou: “Eu gostaria que isso fosse muito alta, mas eu acho que isso, hoje, para o consumidor, tem valor médio”.

Sobre o prazo de entrega, o entrevistado E1.3 (clínico) comentou:

Eu acho que, na intenção, é muito alta, mas, na prática, tem sido alta. Eu acho que a gente precisaria ampliar para todo o corpo da instituição esta prioridade, ou seja, para a gente, gestor, é muito alta, mas talvez ainda, para o que é verdade na realidade do hospital, ainda é alta.

O entrevistado E3.2 (administrativo) observou a importância da rapidez no atendimento:

Tem um comentário que eu gostaria de fazer no que diz respeito à melhor qualidade de atendimento, recepção, contato e comunicação com o cliente do que os concorrentes. É importante eu ter um atendimento ágil, um atendimento seguro, sim. Mas se ele veio pra cá pra resolver uma situação de saúde, entendo que a enfermagem, a assistência do hospital pode superar uma experiência inicial com que não foi tão ágil. Entendemos que nós temos que investir nisso, mas se nós, em termos de priorização, ainda continuamos investindo no ponto forte que é assistência de enfermagem, nós temos o que evoluir nessa outra parte de atendimento.

O entrevistado E3.3 (administrativo) comentou sobre o desenvolvimento de projetos de atendimento:

O paciente, hoje, quando procura o hospital, ele tem que se sentir atendido em tudo aquilo que ele busca aqui dentro, desde o horário de entrada até o horário da saída. Se você vier aqui, tiver um check-in muito bom e tiver um tratamento espetacular e, na hora de fazer o check-out, você cometer um equívoco, ele vai falar mal do seu hospital. Então, é muito alta.

É importante destacar um comentário feito pelo entrevistado E4.2 (clínico) sobre os concorrentes (o hospital tem uma importante parceria com o hospital H1):

O comentário é só porque a gente vê os concorrentes muito mais como parceiros do que como concorrente direto. A saúde vem sofrendo um overbook. A gente vem ficando sempre lotado; assim como os outros hospitais, vem atingindo a capacidade máxima. Então, se não houver competidores, concorrentes, como acredito, e que a gente vê como aliados, não teria essa estabilidade no hospital, seria impraticável e impossível a gente atender toda a população.

O entrevistado E4.3 (clínico) comentou sobre a imagem em responsabilidade social: “Isso é uma coisa que a gente está investindo. Isso, eu acredito que é de longo prazo. É uma prioridade estratégica, mas eu não acredito que a gente atingiu essa maturidade de marca, mas estamos tentando”.

- 9) Posicionamento perante a saúde suplementar (Qualidade superior e preços superiores; Segue a média do mercado; Preços mais baixos do que os dos concorrentes).

Nesta questão aberta, os entrevistados tiveram liberdade para comentar sobre o posicionamento do hospital perante a saúde suplementar (empresas operadoras de seguros e planos de saúde): se oferecia qualidade superior e preços superiores, se seguia a média do mercado, ou se praticava preços mais baixos do que os dos concorrentes. Novamente, buscou-se a resposta preponderante em cada hospital, ou a que mais bem representasse o conjunto das percepções (Quadro 25).

Quadro 25 – Posicionamento perante a saúde suplementar

Hospital	Posicionamento perante a saúde suplementar (Qualidade superior e preços superiores; Segue a média do mercado; Preços mais baixos do que os dos concorrentes)
H1	Qualidade superior e preços superiores. Equilíbrio no relacionamento com as operadoras. Grande interesse por parte das operadoras.
H2	Qualidade superior e preços superiores. Equilíbrio no relacionamento com as operadoras. Cooperação com as operadoras no desenvolvimento conjunto de soluções.
H3	Preços compatíveis com os produtos entregues e abaixo dos praticados por H1 e H2. Equilíbrio e alguma dificuldade no relacionamento com as operadoras.
H4	Segue a média do mercado das classes B e C, mas abaixo dos hospitais líderes. Entre equilíbrio e mais poder para as operadoras.
H5	Trabalha com as tabelas do SUS, e um pouco com as operadoras, mas com preços mais baixos do que a média de mercado. Menor poder do que o SUS e do que as operadoras.

O conjunto das respostas indicou que o posicionamento nos hospitais H1 e H2 era de qualidade superior e preços superiores, e que existia equilíbrio no relacionamento com as operadoras. No H1, a percepção foi de que as grandes

operadoras necessitavam atuar com este hospital, enquanto que, no H2, o relacionamento parecia ter evoluído para o desenvolvimento de maior cooperação e integração entre as partes envolvidas.

No caso do hospital H3, o posicionamento era de qualidade superior, preços abaixo dos concorrentes H1 e H2, mas acima da média de mercado. O relacionamento com as operadoras também era visto como equilibrado, mas com algumas dificuldades.

No hospital H4, as percepções foram um pouco diferenciadas entre os entrevistados. O entrevistado E4.1 apenas respondeu que os preços seguiam a média de mercado atendido, havendo equilíbrio no relacionamento com as operadoras. O entrevistado E4.2 ponderou sobre preços na média de mercado, mas voltado às classes B e C. O entrevistado E4.3 observou um menor poder do que as operadoras. A conclusão foi de que os preços eram inferiores aos dos hospitais do Grupo 1, mas compatíveis com outros que atendem principalmente aos usuários das classes B e C. Surgiu um posicionamento de qualidade no relacionamento com as operadoras, aparentemente não tendo o mesmo poder.

O hospital H5 praticamente não trabalhava com as operadoras de seguros e planos privados. Os seus preços estavam entre abaixo e a média de mercado. No relacionamento com o SUS, deviam seguir as tabelas do sistema.

Conforme relatado na revisão da literatura, é necessário o desenvolvimento de mais estudos que abordem os complexos relacionamentos entre hospitais e operadoras. As relações de poder dependem do grau de concentração e porte das organizações envolvidas, assim como das suas estratégias e políticas, e da importância para um lado trabalhar com o outro. É importante destacar que o relacionamento entre o hospital H2 e operadoras parecia ter atingido um maior nível de cooperação e integração, o que pode indicar um caminho a ser seguido, desde que os envolvidos encarem como uma condição necessária para o melhor atendimento aos usuários, além da sustentabilidade das organizações e do setor de saúde.

Todos os entrevistados do hospital H1 observaram o posicionamento de qualidade superior e preços superiores. Na verdade, as grandes empresas operadoras de seguros e planos de saúde tinham grande interesse em contar com os hospitais H1 e H2. O entrevistado E1.1 (clínico) comentou:

O Hospital H1, junto com o H2 e outros hospitais top têm uma característica diferente. Nós estabelecemos os nossos preços e as operadoras que correm atrás, para dizer bem a verdade. Então, para a operadora, é importante ela dizer: estou oferecendo para você um plano que tem H1 e H2. Porque, se a pessoa falar assim: “Olha, eu vou só oferecer outros hospitais”, tem um segmento da profissão que não aceita. Vai dizer: “Não, eu quero um plano de saúde que tenha H1 e o H2”.

O entrevistado E1.2 (administrativo) considerou a superioridade do hospital H1 no mercado: “Qualidade superior e preço superior, e o mercado diferencia. E as operadoras sabem que isso é um mercado diferente. Nós não temos grau de comparação com muitos outros hospitais”.

O entrevistado E1.3 (clínico) comentou sobre as tentativas de mostrar diferenciais nos cuidados do paciente, o que justificava a prática de preços mais altos:

Qualidade superior e preços superiores. A gente tem tentado mostrar que existem de fato elementos concretos do ponto de vista do cuidado, da segurança do paciente, que assegura, o que justifica um preço diferenciado.

O entrevistado E2.2 (administrativo) comentou sobre a interdependência entre o hospital e as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, e a importância do desenvolvimento de programas de atendimento que considerassem os resultados em saúde ao longo do tempo:

Qualidade superior e preços superiores. Mas, depende quando consideramos diagnóstico. O Fleury tinha uma qualidade percebida como superior à nossa; a estratégia é um pouco diferente. Então, na época, atuávamos com preços um pouco abaixo dos deles; mas, hoje, não é mais assim. Sobre o poder relativo, hospitais empresas de saúde suplementar, eu tenho uma visão totalmente diferente do resto do setor. Eu preciso de canais para distribuir os meus produtos, e eles precisam de um fornecedor com produtos premium. Eles não têm interesse em me sufocar. Dessa forma, o relacionamento tem que ser colaborativo; deve-se estar atento às necessidades de ambas as partes ao longo do relacionamento.

O entrevistado E2.4 (administrativo) seguiu a linha de trabalho cooperativo com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, visando ao longo prazo:

O hospital procura desenvolver programas com as operadoras de saúde complementar que visam controlar os custos de saúde. Existem alguns programas que visam reduzir os custos ao longo do tempo dos segurados; em alguns casos tratamentos terapêuticos e não cirurgias. Existem

programas específicos, não é simplesmente reduzir o custo pelo custo, mas considerar o resultado ao longo do tempo.

No hospital H3, foi observada a entrega de serviços com qualidade superior, preços altos, possivelmente um pouco mais baixos do que os praticados pelos hospitais H1 e H2, mas acima dos demais concorrentes. O entrevistado E3.1 (administrativo) comentou:

Nós queremos qualidade superior com preços mais baixos do que os praticados pelos concorrentes. Nós nos colocamos, hoje, num nicho interessante como o Hospital H3 porque, na comparação com os dois hospitais maiores e mais fortes, H1 e H2, o H3 é uma opção para os clientes que têm qualidade igual e preço mais baixo.

O entrevistado E3.2 (administrativo) abordou a importância da marca H3:

Acredito que qualidade superior e preços superiores. A saúde suplementar está bastante difícil, a concorrência está bastante grande. Nós entendemos que a marca hospital H3 ainda faz diferença para que nós tenhamos alguns preços mais competitivos do que outros hospitais.

O entrevistado E3.3 (administrativo) abordou a intenção do hospital em praticar preços compatíveis aos serviços prestados e ser o parceiro preferido das empresas operadoras de seguros e planos de saúde:

Nós estamos fazendo a gestão da estratégia pelo BSC e, lá, nós temos 21 objetivos. Desses 21 objetivos, tem um deles que diz que nós queremos ser o parceiro preferencial das operadoras, até porque 89% da nossa receita vêm deles. Então, a gente procura ter um preço adequado para o serviço que a gente presta, de qualidade. Essa é a nossa linha. Ter preços compatíveis com aquele produto que a gente entrega.

O entrevistado E3.4 (administrativo) abordou possíveis dificuldades de relacionamento entre os hospitais e as empresas operadoras de seguros e planos de saúde:

Eu diria que é um relacionamento difícil. Obviamente que existem conflitos de interesse de todos que fazem parte dessa cadeia da saúde.[...]. Por outro lado, os planos de saúde precisam desses hospitais porque são esses hospitais que fazem com que eles vendam os seus planos. Então, é isso, na hora de pagar não quero pagar, mas eu preciso de você. Então, é uma relação difícil.

No hospital H4, as respostas convergiram para a qualidade superior e preços mais baixos do que os líderes, e na média de mercado, mas voltado ao atendimento

da população nas classes B e C. O entrevistado E4.2 (clínico) comentou sobre os preços na média de mercado e uma relação de equilíbrio com as seguradoras:

Segue a média do mercado. A gente atende a classe B e a classe C. Comparado com os outros hospitais da região, a gente segue uma média de valor, até porque a gente tem um valor que já é quase... Ele é partido pelas operadoras. Então, a gente tem um teto máximo. A gente não consegue subir além disso. Então, a própria operadora acaba fazendo com que haja uma média de valores no mercado, nos hospitais que atendem.[...] Há uma relação de equilíbrio.

O entrevistado E4.3 (clínico) abordou a importância da qualidade, com preços na média de mercado, porém indicou que as operadoras tinham maior poder no relacionamento:

Segue a média do mercado. A gente já enxergou duas coisas: que se a gente for o mais caro com a maior qualidade, a gente não tem nível de competição nessa praia. Eu enxergo, em São Paulo, que essa linha de cuidado superior, preço superior, dois hospitais podem fazer isso, na minha opinião, que são o H1 e o H2. Todos os outros não caminham bem nessa linha; mesmo que tentem, não caminham bem nessa linha. Agora, ser o mais barato, a gente também já enxergou que não é o nosso negócio, porque a gente prioriza a qualidade também. Então, a nossa qualidade tem preço, e a gente quer atingir toda população que não tem direito de acesso a esses dois primeiros hospitais que eu falei. E isso representa 80% da população aqui.[...] Eu considero que eles têm mais poder que a gente. O hospital não tem poder frente às seguradoras.

O hospital H5 atuava basicamente com o SUS, pouco com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde e pacientes privados. No relacionamento com as operadoras, os preços praticados estavam abaixo, ou na média de mercado.

10) Possíveis movimentos estratégicos por parte do hospital.

Nesta questão, semiestruturada, foram apresentados possíveis movimentos estratégicos por parte do hospital, indicados no Quadro 26. Novamente, buscou-se a resposta preponderante em cada hospital, ou a que mais bem representasse o conjunto das percepções.

No conjunto dos cinco hospitais, os movimentos mais destacados foram: aumentar a participação de mercado; crescimento orgânico; atuação com a saúde suplementar; ampliação da linha de produtos; ser especialista (grande em um ou em

poucos segmentos de mercado, e não pequeno em um grande mercado); investimentos em SADT; parcerias com hospitais concorrentes.

Esse cenário apontou intenção de crescimento, ainda que não ocorressem necessariamente movimentos de fusões e aquisições. Sobre a importância da especialização é importante destacar que, no fator ampliação da linha de produtos, todos do Grupo 2 e o do Grupo 3 indicaram a possibilidade de ampliação da linha de produtos.

A atuação com operadoras de seguros e de planos de saúde (saúde suplementar) foi certa em todos. Além disso, é importante destacar a abertura para parcerias com hospitais concorrentes, o que pode favorecer a complementaridade entre organizações, e possíveis benefícios aos usuários.

É importante destacar ainda que alguns movimentos estratégicos apresentados geraram dúvidas. No caso de atuação na saúde suplementar, a resposta foi positiva (todos os entrevistados) ao considerarem como o atendimento aos beneficiários das empresas operadoras de seguros e planos de saúde, mas em nenhum momento foi observada a possibilidade de investimentos para atuação na oferta de seguros e planos de saúde.

No caso de SADT, em todos os casos foi considerada a possibilidade de investimentos nos serviços para uso nos hospitais. Porém, o hospital H2 já atuava como rede de serviços de apoio e diagnóstico e existia a intenção de ampliar essa atividade. Exceto no Hospital H4, com fins lucrativos, em todos os outros foi manifestado interesse em atuar na gestão de hospitais públicos. Os hospitais H4 e H5 ficaram alinhados ao H3 na incorporação de novas atividades complementares às já existentes no atual plano tecnológico comercial.

O único que considerou a possibilidade de participação em rede hospitalar foi o H5, talvez como estratégia para ganho de escala em conjunto com outros hospitais similares. Em nenhum hospital foi considerada a possibilidade de fusão com outras organizações.

A estratégia de crescimento com o desenvolvimento de novos mercados, por meio da expansão geográfica, foi considerada pelo hospital H2 com possibilidade de investimentos em novas unidades no município de São Paulo e em outros municípios do estado. No H1, foi demonstrado interesse apenas em novas unidades em outros

municípios. No H3, foi considerada a possibilidade de novas unidades apenas no município de São Paulo. Possivelmente, este hospital apresentava, então, um atendimento preponderante aos usuários de uma região do seu entorno.

A atuação em outros segmentos de mercado foi destacada no H2 e no H3, ambos atuando em educação (ainda que o mesmo ocorra com o H1). O H2 iniciou atuação em consultoria para outros hospitais.

Sobre parcerias, é importante destacar a existente entre o hospital H4 e o H1. O primeiro montou as instalações para atendimento especializado em oncologia. No entanto, a gestão clínica era realizada pelo H1, com maior especialização na área.

Quadro 26 – Movimento estratégico

Movimento estratégico	Hospital				
	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Aumentar a participação de mercado	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Crescimento orgânico	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Atuação com a saúde suplementar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ser especialista (grande em um ou poucos segmentos de mercado, e não pequeno em um grande mercado)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Investimentos em SADT	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Parcerias com hospitais concorrentes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ampliação da gama de produtos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Atuação na gestão de hospitais públicos	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Incorporação de novas atividades complementares às atividades existentes no atual plano tecnológico comercial	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Aquisição de uma linha de produtos	Não	Não	Não	Sim	Sim
Atuação em novos segmentos de mercado	Não	Sim	Sim	Não	Não
Novas unidades hospitalares no município	Não	Sim	Sim	Não	Não
Novas unidades hospitalares em outros municípios	Sim	Sim	Não	Não	Não
Participação em rede hospitalar de mercado	Não	Não	Não	Não	Sim
Aquisições de outros hospitais	Não	Não	Não	Não	Não
Atuação em outros países	Não	Não	Não	Não	Não
Fusões com outros hospitais	Não	Não	Não	Não	Não
Entrada em novas atividades que não tenham relação com as atuais	Não	Não	Não	Não	Não
Novas unidades hospitalares em outros estados	Não	Não	Não	Não	Não
Redução voluntária da participação de mercado	Não	Não	Não	Não	Não

O entrevistado E1.1 (clínico) comentou sobre as ampliações, as parcerias com outros hospitais e sobre ser especialista:

A gente tem ampliado aqui dentro. Agora, vamos... Está sendo ampliado aqui; vai dobrar o tamanho do hospital, e temos um projeto em Campinas, de ter um hospital em Campinas, para fazer a mesma coisa; e no Rio de Janeiro também, estamos pensando... Nós já temos uma parceria com o hospital H4, que, na verdade, não é nosso concorrente, mas nós é que estamos tocando lá a oncologia. É uma experiência que nós estamos fazendo... Nós achamos o seguinte: que nós, o hospital não vai conseguir ser especialista em tudo. Então, a gente quer focar em alta complexidade.

O entrevistado E1.2 (administrativo) esclareceu sobre a posição do hospital relativa à gestão de hospitais públicos:

Nós não consideramos isso um negócio, até porque você gerenciar como organização social implica em zero de remuneração. O máximo que você pode ter como benefício é a criação de escala em algumas áreas dos serviços de apoio, mas, fora isso, não existem benefícios diretos para o hospital, e, sim, benefícios indiretos no ponto de vista de valor. Se os benefícios são indiretos, do ponto de vista de valor, eles têm que estar consentâneos com os valores do hospital. Nesse sentido, se um hospital público, de fora da cidade de São Paulo se oferece para ser gerenciado pelo hospital, ele tem que estar dentro do espírito, da missão e os valores do hospital.

O entrevistado E2.2 (administrativo) comentou sobre novas unidades no município e sobre parcerias com outros hospitais:

No município, só até o limite que responderem às questões estratégicas de ambulatorização da medicina e atendimento dos pacientes.[...] Parcerias com hospitais concorrentes, é possível de forma oportunística, se gerarem vantagens para ambas as partes e não comprometerem a nossa competitividade.

O entrevistado E2.3 (clínico) comentou sobre a ampliação da gama de produtos:

Continua ampliação da gama de produtos, tudo o que tem de moderno, o que está saindo, incorporamos. Temos programas internos estratégicos; somos o único hospital que tem um programa para a aquisição de novas tecnologias de saúde ATS.

O entrevistado E3.1 (administrativo) exemplificou sobre a área de educação como atuação em novos segmentos de mercado.

O entrevistado E3.3 (administrativo) comentou sobre a gestão de hospitais públicos:

Eu penso que pode ser uma coisa; nós já fazemos, ajudamos muitos hospitais públicos por intermédio dos projetos em parceria com o Ministério da Saúde, não na gestão tão propriamente dita num todo, mas na qualificação dos serviços médicos. Então, eu penso que isso aqui é uma coisa que pode ser aprimorada e, se eu pensar lá para 2020, 2030, pode ter certeza, pode ser um grande futuro, que hospitais que têm experiência de gestão possam ajudar os hospitais públicos a gerir melhor os seus recursos e ter uma saúde melhor.

Sobre algumas possibilidades de crescimento, o entrevistado E3.4 (clínico) comentou: “Sim, ele tem crescido por conta própria, sem dúvida, mas faz parte da estratégia, eventualmente, havendo boas oportunidades, comprar novas instituições”.

O entrevistado E4.2 (clínico) comentou sobre a incorporação de novas atividades e ser especialista:

A gente está fazendo, com esse serviço de oncologia novo. A gente está fazendo radioterapia, que a gente não fazia, e estamos trazendo duas máquinas aqui.[...] A gente busca essa passarela de atuação, principalmente nesses quatro focos: a neuro, a ortopedia, a onco e a cárdio. É o nosso foco de atuação. Tem de ser grande especialista nesse assunto, principalmente para o público B e C. É a nossa missão ser o grande nesse nicho.

Sobre parcerias com outros hospitais, o entrevistado E4.3 (clínico) comentou:

Nosso case era: como instituições que poderiam ser concorrentes acharam um nicho de colaboração. E a gente demonstrou. Eu que fui apresentar junto com o administrador do hospital H1, que, na verdade, a gente poderia ser concorrente, mas a gente achou um nicho de colaboração. Isso foi uma coisa interessante.

O entrevistado E5.1 (administrativo) comentou sobre a gestão de hospital público: “Já estamos atuando. Somos responsáveis pela administração e gestão do Pronto-socorro Municipal de Santo Amaro, que é da Secretaria Municipal de Saúde. A tendência é pela ampliação”.

O mesmo entrevistado ainda comentou sobre a ampliação da linha de produtos, mas com restrição ao que fosse contratado pelo SUS:

Vou dizer que a ampliação da nossa gama de produtos, eu não posso oferecer aquilo que basicamente o SUS não compra. Então, às vezes, eu quero pôr uma especialidade médica aqui, eu não tenho como custeá-la ou como custear os profissionais porque, se o SUS não tem interesse, eu estou lacrado, por conta da contra-atualização.

É importante acompanhar os desdobramentos desse processo nos próximos anos, pois parece existir uma tendência de consolidação no setor hospitalar. A Rede

D' Or tem crescido por meio de inúmeras aquisições, distanciando-se em receita e número de leitos dos outros líderes de mercado, o H1 e o H2. Conforme já observado, Steinberg (2009) ponderou sobre a viabilidade de os hospitais não participarem de redes, especialmente sendo líderes de mercado há vários anos nos seus principais serviços. Aquele autor ainda destacou alguns outros fatores importantes para hospitais independentes: médicos de excelência, ativos e engajados; poucos leitos críticos no mercado; poucos leitos não ocupados, elevadas reservas e dotações, elevada liquidez; poucas dívidas, e unidades novas.

Vamos acompanhar os próximos anos, pois há muitos fatores em jogo. A evolução da demanda, os movimentos de consolidação entre hospitais e operadoras, possíveis verticalizações das operadoras, o papel do SUS. Esses fatores externos, além dos específicos de cada hospital, serão determinantes para os movimentos estratégicos.

A partir das considerações apresentadas, foi possível caracterizar algumas estratégias adotadas, segundo a classificação de Lambin (2000).

O H1 e o H2 adotavam combinações parecidas: a estratégia de crescimento intensiva, caracterizada pela penetração de mercado, desenvolvimento pelos mercados (em ambos a geográfica, mas apenas o H2 apontou novos segmentos de mercados) e pelos produtos. A estratégia concorrencial combinava liderança (com a responsabilidade de desenvolvimento da procura primária e também é ofensiva) com e a posição de especialista (pois, tinha interesse em um ou mais segmentos de mercado, mas não na totalidade). No H2, ainda deve ser destacada a maior verticalização por meio do crescimento da rede de medicina diagnóstica e a de desenvolvimento internacional, especialmente em consultoria no setor de saúde (projetos na África).

O H3 adotava a seguinte combinação: estratégia intensiva de crescimento, caracterizada pela penetração de mercado, desenvolvimento pelos mercados e pelos produtos. Apontava a possibilidade de diversificação concêntrica (novas atividades complementares às atividades existentes no plano tecnológico/comercial atual, até com a aquisição de linhas de produtos). A estratégia concorrencial era a de desafiador (do H1 e do H2) por meio de ataques laterais (especialmente menor

preço), com a de especialista (pois, tinha interesse em um ou mais segmentos de mercado, mas não na totalidade).

O H4 adotava a seguinte combinação: estratégia de crescimento intensiva, caracterizada pela penetração de mercado, desenvolvimento pelos mercados e pelos produtos. Indicava a possibilidade de diversificação concêntrica (novas atividades complementares às atividades existentes no plano tecnológico/comercial atual, até com possibilidade de aquisição). A estratégia concorrencial envolvia a combinação de seguidor (dos líderes) – evitando receber represálias –, com a de especialista (pois, tinha interesse em um ou mais segmentos de mercado, mas não na totalidade).

O H5 adotava a seguinte combinação: estratégia de crescimento intensiva, caracterizada por desenvolvimento pelos mercados e produtos, e possibilidade de diversificação concêntrica (novas atividades complementares às atividades existentes no plano tecnológico/comercial atual, até com possibilidade de aquisição). A estratégia concorrencial envolvia a combinação de seguidor (dos líderes) – evitando receber represálias –, com a de especialista (pois, tinha interesse em um ou mais segmentos de mercado, mas não na totalidade). Ao ser considerada a possibilidade de participação em rede hospitalar, não foi possível caracterizar uma integração horizontal, mas, ao menos, cooperações em atividades que pudessem representar complementaridade e ganhos de escala.

- 11) Percepção sobre o relacionamento entre o hospital e os seus fornecedores de equipamentos, e com os fornecedores de medicamentos (Relacionamentos ganha-ganha, ou ganha-perde). Concentração de poder (no relacionamento).

Já foi relatada nesta tese a importância do aprimoramento nos relacionamentos entre prestadores de serviços de saúde e os seus fornecedores, devido à alta regulamentação, altos investimentos governamentais, baixa orientação para maior efetividade e eficiência, além de pequena orientação para o cliente, segundo Mettler e Rohner (2009).

Esta questão aberta proporcionou aos entrevistados a possibilidade de comentar sobre suas percepções a respeito do relacionamento com fornecedores de equipamentos e de medicamentos. O relacionamento ganha-ganha foi entendido

como benéfico e criando valor, tanto para o hospital quanto para o fornecedor. Relacionamento ganha-perde foi entendido como aquele em que um lado (hospital ou fornecedor) ganha, enquanto o outro perde. O relacionamento perde-perde está relacionado a conflitos e perdas para os dois lados envolvidos.

Há diferenças importantes. Maior número de entrevistados considerou que havia uma relação de equilíbrio e “ganha-ganha” entre os fornecedores e os hospitais. Em um segundo grupo, entrevistados perceberam maior poder nos fornecedores (ainda que fosse possível estabelecer um relacionamento “ganha-ganha”) (Quadro 27).

Esse cenário implica na grande importância de os hospitais desenvolverem estratégias de relacionamento com seus fornecedores. Essas estratégias poderão ser estabelecidas por meio de avaliações de diferentes fatores, tais como: o grau de concentração do mercado fornecedor; a importância estratégica (em custo, tecnológica e para o funcionamento do hospital); a possibilidade de substituição do produto ou serviço; a importância estratégica que o fornecedor percebe no hospital; a legislação; a inovação tecnológica representada, e a obsolescência tecnológica do produto ou serviço.

Conforme já abordado, o Modelo Delta apresenta uma abordagem sistêmica para fortes ligações com os clientes, e conta com três opções estratégicas: o melhor posicionamento de produto; soluções totais para, e o *System Lock-In*. Este também envolve a formação de redes entre complementadores, visando ao desenvolvimento de uma amarração entre organizações e à integração da cadeia de valor no atendimento aos clientes. Ao ser considerado o relacionamento do hospital H2 com as operadoras e com os fornecedores nesses aspectos, pareceu estar-se a caminho da mais avançada alternativa do Modelo Delta, o *System Lock-In*.

Na busca de maior competitividade, os hospitais devem procurar desenvolver estratégias de relacionamento com os fornecedores. Cada produto poderá ser classificado em função de sua importância estratégica, montante financeiro envolvido e nível de concentração no mercado fornecedor. Para tanto, é fundamental envolver os diversos agentes participantes da cadeia de valor da saúde, a fim de serem estabelecidos relacionamentos que permitam reais ganhos a todos.

Quadro 27 – Relacionamento entre o hospital e fornecedores

Hospital	Percepção sobre o relacionamento entre o hospital e os seus fornecedores de equipamentos, e entre os hospitais e os fornecedores de medicamentos
H1	Os fornecedores têm maior poder, mas é possível desenvolver relacionamentos ganha-ganha.
H2	O fornecedor é entendido como recurso da organização, há certo equilíbrio, mas não sabe se é ganha-ganha. No caso de medicamentos similares, o hospital tem mais poder.
H3	Em alguns, o relacionamento é equilibrado e ganha-ganha, enquanto que, em outros, é ganha-perde.
H4	O relacionamento é ganha-ganha e o poder está equilibrado.
H5	O maior poder está nos fornecedores, mas tem sido ganha-ganha.

No hospital H1, foi observada a percepção de relacionamento ganha-ganha, favorável ao hospital e aos fornecedores (especialmente os grandes), ainda que dois entrevistados percebessem maior poder por parte dos fornecedores. O entrevistado E1.2 (administrativo) observou que os fornecedores tinham maior poder:

É óbvio que o maior poder está concentrado neles, nos grandes produtores, porque nós utilizamos produtos muito diferenciados; mas, dada a capacidade do hospital de formar opinião, dado o fato de que o hospital, hoje, tem oito residências médicas e deve crescer, nós temos muitos cursos para formação de profissionais, vários campus, nós temos uma condição muito diferenciada de relacionamento com esses fabricantes, e conseguimos meio que criar relação ganha-ganha.

O entrevistado E1.3 (clínico) comentou sobre o uso dos hospitais como vitrines para novos produtos dos fornecedores: “A gente tenta explorar isso como sendo... Óbvio, ele traz visibilidade, ele tem um espaço de demonstração, ele tem um espaço de referência e a gente tem noção desse valor”.

O mesmo entrevistado destacou, entretanto, preocupação com os serviços de manutenção por parte dos fornecedores de equipamentos: “A gente fica na mão dos fornecedores, especialmente na questão da manutenção”.

No hospital H2, foi observada uma percepção de maior equilíbrio entre o hospital e seus grandes fornecedores. O entrevistado E2.2 (administrativo) comentou:

Fornecedor é um recurso em que o incentivo dele está em maximizar o seu preço ou a combinação preço/volume.[...] Do outro lado, busco ganhar alguma ascendência nessa relação. Não é preto ou branco, é preciso saber gerenciar esse processo.

O entrevistado E2.3 (clínico) destacou que os hospitais serviam como vitrines dos fornecedores: “O hospital pode ser entendido como uma vitrine para os fornecedores, do ponto de vista de sofisticação tecnológica, mas também uma vitrine de relacionamento... O poder está equilibrado”.

Por sua vez, o entrevistado E2.4 (administrativo) comentou que o poder, na verdade, estava com os clientes contratadores de serviços hospitalares, as operadoras seguros e de planos de saúde: “O poder não está concentrado, nem nos hospitais, nem nos fornecedores, mas, sim, nas operadoras de seguro. E elas detém a maior parte dos clientes”.

No hospital H3, foram observadas percepções diferenciadas de relacionamento equilibrado, ou com maior poder para os fornecedores, ganha-ganha, ou ganha-perde. O entrevistado E3.1 (administrativo) destacou as vantagens para os fornecedores: “O maior poder está concentrado nos fornecedores de tecnologia e medicamentos, porque os hospitais foram transformados em grandes canais de distribuição para vender material e medicamento”.

O entrevistado E3.2 (administrativo) abordou um bom exemplo de parceria com um fornecedor:

A minha percepção é boa entre os fornecedores de equipamentos, e também entre os fornecedores de medicamentos. Posso citar uma recente parceria que nós fizemos com a Phillips, que é dona do URP. Nós temos para prescrição médica, que é dona do sistema Tasy. A Phillips quer ter um hospital parceiro no Brasil para ser um hospital modelar em termos do sistema Tasy, e nós temos muita similaridade com o jeito da atuação Phillips e Hospital H3.

Já o entrevistado E3.3 (administrativo) esclareceu que o hospital tinha um programa para o desenvolvimento de relacionamentos com os fornecedores, com casos de sucesso e mútuos ganhos e casos de insucesso, em que se procurava utilizar as empresas operadoras de seguros e planos de saúde na aquisição de materiais, pois estas podiam ter maior poder de barganha devido à maior escala de compras: “Então, hoje eu tenho que me render a isso. Como eu não consegui fazer uma relação boa com esses fornecedores, eu me associei às operadoras e deixo que elas forneçam esses materiais”.

No hospital H4, as percepções indicaram relacionamentos equilibrados e ganha-ganha. O entrevistado E4.2 (clínico) comentou: “É uma relação ganha-ganha. Eu acho que o poder está bem equilibrado, mas a gente não está à mercê deles, e nem eles à nossa mercê, porque eles fornecem também para vários hospitais”.

O entrevistado E4.3 (clínico) destacou a melhoria nesses relacionamentos:

Eu acho que é ganha-ganha. Já foi ganha-perde. Os fornecedores realmente queriam sufocar o hospital, e eles, hoje, entendem que nós somos todos de uma mesma cadeia. Acho que é uma relação mais madura, hoje, em dia, ganha-ganha.

No hospital H5, o entrevistado E5.1 (administrativo) manifestou preocupação com fornecedores que ofereciam equipamentos por preços mais baixos, mas com qualidade duvidosa. O entrevistado E5.2 (administrativo) comentou sobre o equilíbrio nos relacionamentos entre hospital e fornecedores:

O nosso relacionamento com nossos fornecedores, tanto de medicamentos como de equipamentos, é bom. Na verdade, eu diria muito bom. Nós conseguimos, depois de um bom tempo. A gente está na base do ganha-ganha.

12) Avaliação das tecnologias adotadas nos hospitais.

Esta questão é baseada na publicação *U.S. News & World Report, Best Hospitals 2011-2012* (<http://health.usnews.com/>) para a identificação de uso e ranqueamento dos melhores hospitais nos Estados Unidos. Serve para o possível estabelecimento de comparações entre os hospitais pesquisados e os dos Estados Unidos.

Foi solicitado aos entrevistados que indicassem na primeira coluna, um ranqueamento, partindo de 1, para a tecnologia considerada mais inovadora, e variando até 15, para a tecnologia considerada menos inovadora. Entre as colunas 2 e 13, os entrevistados deveriam indicar as aplicações de cada uma das 15 tecnologias do hospital (Quadro 28).

A literatura ainda não estabeleceu de maneira clara a classificação dos procedimentos de alta complexidade e altas tecnologias. Spetz e Maiuro (2004) observaram que não é fácil definir o que é a tecnologia médica e o que é alta tecnologia.

Conforme já relatado, Vianna et al. (2006) observaram três atributos básicos para procedimentos de alta complexidade:

- Alta densidade tecnológica e/ou *expertise* e habilidades especiais acima dos padrões médios;
- Baixa frequência relativa;
- Alto custo unitário e/ou do tratamento.

A questão gerou muitas dúvidas sobre as definições e as percepções a respeito do escopo de cada tecnologia e as suas possíveis aplicações. Além disso, em função da área de atuação, cada entrevistado apresentava maior ou menor familiaridade com as especificidades de cada tecnologia e das suas aplicações.

Por vezes, as classificações (de 1 a 15) entre os entrevistados foram relativamente distantes. Desse modo, optou-se pela média entre as respostas e a separação em três grupos: A, para as consideradas mais avançadas; B, para o bloco intermediário, e C, para as percebidas como as menos avançadas da lista.

Especialmente as respostas sobre as aplicações específicas de cada tecnologia foram razoavelmente diferenciadas entre os que responderam; por vezes, muito contraditórias. Nesse caso, a opção foi simplesmente considerar se a tecnologia era utilizada no hospital, não sendo consideradas as aplicações específicas de cada uma.

Quadro 28 – Tecnologias

Tecnologia	Hospital									
	1-Avanço da tecnologia (1 para a mais avançada, até 15 para a menos avançada)									
	2-Uso da tecnologia no hospital (Sim, ou não)									
	H1		H2		H3		H4		H5	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Remoção do esôfago de Barrett	C	S	C	S	C	S	C	S	x	N
2. Unidade intensiva de atendimento cardíaco	C	S	C	S	B	S	B	S	x	S
3. Cirurgia ortopédica assistida por computador	B	S	A	S	C	S	C	N	x	N
4. Serviços de diagnóstico por radioisótopo	C	S	B	S	C	S	A	S	x	N
5. Endoscopia de movimento retrógrado por colangiopancreatografia	B	S	B	S	C	N	C	S	x	S
6. Endoscopia por ultrassom	B	S	B	S	B	S	B	S	x	N
7. Mamografia digital de corpo inteiro	C	S	B	S	B	S	B	S	x	N
8. Terapia de imagem guiada por radiação	A	S	B	S	B	S	A	S	x	N
9. Tomografia CT computadorizada multifatiada em espiral	C	S	B	S	C	S	A	S	x	S
10. PET/CT scanner	A	S	A	S	A	S	A	S	x	N
11. Cirurgia robótica	A	S	A	S	A	S	C	N	x	N
12. Radiação não invasiva em uma área específica (<i>shaped-beam</i>)	B	S	A	S	A	S	A	S	x	N
13. Fotoemissão avulsa CT	A	S	A	S	A	N	B	S	x	N
14. Radiocirurgia estereotáxica	B	S	A	S	B	S	C	S	x	N
15. Serviços de transplante	A	S	B	S	A	S	C	N	x	N

O hospital H1 adotava todas as tecnologias listadas pela *U.S. News*. Se estivesse nos Estados Unidos, o hospital teria condições de entrar na lista dos que estavam mais atualizados tecnologicamente.

Nas avaliações do presente estudo, foram destacadas as seguintes tecnologias: cirurgia robótica; serviços de transplantes; terapia de imagem guiada por radiação; PET/CT scanner; sistema de fotoemissão CT.

Por meio do Questionário I, foi observado que o hospital H1 adotava 86,7% dos procedimentos listados como de alta complexidade. Além disso, ao contrário dos hospitais dos Grupos 2 e 3, a maioria (72,2%) dos serviços assistenciais era própria.

O hospital H2 adotava todas as tecnologias apresentadas pela *U.S. News* em um maior número de aplicações. Se estivesse nos Estados Unidos, teria condições de entrar na lista dos que estavam mais atualizados tecnologicamente. Neste hospital, foram destacadas seis tecnologias no grupo A: PET/CT scanner; cirurgia robótica; radiação não invasiva em uma área específica (*shaped-beam*); sistema fotoemissão avulsa CT; radiocirurgia estereotáxica; cirurgia ortopédica assistida por computador. Além disso, segundo os dados levantados no Questionário I, foi observado que esse hospital adotava 92,3% dos procedimentos listados naquele prontuário. Ao contrário dos hospitais dos Grupos 2 e 3, a maioria (94,4%) dos serviços assistenciais era própria. Tal como no hospital H1, ficou reforçada uma combinação de variedade em casos de alta complexidade, ampla gama de altas tecnologias, e predominância de serviços assistenciais internos como componentes dos modelos assistenciais dessas organizações.

O hospital H3 adotava todas as tecnologias apresentadas pela *U.S. News*. Se estivesse nos Estados Unidos, teria condições de entrar na lista dos que estavam mais atualizados tecnologicamente. As cinco tecnologias percebidas como as mais inovadoras foram: PET/CT scanner; cirurgia robótica; radiação não invasiva em uma área específica (*shaped-beam*); sistema de fotoemissão avulsa CT; serviços de transplante. Além disso, segundo os dados levantados no Questionário I, foi observado que este hospital adotava 86,7% dos procedimentos listados naquele prontuário. Ao contrário dos hospitais dos Grupos 2 e 3, a maioria (72,2%) dos serviços assistenciais era própria. Tal como no hospital H2, ficou reforçado o quadro de alto perfil tecnológico. Verificou-se a mesma situação encontrada dos hospitais H1 e H2, o que caracterizou o perfil do Grupo 1.

O hospital H4 adotava treze das tecnologias apresentadas pela *U.S. News*. Se estivesse nos Estados Unidos, teria condições de entrar na lista dos que estavam mais

atualizados tecnologicamente. As tecnologias percebidas como as mais inovadoras: serviços de diagnóstico por radioisótopo; terapia de imagem guiada por radiação; tomografia CT computadorizada multifatiada em espiral; PET/CT *scanner*; radiação não invasiva em uma área específica (*shaped-beam*). No entanto, segundo os dados levantados no Questionário I, foi observado que este hospital adotava 46,7% dos procedimentos listados naquele prontuário. Além disso, ao contrário dos hospitais dos Grupos 2 e 3, a maioria (66,6%) dos serviços assistenciais era terceirizada. Esse quadro sugere que o hospital apresentava um perfil de alta tecnologia, porém, com um escopo mais limitado de aplicações em casos de alta complexidade. Pode ser mais difícil a absorção de custos por meio da manutenção de uma representativa equipe própria de recursos humanos, disso decorrendo a maior terceirização.

O hospital H5 foi reconhecido como de média tecnologia, e adotava apenas três das tecnologias listadas, disso decorrendo a opção por não classificar as listadas. Se estivesse nos Estados Unidos, não teria condições de entrar na lista dos mais atualizados tecnologicamente. Em contrapartida, segundo os dados levantados no Questionário I, foi observado que esse hospital adotava 13,3% dos procedimentos listados naquele prontuário. Ao contrário dos hospitais dos Grupos 2 e 3, a maioria (61,1%) dos serviços assistenciais era terceirizada. Esse quadro sugere que o hospital apresentou um perfil de menor densidade tecnológica e menor densidade em casos de alta complexidade.

O Quadro 29 apresenta as tecnologias mais destacadas entre as percebidas como mais inovadoras. O PET/CT *scanner* foi destacado por todos os hospitais dos Grupos 1 e 2; a cirurgia robótica e o sistema de fotoemissão avulsa CT foram destacados pelos hospitais do Grupo 1; a radiação não invasiva em uma área específica foi destacada pelos hospitais H2, H3 e H4; os serviços de transplante pelos hospitais H1 e H3, e a terapia de imagem guiada por radiação nos hospitais H1 e H4. Pelo hospital H1, foram destacadas as tecnologias radiocirurgia estereotáxica e a cirurgia ortopédica assistida por computador. Apenas o hospital H4 destacou a tomografia CT computadorizada multifatiada em espiral:

Quadro 29 – Tecnologias mais destacadas

Tecnologias mais destacadas	H1	H2	H3	H4
PET/CT <i>scanner</i>	Sim	Sim	Sim	Sim
Cirurgia robótica	Sim	Sim	Sim	Não
Sistema de fotoemissão avulsa CT	Sim	Sim	Sim	Não
Radiação não invasiva em uma área específica	Não	Sim	Sim	Sim
Serviços de transplantes	Sim	Não	Sim	Não
Terapia de imagem guiada por radiação	Sim	Não	Não	Sim
Radiocirurgia estereotáxica	Não	Sim	Não	Não
Cirurgia ortopédica assistida por computador	Não	Sim	Não	Não
Tomografia CT computadorizada multifatiada	Não	Não	Não	Sim

O entrevistado E1.1 (clínico) colaborou com o ranqueamento das tecnologias, mas não considerou que fossem grandes novidades para o hospital, pois todas já eram utilizadas, algumas havia muito tempo: “Apesar de colocar nessa ordem não significa que são novidades para nós”.

O entrevistado E1.2 (administrativo) observou que, em função do entendimento de cada entrevistado sobre cada tecnologia, as interpretações seriam diferenciadas:

Mesmo a unidade intensiva de atendimento cardíaco, dependendo do que você está falando, ela é mais avançada do que a cirurgia robótica. Se você está falando intensiva de atendimento cardíaco, que usa um equipamento que é capaz de dar suporte a vida na falência cardíaca contínua, como é o caso do uso do perfusor, que substitui o pulmão e o coração, que hoje existe, e pode dar mais 15-20 dias de vida para o indivíduo, o uso de balão intraórtico, o uso de coração artificial externo, sem dúvida é a unidade mais complexa que existe aqui, embora a cirurgia robótica seja muito complexa. Se é uma unidade intensiva de atendimento cardíaco é uma unidade coronariana, nós inauguramos recentemente uma unidade de insuficiência cardíaca, eu tenho condições de utilizar essa máquina de perfusão, que não é uma bomba de perfusão essa corpórea comum, ela é totalmente descartável. Uma outra tecnologia, existe uma tecnologia que tem um sistema de rotação helicoidal que aumenta a capacidade de bombeamento cardíaca, através de válvula que você instala nas artérias, então isso é diferente.

O entrevistado E3.2 (administrativo) comentou:

Cirurgia robótica tem muito o que evoluir e demanda um tempo de aprendizado para os profissionais. PET CT SCANNER é uma tecnologia que

tem entrado cada vez mais nesta organização, dá ao médico a condição de diagnóstico bastante mais precisa e de rapidez também.

O entrevistado E3.3 (administrativo) ponderou:

Eu penso que uma cirurgia robótica, o investimento que a gente está fazendo, acho isso é uma coisa do futuro. Por isso que eu estou colocando ela aqui como inovadora. Nós já temos ela desde 2008 aqui e temos tido bons resultados.

O entrevistado E4.3 (clínico) esclareceu que, em função dos serviços aprovados pelas empresas operadoras de seguros e planos de saúde, não terão condições de investir em cirurgia robótica nos próximos anos: “Nos próximos cinco anos, não investiremos em robótica, estrategicamente decidimos que não vamos investir, porque a nossa fonte pagadora não paga por este tipo... Assim, temos outras prioridades”.

O entrevistado E5.1 (administrativo) comentou:

A resposta é que nós não praticamos tratamentos clínicos ou cirúrgicos que utilizem técnicas mais avançadas. Nós somos um hospital de médica complexidade e essas técnicas são mais para alta complexidade. A resposta fica prejudicada. Utilizamos tomografia CT, temos a unidade intensiva de atendimento cardíaco (em tratamentos de cardiologia, neurologia, pneumologia, urologia).

O entrevistado E5.2 comentou (administrativo): “Esses tratamentos, recursos são todos de altíssimo custo, e nós não possuímos”.

Já o E5.3 (clínico) destacou os possíveis investimentos tecnológicos no hospital:

Acho que, nos próximos cinco anos, utilizaremos a ressonância magnética, o serviço de oncologia com radioterapia, quimioterapia. O PET SCAN, a região precisa disso, estamos batalhando. Cirurgia cardíaca, estamos em processos de montagem desse serviço; arteriografia digital também estamos montando. Nos próximos cinco anos, é a tendência para a região, e o que a capacidade que este hospital tenta conseguir. Então, robótica, essas coisas, pode ser que venha a acontecer, mas a prioridade, nos próximos cinco anos, é essa tecnologia e esse diferencial que a gente vai obter.

- 13) Os cinco serviços mais importantes oferecidos pelo hospital, e pretensões do hospital em ampliar, manter ou reduzir o portfólio de serviços oferecidos.

Nesta questão aberta os entrevistados tiveram liberdade para comentar sobre suas percepções relacionadas aos cinco serviços mais importantes do hospital.

As percepções dos entrevistados foram diferenciadas, até com indicações contraditórias entre os representantes de um mesmo hospital. Dessa forma, uma primeira constatação foi relativa à necessidade de maior alinhamento nos hospitais sobre o entendimento da representatividade dos serviços mais importantes.

Todos os hospitais atuavam em diagnóstico, cirurgias e tratamentos clínicos, o que incluía terapias intensivas (a representatividade já foi analisada na composição de leitos hospitalares). Para simplificar, consideraram-se as especialidades, independentemente de ser clínica ou cirúrgica (devido às diferentes respostas).

O Quadro 30 apresenta uma consolidação dos serviços, a partir da indicação majoritária em cada hospital. Os números chegaram a superar cinco serviços.

Quadro 30 – Serviços mais importantes do hospital

Serviços mais importantes oferecidos pelo hospital, e pretensões do hospital em ampliar, manter ou reduzir o portfólio de serviços oferecidos	Hospital				
	H1	H2	H3	H4	H5
Neurologia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ortopedia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cardiologia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Oncologia	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Gastrologia	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Urologia	Sim	Não	Não	Não	Sim
Transplantes	Sim	Sim	Não	Não	Não
Maternidade /Obstetrícia	Não	Sim	Não	Não	Sim
Ortomolecular	Não	Não	Sim	Não	Não
Geriatria	Não	Não	Sim	Não	Não
Ginecologia	Não	Não	Não	Não	Sim
Ofalmologia	Não	Não	Não	Não	Sim
Dermatologia	Não	Não	Não	Não	Sim

Os serviços destacados em todos os hospitais foram: neurologia; ortopedia, e cardiologia. A oncologia foi destacada pelos hospitais dos Grupos 1 e 2. O hospital do Grupo 3, H5, apresentou uma composição de serviços um pouco mais ampla e alinhada a um perfil tecnológico de menor complexidade.

É importante lembrar a ponderação de Porter e Teisberg (2007) sobre a importância de os hospitais terem experiência, escala e domínio em cada serviço. Desse modo, oferecer tudo pode não ser a melhor alternativa. Quanto mais ampla a gama de serviços, pode se tornar mais difícil atingir a recomendação apresentada.

Ainda que tenham sido notadas diferentes percepções entre os entrevistados, observou-se uma alta similaridade entre os hospitais do Grupo 1. O hospital do Grupo 2 restringia o seu *mix* de serviços, por limitações impostas pelas operadoras e para a maior competitividade da organização.

No caso do Grupo 3, era esperada uma maior variedade, especialmente por atender principalmente pelo SUS, como hospital geral.

A seguir, são destacados alguns comentários feitos pelos entrevistados.

No hospital H1, as respostas apresentaram alinhamentos, mas também algumas diferentes percepções sobre os serviços mais importantes. O entrevistado E1.1 (clínico) respondeu:

Os cinco mais importantes são: câncer, urologia, cirurgia gastroenterológica, neurocirurgia e ortopedia. Pretendemos ampliar esse escopo aqui da gente para transplantes; que a gente pretende fazer, de aumentar o número de transplantes e hematologia.

O entrevistado E1.2 (administrativo) respondeu:

Os cinco serviços são o de oncologia, cardiologia e ortopedia; nessa ordem os três mais importantes. Aí, tem uma área importante de diagnóstico e, dentro de um quinto, a área de terapêutica voltada pra utilização de radiação, a área de radioterapia.

O entrevistado E1.3 (clínico) respondeu: “O hospital pretende ampliar o portfólio. Os cinco principais são: oncologia, cardiologia, cirurgias. É muito importante a cirurgia digestiva, cirurgia urológica e a terapia intensiva”.

No hospital H2, as respostas apresentaram alguns alinhamentos, mas algumas diferentes percepções também. Nesse hospital, os serviços de diagnóstico representavam em torno de 40% das receitas, seguidos pelos tratamentos cirúrgicos com aproximadamente 33% das receitas, e em torno de 27% para os tratamentos clínicos. Esses percentuais eram aproximados, e eram oferecidos outros serviços: ensino, pesquisa, consultoria e gestão compartilhada de hospitais públicos.

O entrevistado E2.2 (administrativo) respondeu:

Quarenta por cento (40%) dos resultados são da medicina diagnóstica. Dentro dela, laboratório e imagem. Dos outros 60%, 45% clínico e 55% cirúrgico. No bloco cirúrgico, Unidade tratamento intensivo e semi-intensivo, cirúrgico e atividades acessórias das áreas de maior complexidade. Especialidades estratégicas, transplantes, cardiologia, neurologia, locomotor, oncologia.

O entrevistado E2.3 (clínico) comentou, sobre a possibilidade de ampliação do portfólio de serviços e sobre seu entendimento a respeito de especialidades estratégicas: “Sempre ampliamos o portfólio, mas falamos, os serviços são os programas ou especialidades estratégicas: oncologia, cirurgia, neurologia, ortopedia, cardiologia”.

O entrevistado E2.4 (administrativo) destacou outros serviços, além dos assistenciais, e seu entendimento das especialidades estratégicas:

O hospital em geral; depois, a medicina diagnóstica, a administração pública compartilhada; depois, a unidade de ensino e a consultoria. Dentre os serviços hospitalares, destaco as especialidades mais importantes: maternidade, cardiologia, oncologia, transplante, ortopedia e gastro.

No hospital H3, as respostas apresentaram alguns alinhamentos, mas algumas diferentes percepções. Conforme já relatado, o hospital tinha ampliado sua atuação na cadeia de valor da saúde, mas existia a preocupação em avaliar suas especialidades, o que podia implicar tanto na ampliação como na redução desses serviços. O entrevistado E3.1 (administrativo) respondeu:

Os cinco serviços mais importantes do hospital são ortopedia, cardiocirculatórias ou circulatórias com cardio e neuro, digestivas, oncológicas e algumas doenças crônicas que acometem o idoso. Nós defendemos a especialização em determinadas áreas, e isso pode significar, sim, em deixar de lado algumas coisas que hoje, no hospital, fazem que não teria sentido fazer a estratégia de especialização nestas áreas, trabalhando em toda a cadeia da saúde, desde a prevenção até o segmento de doença crônica.

O entrevistado E3.2 (administrativo) comentou:

O hospital pretende ampliar, dentro das cinco áreas de especialidade, que são os cinco serviços mais importantes que eu poderia citar, cardiologia invasiva, cardiologia não invasiva, transplantes, cirurgia ortopédica e cirurgias da área digestiva. Talvez sejam os mais importantes oferecidos pelo hospital hoje.

O entrevistado E3.3 (administrativo) esclareceu sobre seu entendimento das áreas de especialidades: “Serviços de cirurgia digestiva, doenças digestivas, de doenças osteomusculares, doenças vasculares, oncológicas são as quatro especialidades. A outra é a atenção ao idoso, na área de conhecimento”.

O entrevistado E3.4 (clínico) esclareceu sobre seu entendimento de especializações do hospital e destacou a possibilidade de ampliação dos serviços:

Os cinco serviços mais importantes: atenção ao idoso, foco em doenças cardiovasculares, oncologia, musculoesqueléticas e aparelho digestivo. E eu entendo que o hospital pretende aumentar o seu portfólio de serviços, sem dúvida nenhuma. Tem aumentado, inclusive.

No hospital H4, as respostas apresentaram alguns alinhamentos, mas algumas diferentes percepções. O entrevistado E4.1 (administrativo) destacou as seguintes especialidades: “Oncologia, neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, ortopedia e cirurgia oncológica. O hospital não pretendia ampliar, o hospital pretende manter este portfólio”.

O entrevistado E4.2 (clínico) respondeu:

A oncologia, a ortopedia, a cardiologia, a neurologia e a terapia intensiva, esses são os nossos cinco maiores serviços de porte, que a gente vem orientando o nosso planejamento estratégico. E o que a gente quer aumentar é justamente a parte oncológica. E recentemente, há cerca de dois anos, a gente ampliou bastante a parte neurológica, com uma unidade neuro intensiva.

O entrevistado E4.3 (clínico) também comentou sobre alguns recursos disponíveis:

Serviço oncológico, incluindo diagnóstico, que inclui radioisótopos, PET/CT; especialidade neurológica, que oferece pronto-socorro de neurologia e uma terapia intensiva neurológica; atendimento em cardiologia, que oferece pronto-socorro em cardiologia, hemodinâmica, cateterismo, angioplastia primária, e uma UTI de cardiologia e neurocirurgia, que temos um centro cirúrgico com sala específica pra isso com neuronavegação e radio cirurgia, gama nife. São os nossos diferenciais.

O hospital H5 foi classificado como de média tecnologia. O entrevistado E5.1 (administrativo) esclareceu:

Aqui, nós temos serviços de ginecologia e obstetrícia de alto nível que atende à Mãe Paulistana. Os nossos serviços de ortopedia de alto nível, serviços de cirurgia vascular de alto nível, serviço de neurocirurgia de alto nível, a oftalmologia também de alto nível. Nossas UTIs são up to date, são UTIs completas, inclusive com unidade semi-intensiva, berçário patológico na UTI neonatal. Temos UTI pediátrica. Eu elencaria essas. No resto, todas as atividades são consideradas de média complexidade, tanto em dermatologia, cirurgia de cabeça e pescoço, gastrocirurgia, cirurgia urológica. Eu colocaria como as primeiras das mais importantes, pela sua sofisticação relativa, e essas últimas como exigíveis para um hospital geral.

O entrevistado E5.2 (administrativo) considerou a possibilidade de ampliação dos serviços:

Sim, a gente pretende sempre ampliar o portfólio, mas é questão que depende de negociação com nosso gestor que seria a Secretaria Municipal de Saúde. Os principais serviços são oftalmologia, hemodiálise, ortopedia, cirurgia infantil. A gente reputa como de difícil acesso para a população e, aqui, nós temos um bom serviço. E talvez, ainda mais, a maternidade.

O entrevistado E5.3 (clínico) respondeu:

Acho que o nosso carro-chefe é a cirurgia eletiva. Depois, os diagnósticos, ultrassonografia, tomografia, o Doppler e toda a parte de arteriografia, de vascular, Doppler, ecocardiograma e endoscopia digestiva. Sem dúvida. Porque isso é uma demanda. Somos obrigados a ampliar.

14) Papel do *marketing* no hospital e efetiva participação dos profissionais de *marketing* no desenvolvimento do portfólio de produtos/serviços.

Nesta questão aberta, os entrevistados comentaram sobre suas percepções relacionadas ao papel do *marketing* no hospital e efetiva participação dos profissionais de *marketing* no desenvolvimento do portfólio de produtos/serviços.

No presente estudo, já foi apresentada a observação de Kennett et al. (2005) sobre as principais tarefas do *marketing* no setor de saúde. Estão relacionadas ao conhecimento dos clientes e do mercado de atuação; a como ocorre a competição entre as organizações; à segmentação de mercado; ao desenvolvimento da combinação de produtos/serviços; à cobertura de mercado; à precificação; à comunicação, e a relacionamentos.

A seguir, é apresentado um resumo das respostas obtidas nas entrevistas (Quadro 31).

Quadro 31 – Papel do *marketing* no hospital

Entrevistado	Papel do <i>marketing</i> no hospital e efetiva participação dos profissionais de <i>marketing</i> no desenvolvimento do portfólio de produtos/serviços
H1	As respostas não foram uniformes, a importância foi percebida de maneira diferenciada, como colaboração para o desenvolvimento de estratégias e inovações, planos para ampliações nos serviços de diagnósticos, mas principalmente no relacionamento com as operadoras de planos de saúde.
H2	As respostas não foram uniformes. Foi reconhecida a importância, mas principalmente no relacionamento com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde. Internamente, a área médica define e o <i>marketing</i> procura negociar o modelo comercial com as operadoras.
H3	Importante no desenvolvimento de produtos e serviços e na comunicação. O estilo do hospital era discreto, o <i>marketing</i> atua em pesquisas de mercado e colabora na concepção do produto.
H4	Relacionamento com o público interno e o externo, participação no planejamento estratégico. Eram realizadas reuniões semanais entre médicos e o <i>marketing</i> .
H5	O <i>marketing</i> praticamente não existe no hospital.

O balanço geral dos hospitais dos Grupos 1 e 2 indicou que havia percepções sobre a importância do *marketing*, mas o papel era restrito (de maneira diferenciada em cada hospital): em ações de comunicação; no relacionamento com as operadoras de seguros e planos; no relacionamento com o público externo; no relacionamento com o público interno; nos estudos de mercado; em algumas contribuições para o desenvolvimento de estratégias, e para o desenvolvimento de produtos. Não é possível afirmar que, efetivamente, o *marketing* tivesse uma participação ampla e similar como em organizações de outros setores, onde esta área apresenta maior importância estratégica, representatividade e escopo de atuação. O papel do *marketing* pareceu ainda estar distante das tarefas básicas relatadas na revisão da literatura.

No hospital H1, as percepções sobre *marketing* foram diferenciadas. Foi reconhecida sua importância, mas o trabalho podia envolver atividades relacionadas ao desenvolvimento de estratégias, o relacionamento com as operadoras, e os estudos para ampliação de serviços. O entrevistado E1.1 (clínico) respondeu que o *marketing* tinha grande importância na instituição, inclusive no desenvolvimento de estratégias:

O marketing tem um papel importantíssimo dentro da instituição; tem um papel preponderante, e eles participam disso. De toda a estratégia do hospital de futuro, presente, curto, médio e longo prazo, eles estão presentes, justamente para ver. Eles fazem estudo de mercado, trazem para

a gente as maiores inovações, quais são as tendências para a gente poder fazer. Então, é um papel importantíssimo.

O entrevistado E1.2 (administrativo) comentou que a importância do *marketing* ainda não era tão alta, e era necessário maior profissionalização:

O marketing tem uma importância relativa, de um a cinco eu diria três. Porque, de novo, o que traz os pacientes para o hospital são os médicos, mas como eu tenho que ter um relacionamento com as operadoras, então, uma parte importante da função do marketing é essa relação com as operadoras. Existe alguma atividade que está sendo desenvolvida, de trabalhar a marca do hospital no mercado. Ela é uma atividade do marketing, mas ainda não está tão profissionalizado.

Entretanto, o entrevistado E1.3 (clínico) comentou que a atuação do *marketing* era importante, principalmente em estudos sobre ampliações de serviços:

É importante, o marketing é importante. Acho que tem, particularmente para as ampliações de setores de diagnóstico. Também a gente é muito forte aqui. O marketing tem planos e a gente tem utilizado bastante.

No hospital H2, as percepções sobre o papel do *marketing* foram diferenciadas. O entrevistado E2.2 (administrativo) respondeu que o principal papel estava no relacionamento com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde:

Na verdade, não há desenvolvimento de produto que não envolva operadora de planos de saúde, devido à representatividade no faturamento. Assim, é preciso pessoa especializada em operadora de plano de saúde. Não envolve apenas conhecimento técnico, mas que saiba empacotar serviços. Como exemplo, o programa de coluna: uma operadora tinha a percepção de gastos fúteis, desnecessários, nesse setor. Então, nos procurou. Organizamos um grupo de médicos, órteses e próteses. Negociamos com um grupo específico de fornecedores e oferecemos à operadora. Daí, a operadora nos enviou 500 pacientes com recomendações para cirurgias. Destes, 33% foram confirmados para cirurgias.

O entrevistado E2.3 (clínico) respondeu que o *marketing* tinha um papel de apoio, mas não era decisório. Entretanto, o entrevistado E2.4 (administrativo) concluiu por uma combinação entre a complementaridade do trabalho dos médicos com o *marketing*:

O marketing tem participação efetiva, trabalha junto com a equipe médica para desenvolver programas alternativos de tratamentos, por exemplo. Na verdade, a área médica define e o marketing procura negociar o modelo comercial com as operadoras.

No hospital H3, existia o reconhecimento da importância do *marketing*, mas devido à sua cultura, a organização era muito discreta. O entrevistado E3.1 (administrativo) reconheceu que o *marketing* podia colaborar no desenvolvimento de produtos:

É importante a participação do marketing, e eles têm uma efetiva participação no desenvolvimento dos produtos e dos serviços. Mas a nossa ideia é que essa participação do marketing é pra poder explicar, pra poder comunicar adequadamente o que é aquilo, e não promover aquilo. Exemplo: se nós falamos de cirurgia robótica, o marketing está junto para entender o que há de diferente na cirurgia robótica, vantagens e desvantagens, mas não para vender cirurgia robótica. É para mostrar o que essa tecnologia pode trazer em termos de benefício, atributo de produto.

O entrevistado E3.2 (administrativo) ratificou o perfil discreto do hospital:

Não é um hospital que tem excessiva exposição em mídia, não é um hospital que faz propaganda sobre as questões que acontecem aqui.[...]. Por uma opção nossa, pela nossa cultura mesmo, porque nós somos mais voltados para dentro.[...] Atuam, sim, na participação conosco, em termos pesquisa de mercado, para aprovação de novos produtos. Têm participação, sim, mas quem acaba decidindo um novo produto é um projeto que normalmente vem de alguém do corpo clínico, médico.

O entrevistado E3.3 (administrativo) ratificou o perfil discreto do hospital.

Por sua vez, o entrevistado E3.4 (clínico) esclareceu que o *marketing* era importante, com participação no desenvolvimento de produtos:

Tem, com certeza, tem. E, aí, eu posso falar a respeito dos serviços que coordeno. O marketing tem uma participação efetiva, inclusive na concepção do produto. Foi assim com o programa Bem-estar, foi assim também com o programa Aprender e Saúde, que é um programa que a gente oferece pras escolas da comunidade alemã sobre educação e saúde. Está sendo assim num programa que a gente chama provisoriamente de Viva forte-viva bem, que é um programa para exercício físico resistido em pacientes oncológicos. Este não está pronto ainda, vai para o mercado daqui a pouco, e o marketing participa desde os primeiros brainstorming, enfim.

No hospital H4, a percepção sobre o *marketing* foi diferenciada entre os entrevistados. O entrevistado E4.1 (administrativo) observou que o *marketing* tinha uma atuação mais limitada no hospital:

Não. A rigor eles atendem a demanda que a gente definiu no mercado. Não são eles que identificam ou não. Esse é um papel fundamental, muito mais do que no nível mercadológico externo para o mercado interno. É fazer a conscientização de todas as equipes do hospital,

dar caminho para o hospital público. É o caminho que o hospital está programando para seguir.

O entrevistado E4.2 (clínico) defendeu a importância do *marketing* no planejamento estratégico, nos relacionamentos com o público interno e com o público externo:

Marketing é fundamental. Acho que todas as áreas do hospital são importantes e o marketing não deixa de ser. A gente, recentemente, ganhou algum concurso que a gente fez, principalmente na parte de sustentabilidade e o marketing veio a provar o seu valor. É o terceiro ano consecutivo que a gente ganha prêmios na questão sustentabilidade; e não só isso. Então, o marketing ajuda a ter uma visão interna, melhorar os processos internos, ter sapiência do que está acontecendo internamente, incluindo o marketing, e o marketing externo principalmente, com a população, que, obviamente, eles fazem parte do processo. Em toda reunião de gestão de planejamento estratégico, o marketing está presente. Sem dúvida, sem dúvida. Eles têm total noção, muito maior, muito melhor do que nós sobre o mercado e o meio. Então, isso é de extrema importância.

O entrevistado E4.3 (clínico) comentou sobre a importância de interação entre os médicos e o *marketing*:

Sim. O marketing é muito importante porque a gente está querendo divulgar os nossos serviços, quer ampliar o nosso marketing share de algumas especialidades. A gente quer fortalecer a nossa marca e a gente quer divulgar o nosso cuidado com sustentabilidade. Então, o marketing tem sido fundamental e parceiro nisso. Médico e marketing em conjunto; semanal, médicos com marketing.

O hospital H5 operava basicamente com o SUS e praticamente não eram desenvolvidas atividades de *marketing*.

15) Principal(ais) componente(s) do perfil tecnológico/ assistencial da oferta de serviços valorizado pelo hospital para se apresentar no mercado de saúde.

Nesta questão aberta os entrevistados tiveram liberdade de comentar sobre suas percepções relacionadas ao(s) principal(ais) componente(s) do perfil tecnológico/assistencial da oferta de serviços valorizado pelo hospital para se apresentar no mercado de saúde (Quadro 32).

O balanço geral indicou que os hospitais do Grupo 1 (H1, H2 e H3) assumiam o perfil de liderança tecnológica. Havia indicação de alinhamento ao modelo assistencial com capacitados recursos humanos, para a rápida incorporação e uso dessas tecnologias, atendimento humanizado e qualidade na assistência (nos processos e desfechos).

O hospital H4 assumia o perfil de alta tecnologia, combinado com recursos humanos capacitados e serviços para diferenciar a organização.

O hospital H5 estava posicionado como de média tecnologia e com a incorporação de algumas altas tecnologias, de maneira compatível ao mercado de atuação (SUS) e capacidade de investimentos da organização.

Quadro 32 - Perfil tecnológico do hospital/assistencial

Entrevistados	Principal(ais) componente(s) do perfil tecnológico/assistencial da oferta de serviços valorizado pelo hospital para se apresentar no mercado de saúde
H1	Pioneirismo e criação, estado da arte em alta tecnologia; o pioneirismo faz parte da imagem do hospital. Alta e atualizada tecnologia, mas o mais importante é o médico.
H2	Pioneirismo tecnológico; capacitação do corpo clínico assistencial para a adoção muito rápida dessas tecnologias. Alta tecnologia é composta pela combinação de excelência em qualidade, atendimento humanizado e liderança em pesquisa. Preocupação de como a comunicação leva a tecnologia para a cabeça do consumidor.
H3	Tecnologia de ponta e reconhecido corpo clínico, consistência do modelo assistencial na preparação do pessoal para o correto uso da tecnologia. Avaliações comerciais e técnicas para introdução de novas tecnologias.
H4	Alta tecnologia para pacientes de alta complexidade. Engloba equipamentos, médicos e serviços. É considerada a tecnologia necessária para atender as cinco grandes especialidades do hospital.
H5	Média complexidade e algumas especialidades de alta tecnologia.

O hospital H1 tinha um perfil de pioneirismo em alta tecnologia. Isso fazia parte da sua imagem, mas o médico tinha papel mais importante. O entrevistado E1.1 (clínico) observou o perfil de alta tecnologia e pioneirismo do hospital:

O hospital tem algumas características. Uma é da alta complexidade, ou seja, nós gostamos de atender aquilo que é difícil de resolver, está complexo, essas coisas. Segundo, é que a gente tem, a gente se esforça para manter, é a questão do pioneirismo. Tudo que é inovação que acontece lá, nós fazemos, e nós também criamos inovação, porque nós temos um outro segmento, que para nós é importantíssimo, que é ensino e pesquisa. Então, nós temos ensino e pesquisa, tem um instituto de ensino e

pesquisa que faz isso de forma consistente. Então, a gente também cria tecnologia.

O entrevistado E1.2 (administrativo) destacou a maior importância do médico em relação à tecnologia:

Mais importante é o médico, obviamente, e é o que nós mostramos ao mercado. É óbvio que nós temos, por todas as razões, quase em todas as áreas em que atuamos, uma tecnologia muito atualizada. São muito poucas as áreas que a gente não tem hoje uma tecnologia da hora.

O entrevistado E1.3 (clínico) destacou que o estado da arte em alta tecnologia fazia parte da imagem do hospital:

Este é um hospital de alta complexidade. Então, em geral, você tem uma tendência a ter absorção de tecnologia de ponta, de ter a tecnologia de estado da arte. Então, isso é natural. E tradicionalmente, também, o hospital se colocou como um hospital de uso pioneiro em tecnologia. Então, para a gente, é natural ter alta tecnologia.

O hospital H2 também estava direcionado para o pioneirismo em alta tecnologia. Foram destacadas preocupações com a excelência em qualidade, o atendimento humanizado e a liderança em pesquisa. Além disso, foi destacada a importância da capacitação do corpo clínico assistencial para a utilização muito rápida dessas tecnologias.

O entrevistado E2.2 (administrativo) observou a importância da combinação entre qualidade, atendimento humanizado, liderança em pesquisa, mas ressaltou que podia não ser tão simples comunicar sobre tecnologia aos consumidores:

Temos avançado em alguns atributos tecnologicamente. Excelência em qualidade. Atendimento humanizado. Liderança em pesquisa. Esta combinação, procuramos construir a nossa imagem, trazer a ideia que temos melhores equipamentos, conhecimentos mais avançados, preocupação muito grande com a qualidade dos processos, mas com atendimento humanizado. Será que é tão diferente dos outros hospitais? Nós falamos que a comunicação tende a cair numa área cinza, bastante similar nos textos. O desafio não está tanto no enunciado, mas na maneira como levar para a cabeça do consumidor.

O entrevistado E2.3 (clínico) respondeu que o hospital era o melhor. Por sua vez, o entrevistado E2.4 (administrativo) destacou a importância da rápida adoção das novas tecnologias:

Pioneirismo tecnológico, a adoção muito rápida de novas tecnologias e a capacitação do corpo clínico assistencial para a adoção

muito rápida dessas tecnologias. Eu tenho a impressão que o mercado enxerga o hospital como inovador em tecnologias da saúde.

O hospital H3 apresentou um posicionamento de alta tecnologia associada ao modelo assistencial e à alta capacitação do corpo clínico, além de procedimentos para avaliação comercial e técnicas para introdução de novas tecnologias. O entrevistado E3.1 (administrativo) abordou a importância do modelo assistencial e das pessoas no bom uso da tecnologia:

Eu acho que o principal componente que nós usamos é a consistência do nosso modelo assistencial na preparação do pessoal para o correto uso da tecnologia. Porque o que acontece é que a tecnologia disponível, muitas vezes, por falta de capacitação do pessoal, não é usada na sua plenitude. Então, eu acho que, para apresentar para o mercado olhar, aqui, nós fazemos bem isso, e nós dominamos isso que nós fazemos. Porque o modelo assistencial se preocupa com a capacitação dos recursos humanos para que eles usem a tecnologia adequadamente.

O entrevistado E3.2 (administrativo) destacou a importância dos processos de avaliação comercial e técnica:

De uma nova tecnologia, nós temos um processo bem definido. Primeiro, nós temos uma pesquisa constante do que está sendo lançado no mercado. O marketing também nos auxilia, pesquisando o que os nossos concorrentes, o que os hospitais de São Paulo e do Brasil possuem de tecnologia nova. Nós buscamos parecer de um especialista ou alguns especialistas, vem com essa novidade antes de nós termos feito qualquer pesquisa e qualquer abordagem em relação ao mercado. E, aí, nós passamos para uma quarta etapa nesse processo definido de avaliação, que é uma etapa que avalia, do ponto de vista comercial, do ponto de vista do retorno do investimento, o que é possibilidade, que histórico existe deste equipamento, se é que já existe; o que o especialista acha em termos de produção em relação a procedimentos que podem ser utilizados naquele equipamento. Então, uma avaliação comercial e uma avaliação técnica pela engenharia clínica. A engenharia clínica tem um papel bastante atuante e, algumas vezes, pode, sim, a avaliação da tecnologia pela engenharia clínica pode ser definitiva na aprovação ou não de um equipamento novo.

O entrevistado E3.3 (administrativo) destacou a importância da capacidade do corpo clínico:

Eu penso que, hoje, nas nossas áreas de conhecimento, nós temos corpo clínico reconhecido, nacional e internacionalmente nas nossas áreas de especialização e temos tecnologia de ponta. Associar a nossa assistência, eu penso que esse é o principal componente do perfil tecnológico.

O hospital H4 teve um posicionamento de alta tecnologia, considerada necessária para o atendimento de suas grandes especialidades. Segundo os entrevistados, a tecnologia devia ser combinada com a capacitação dos médicos e a prestação de serviços para o alcance de diferenciação.

O entrevistado E4.1 (administrativo) observou que o hospital devia contar com a tecnologia necessária para atendimento das cinco grandes especialidades:

O hospital procura se posicionar com a tecnologia necessária para atender as cinco grandes especialidades. Por exemplo, hoje, para atender a oncologia, estamos finalizando a construção de um edifício que vai ser totalmente dedicado à oncologia, inclusive com acelerador linear, dois aceleradores lineares, com a mais alta tecnologia que existe no país, hoje, para esse tipo de paciente.

O entrevistado E4.2 (clínico) destacou a importância da combinação tecnologia, médicos e serviços:

A tecnologia em si, é como eu falei, acho que, ao longo dos anos, existiu um certo... A gente começou, antigamente, com bons médicos. Um bom hospital era o que tinha bons médicos. Todos os hospitais começaram a ter. Passou-se, bons hospitais têm bons médicos e boa tecnologia. Então, eu acho que esse segundo movimento foi um movimento que equiparou muito dos grandes hospitais. Então, a gente vê o hospital como de ponta em relação à tecnologia; e o terceiro momento é aquele que eu te falei agora, que é em relação a serviço.

O entrevistado E3.3 (administrativo) também observou o perfil de alta tecnologia:

Alta tecnologia. A gente se apresenta como alta tecnologia, e nossa preocupação com pacientes de alta complexidade. Então, quando você se dispõe a ter neurocirurgia, neurointensivismo e oncologia, você tem que ser um hospital de alta tecnologia.

O hospital H5 tinha um perfil de média complexidade com algumas especialidades de alta tecnologia. O entrevistado E5.1 (administrativo) destacou a introdução de novas tecnologias para o hospital: “Eu citaria como principal lança desse projeto a inauguração, em breve, do serviço de hemodinâmica, tanto diagnóstica quanto invasiva assistencial”.

O entrevistado E5.2 (clínico) destacou a compatibilidade da tecnologia ao perfil e possibilidades então existentes no hospital:

Os principais, como perfil tecnológico nosso, é compatível com o serviço prestado, que é um serviço que mede a complexidade. Portanto, a

parte mais avançada, a parte tecnológica mais avançada, nós ainda temos restrições severas e aguardamos o momento melhor para a gente poder ter acesso, aí, no mercado tecnológico principal.

O entrevistado E5.3 (clínico) comentou sobre o perfil do hospital:

O hospital é de média complexidade. Média complexidade e tem algumas altas complexidades também. A área de neurocirurgia, ortopedia. Então, acho que isso o hospital pode se apresentar como uma referência. Isso, acho que é muito importante.

Conforme apontado por Greer (1985), os médicos são mais representativos no processo de absorção de novas tecnologias, com participação de atores das áreas financeira e da direção. Para Novaes (2006), na adoção de novas tecnologias, os adotantes iniciais, de modo geral, são especialistas envolvidos ou que acompanham, de alguma forma, as fases anteriores de desenvolvimento ou aprovação de uso. Esse processo parece ser comandado principalmente pelos médicos, com menor participação de outros.

Conforme observaram Spetz e Maiuro (2004, p.430), se os serviços hospitalares são percebidos como ‘alta tecnologia’, podem atrair mais clientes. Desse modo, os hospitais podem adotar novas tecnologias como uma estratégia competitiva. Teplensky et al. (1995) ponderaram que um hospital pode ter o posicionamento de líder tecnológico, e que essa orientação pode ser difícil alterar.

A incorporação de novas tecnologias deve passar por estudos técnicos e de *marketing*, mas é importante avaliar como têm ocorrido esses processos introdutórios: o uso, os desfechos para os pacientes, os custos, retorno de investimento e obsolescência dessas tecnologias. Esse cenário justifica a participação de um maior número de atores organizacionais nos processos de adoção de novas tecnologias

É importante acompanhar a corrida pela incorporação de novas tecnologias, o risco de ela se tornar desenfreada e levar os hospitais a uma crescente e contínua espiral de grandes investimentos e talvez a aumentos de custo, o que poderia comprometer, até, o acesso de parte da população, e os resultados das organizações participantes da cadeia de valor da saúde.

É oportuno lembrar a declaração do entrevistado E4.1 ao considerar o uso da tecnologia necessária às grandes especialidades do hospital, o que sugere a medida certa, nem abaixo, nem acima.

Dessa forma, as organizações hospitalares devem contar com estratégias para incorporação de tecnologias, sincronizadas às estratégias de mercado e às demais estratégias organizacionais; proporcionar maior valor (o balanço entre benefícios, custos e sacrifícios) aos pacientes e clientes, e envolver toda a cadeia de valor no alcance do sucesso.

Conforme já destacado, Silva e Viana (2011) observaram a importância dos governantes fortalecerem as regras para o gerenciamento da difusão de novas tecnologias.

16) Tendências nos resultados (Melhorou; Estável; Piorou) de desempenho do hospital nos últimos três anos.

Nesta questão, os entrevistados responderam sobre suas percepções a propósito dos resultados de desempenho do hospital (Melhorou-M; Estável-E; Piorou-P) nos últimos três anos (Quadro 33). Os resultados envolveram as perspectivas financeira, clientes, processos, recursos humanos, alinhadas à abordagem tradicional do *Balanced ScoreCard*.

Em relação à receita líquida, foram observados melhores resultados nos hospitais dos Grupos 1 e 2, enquanto que, no hospital do Grupo 3, foi indicada estabilidade.

Nos resultados de *superavit* (ou lucro líquido, no caso do hospital H4) e liquidez (capacidade de pagamento das contas), foram observadas percepções de melhores resultados nos hospitais H1, H2 e H4, estabilidade no H3 e piores resultados no H5.

Sobre o EBITDA, foram observadas tendências de melhores resultados nos hospitais H1, H2 e H4, e estabilidade no H4. Não foi obtida resposta do hospital H5.

A percepção sobre satisfação do cliente foi de que ela melhorou nos hospitais H1 e H4, e se manteve estável nos hospitais H2, H3 e H5.

Quadro 33 –Percepções sobre resultados de desempenho

Tendência nos resultados (Melhorou -M; Estável-E; Piorou-P) de desempenho do hospital nos últimos três anos	Hospital				
	H1	H2	H3	H4	H5
Receita Líquida em R\$	Melhorou	Melhorou	Melhorou	Melhorou	Estável
Lucro Líquido (Superávit)	Melhorou	Melhorou	Estável	Melhorou	Piorou
Liquidez Seca	Melhorou	Melhorou	Estável	Melhorou	Piorou
Liquidez Corrente	Melhorou	Melhorou	Estável	Melhorou	Piorou
Liquidez Geral	Melhorou	Melhorou	Estável	Melhorou	Piorou
EBITDA	Melhorou	Melhorou	Estável	Melhorou	Não respondido
Satisfação dos Clientes	Melhorou	Estável	Estável	Melhorou	Estável
Número de Clientes	Melhorou	Melhorou	Estável	Melhorou	Estável
Controles de Custos	Melhorou	Estável	Melhorou	Melhorou	Melhorou
Padrões de Qualidade (Final)	Melhorou	Melhorou	Melhorou	Melhorou	Melhorou
Padrões de Qualidade (Nos processos)	Melhorou	Melhorou	Melhorou	Melhorou	Melhorou
Receita por Funcionário	Melhorou	Estável	Estável	Estável	Melhorou
Satisfação dos Funcionários	Estável	Estável	Estável	Melhorou	Estável
Rotatividade de Funcionários	Estável	Estável	Estável	Melhorou	Estável
Níveis de Absenteísmo	Estável	Estável	Piorou	Melhorou	Melhorou

Sobre os números de clientes, foram indicadas melhorias nos hospitais H1, H2 e H4, e estabilidade nos hospitais H3 e H5.

Nos controles de custos, foram observadas melhorias nos hospitais H1, H3, H4 e H5, enquanto que no H5 foi percebida uma estabilidade.

Nos padrões de qualidade finais, entendidos como desfechos, e nos padrões de qualidade nos processos de atendimento, foram observadas melhorias em todos os hospitais.

Na receita por funcionário, foram observados melhores resultados nos hospitais H1 e H5, o que sugere ganhos de produtividade, enquanto que, nos demais, foi observada estabilidade.

Na satisfação dos funcionários e na rotatividade de pessoal, foram observadas melhorias apenas no hospital H4, enquanto que, nos demais, foi observada estabilidade.

Nos níveis de absenteísmo, foram observadas melhorias nos hospitais H4 e H5; estabilidade no H1 e no H2, e piores resultados no H3.

A seguir, são destacados alguns comentários dos entrevistados.

O entrevistado E1.2 (administrativo) comentou sobre a estabilidade na satisfação dos clientes e melhores resultados nos controles de custos:

A gente faz uma mensuração do cliente mensalmente, através do SAC, e uma vez ao ano, através de uma pesquisa específica. Ela tem se mantido inalterada. Não piorou.[...]. Os resultados têm melhorado porque nós temos conseguido fazer com que os custos cresçam menos do que as receitas. Em grande medida, porque o movimento de ampliação do hospital criou melhores escalas pra absorção dos custos fixos e a nossa capacidade de identificação e de alocação de gastos, ou seja, de observação dos custos, melhorou muito graças ao processo de incorporação em tecnologia de informação.

Este entrevistado ainda comentou que a rotatividade dos funcionários era baixa, a menor entre os grandes hospitais: “Nossa rotatividade é a menor dos grandes hospitais. É 1% ao mês. Temos 4.200 funcionários, em torno de 40 funcionários por mês”.

Também comentou sobre prêmios de remuneração para a redução do absenteísmo:

Também é relativamente baixo, eu não sei te dizer. Em parte ele é baixo porque nós temos um sistema de remuneração, um prêmio, quando resultados de qualidade e desempenho são alcançados. E um dos itens que retira o funcionário da mostra, da possibilidade de receber o prêmio é absenteísmo.

O entrevistado E2.2 observou estabilidade no controle de custos:

Estáveis. Principais impactos: mudança no regime de assistência social; cresceu muito o que colocamos para o SUS. Com os investimentos, tivemos redução de escala; complexidade, criamos algumas. Por outro lado, temos ganho de escala em diagnóstica.

Nem sempre os entrevistados tinham pronta lembrança dos resultados de indicadores do hospital. Observaram-se, portanto, algumas divergências entre as respostas em cada organização. Isso pode indicar que os hospitais devem aprimorar

os meios de comunicação dos resultados aos seus gestores. A visão compartilhada é uma premissa na abordagem do *Balanced ScoreCard*. Ainda assim, foi possível perceber que, de maneira consolidada, em cada hospital existem boas percepções sobre os resultados de desempenho.

6.3 Consolidação das análises

O levantamento de dados sobre os hospitais foi executado por meio do Questionário I (Caracterização do hospital) e do Questionário II (Entrevistas sobre as estratégias).

6.3.1 Consolidação do Questionário I

Foram levantados dados para uma caracterização básica da infraestrutura, serviços, receitas e gastos de cada hospital (Tabela 33).

Os hospitais do Grupo 1 apresentaram maior número de leitos instalados e operacionais de internação, ainda que o hospital H4, do Grupo 2, se destacasse com o maior número de leitos de UTI.

Na avaliação das receitas brutas e relativas ao número de leitos, observaram-se melhores resultados para os hospitais do Grupo 1. Esses números eram compatíveis ao perfil de atendimento, principalmente aos usuários de operadoras, e à maior representatividade dos procedimentos de alta complexidade e alta tecnologia. Na quarta posição, apareceu o hospital H4, do Grupo 2, com atendimento principalmente aos usuários de operadoras pertencentes às classes B e C, intermediária representatividade dos procedimentos de alta complexidade e em tecnologia. O hospital H5, do Grupo 3, apresentou menores números, mas compatíveis a um hospital que atendia principalmente pacientes do SUS e tem uma pequena representatividade dos serviços de maior complexidade e baixa densidade tecnológica.

Tabela 33 – Consolidação do Questionário I

Fator / 2012		H1	H2	H3	H4	H5
Leitos Instalados		377	632	263	198	204
Leitos Operacionais		331	617	255	198	204
Leitos UTI		35	41	34	50	25
Leitos Semi UTI		48	91	0	0	4
Centro Cirúrgico - Salas		19	30	13	7	6
Centro Cir Ambul. -Salas		0	2	6	0	1
Leitos inter / salas cirúrgicas		13,1	15,2	11,6	21,1	25,0
Leitos intensivos / salas cir.		4,4	4,2	1,8	7,1	4,1
% Procedimentos Alta Comp		86,7	93,3	86,7	46,7	13,3
Internações eletiva %		63	55	Sim	80	50
Internações PS		37	45	X	20	50
Serviços de apoio %	P	0	40	40	X	X
	T	60	60	40	60	60
	T/P	40	0	20	0	0
Serviços assistenciais %	P	72,2	94,4	72,2	16,7	16,7
	T	22,2	0	16,6	61,1	61,1
	P/T	0	0	5,6	0	0
	NO	5,6	5,6	5,6	22,2	22,2
Faturamento	Diárias	70% operadoras 30% usuários privados	5	4	3	SUS
	Taxas		2	3	4	
	Materiais		3	1	1	
	Medicam		4	2	2	
	SADT		1	5	6	
	Outros		6	6	5	
Gastos	Pessoal	X	1	1	1	2
	Materiais	X	2	2	2	4
	Medicam.	X	3	3	3	5
	Manutenção	X	6	5	6	7
	Treínam.	X	7	6	8	8
	Gases	X	8	7	7	6
	Ser Terc As	X	5	8	4	1
	Ser Terc Ap	X	4	4	5	3
Corpo clínico Aberto		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Contrato operadoras		X	Sim	Sim	Sim	Sim
Glosas		X	Menor	X	X	Menor
Receitas brutas 2012		1085,3	1625,6	447,2	X	69,7
Receitas brutas 2011		865,4	1380,3	421,6	180,0	62,6
Receitas /leitos Inst		2,88	2,57	1,76	0,91	0,34
Receitas /leitos Oper		3,31	2,64	176	0,91	0,34

Os serviços de apoio mais terceirizados foram os de lavanderia e segurança, não diretamente ligados às atividades-fim dos hospitais. O hospital H4, do Grupo 2 terceirizava todos.

Os serviços assistenciais eram, na maioria (acima de 70%), próprios nos hospitais do Grupo 1. Possivelmente considerassem esses serviços como

competências essenciais, e que pudessem alcançar melhores resultados na assistência por meio dessa estratégia. Os hospitais dos Grupos 2 e 3 terceirizavam acima de 60% desses serviços. Possivelmente, considerassem que terceiros pudessem desenvolvê-los com melhor qualidade e/ou menores custos.

A terceirização deve envolver o desenvolvimento da capacidade de gerenciar essas atividades repassadas. Para tanto, é fundamental o estabelecimento de políticas e critérios para decisões (o que terceirizar), como selecionar os prestadores de serviços, as expectativas de desempenho, o acompanhamento, as penalizações e bônus relacionados aos resultados alcançados pelo terceirizado. Em suma, é necessária a competência de gestão da terceirização.

As principais fontes de receitas variaram em cada hospital, mas foi importante observar a significativa representatividade de ganhos por meio da intermediação sobre os materiais e medicamentos, situação que poderá mudar no futuro, pois a tendência é de que, no relacionamento com as operadoras, venha a ocorrer remuneração basicamente por meio dos serviços e taxas.

Os gastos com pessoal estiveram entre os mais representativos. Na sequência, estiveram os materiais e medicamentos, o que é compatível ao uso intensivo de recursos humanos e a intermediação sobre os materiais e medicamentos. No hospital H5, do Grupo 3, observou-se maior representatividade para os gastos com serviços terceirizados, o que é compatível com a significativa representatividade dos serviços desenvolvidos por terceiros.

6.3.2 Consolidação Questionário II

Esta pesquisa teve como objetivo geral estudar as estratégias de mercado adotadas em grandes hospitais gerais privados brasileiros. Os hospitais foram classificados em três grupos a partir do binômio modelo de propriedade (com ou sem fins lucrativos) e clientela atendida (beneficiários de seguros e planos de saúde e usuários do SUS): Grupo 1 – três hospitais (H1, H2, H3) sem fins lucrativos, e que atendem principalmente beneficiários de operadoras de planos privados de assistência à saúde; Grupo 2 – um hospital (H4) com fins lucrativos, e que também atende principalmente beneficiários das operadoras de planos privados de saúde;

Grupo 3 – um hospital (H5) sem fins lucrativos, e que atende principalmente usuários do SUS.

O levantamento foi dividido em quatro blocos. No primeiro, concluiu-se que os hospitais dos Grupos 1 e 2 caminhavam para uma atuação mais ampla na cadeia de valor da saúde, sendo que H3 estava mais adiantado do que os demais. O hospital do Grupo 3, H5, atuava principalmente em diagnósticos e tratamento, e, nas demais atividades, em complementaridade com outras organizações do SUS.

É importante observar que essa maior atuação representa não apenas uma oportunidade para os hospitais, mas uma possibilidade de assistência mais completa aos usuários, ao longo da vida, com uma mudança de foco nos cuidados com doenças, para os cuidados com a saúde, por meio da nova abordagem. Com isso, poderá haver maior conhecimento e serem desenvolvidos relacionamentos mais próximos com os usuários. Essa possibilidade tem relação com as mudanças demográficas e epidemiológicas do país. Essa estratégia poderá contribuir para a redução nos custos de assistência, e maior responsabilização das pessoas pelos cuidados de saúde.

O segundo bloco, desenvolvimento de estratégias no hospital, abordou o desenvolvimento de estratégias, a partir de avaliação sobre os seguintes fatores: o que leva os pacientes a escolher o hospital; as influências de macroforças ambientais; principais oportunidades e ameaças; o desenvolvimento de estratégias a partir das oportunidades e/ou recursos e competências organizacionais; os principais recursos e competências do hospital (Quadro 34).

Sobre os fatores que levam os pacientes a escolher o hospital, em geral, os maiores destaques apontados foram para: recomendações de médicos; credenciamento pelas seguradoras; marca; recomendações de familiares e amigos; histórico de informações sobre o hospital; tecnologia; equipe de enfermagem; amplitude de especialidades médicas; histórico de informações sobre os médicos; disponibilidade para o atendimento; acreditação hospitalar; localização (especialmente para os hospitais dos Grupos 4 e 5); pessoal de apoio do hospital; atendimento pelo SUS (neste caso, os pacientes do hospital do Grupo 3).

Ainda é importante considerar que o desenvolvimento de estratégias a partir da visão externa envolve a identificação dos concorrentes diretos e o conhecimento

de suas estratégias, além das facilidades para a entrada de novos competidores, ou o surgimento de conceitos substitutos.

Os hospitais são influenciados por importantes macroforças: economia, sociedade, tecnologia, demografia, legislação, cultura, meio ambiente e política. Devem acompanhá-las continuamente, além das mudanças no perfil epidemiológico da população.

As principais oportunidades destacadas pelos entrevistados estiveram relacionadas ao crescimento da economia, inclusão social, envelhecimento da população, mudanças no perfil epidemiológico e suas consequentes demandas por serviços de saúde.

As principais ameaças percebidas estiveram no relacionamento com as operadoras e prováveis mudanças nos ganhos em materiais para os ganhos em serviços, a maior concentração de mercado entre operadoras e entre hospitais, a falta de recursos humanos especializados e nas quantidades necessárias. O hospital do Grupo 2 (H4) abordou a instabilidade de algumas operadoras e o risco de concorrentes maiores contratarem os seus recursos humanos. O hospital do Grupo 3 (H5), naturalmente, apontou os riscos relacionados à dependência do SUS e de suas tabelas de preços.

O desenvolvimento de estratégias envolve principalmente a combinação de avaliações do ambiente econômico, com recursos e capacidades organizacionais. Disso decorre a importância do contínuo monitoramento e atualização das competências.

Quadro 34 – Consolidação sobre o desenvolvimento de estratégias

Tema abordado	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Fatores que levam os pacientes a optar pelo hospital em que o entrevistado trabalha	<ul style="list-style-type: none"> -Recomendações de médicos; -Marca; -Credenciamento pelas seguradoras; -Recomendações de familiares e amigos; -Atendimento pela equipe de enfermagem; -Tecnologia; -Amplitude de especialidades; -Histórico de informações sobre médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Recomendações de médicos; -Credenciamento pelas seguradoras; -Recomendações de familiares e amigos; -Disponibilidade para o atendimento; -Histórico de informações sobre médicos; -Amplitude de especialidades; -Localização. 	<ul style="list-style-type: none"> -Recomendações de médicos; -Atendimento pela equipe de enfermagem; -Disponibilidade para o atendimento; -Localização; -Atendimento pelo pessoal de apoio; -Atendimento pelo SUS.
Percepções sobre as influências de macroforças nas estratégias e desempenho do hospital	Em todos os hospitais foram observadas influências das macroforças (economia, tecnologia, demografia, legislação, sociedade, cultura, meio ambiente e política) no desenvolvimento de estratégias.		
Principais oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> -Crescimento da economia e inclusão social; -Envelhecimento da população e novo perfil epidemiológico; -Atuação ampla na cadeia de valor e novos serviços; -Relacionamentos com médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Crescimento da economia e inclusão social; -Novos serviços, alta complexidade, doenças crônicas; 	<ul style="list-style-type: none"> -Atuação com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde; -Novos serviços; -Atuação em região com poucos concorrentes.
Principais ameaças	<ul style="list-style-type: none"> -Transição de ganhos em materiais para ganhos em serviços; -Insuficiente oferta de mão de obra; -Maior concentração de mercado entre operadoras e hospitais; -Dissociação na cadeia de valor da saúde; -Economia; -Regulação. 	<ul style="list-style-type: none"> -Instabilidade de algumas operadoras; -Consolidação hospitalar; -Concorrentes atraírem mão de obra do hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dependência do SUS; -Tabelas de preços do SUS.
Desenvolvimento de estratégias: oportunidades de mercado <i>versus</i> recursos e competências organizacionais	Complementaridade entre as duas abordagens.	A partir das oportunidades de mercado; na sequência, avaliações sobre os recursos e capacidades organizacionais.	Complementaridade entre as duas abordagens.
Principais recursos e competências do hospital e sua diferenciação em relação aos concorrentes diretos	<ul style="list-style-type: none"> -Competências dos recursos humanos e relacionamento com eles; -Governança corporativa; -Cultura (específica de cada hospital); -Modelo assistencial, tecnologia, sistema de qualidade e processos; -Atendimento aos usuários. 	<ul style="list-style-type: none"> -Localização; -Gestão horizontalizada; -Portas abertas; -Excelentes profissionais e competências médicas; -Gestão de pessoal; -Lideranças; -Fazer mais com menos (motivação); -Abrangência em convênios; -Três creditações hospitalares. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tradição de bons serviços; -Resultados assistenciais; -Boca a boca favorável; -Custos operacionais; -Hotelaria; -Atendimento aberto e universal; -Relacionamento com gestor municipal; -Cultura; -Idealismo; -Credibilidade.

Cada hospital analisado contava com um conjunto de competências que serviam para a competição nos seus mercados de atuação específicos. Mas, a partir deste estudo, foi possível destacar um conjunto de competências em geral necessárias – ainda que consideradas as especificidades de cada hospital –, relacionado

principalmente à cultura organizacional, capacidades e valorização das pessoas; boa governança; um racional, claro e facilitador modelo de gestão, além das tecnologias (equipamentos, medicamentos) e infraestrutura.

Conforme Prahalad e Hamel (1995), a competitividade de uma organização está associada à capacidade de desenvolvimento de novos produtos, inovação em processos e tecnologias produtivas, além da capacidade de desenvolvimento de novas competências, o que envolve o aprendizado coletivo. Aqueles autores ainda destacaram que a competência essencial sustenta a expansão para novos mercados, a diferenciação da organização e a dificuldade para que os concorrentes imitem.

Temos, portanto, que o modelo de propriedade não parece ser suficiente para justificar algumas diferenças encontradas até o presente, mas o menor porte (Grupos 2 e 3) pode estar relacionados à maior vulnerabilidade. No caso do hospital do Grupo 3 (H5), a clientela majoritariamente atendida pelo SUS justificava diferenças em relação às ameaças, além do anteriormente destacado *mix* de serviços assistenciais de menor complexidade do que os demais.

O terceiro bloco de questões abordou as estratégias de mercado adotadas em cada hospital, conforme apresentado no Quadro 35, a seguir.

Quadro 35 - Consolidação sobre as abordagens estratégicas

Tema abordado	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Estratégia competitiva: liderança em custo, ou diferenciação.	H1 e H2 priorizam a diferenciação, enquanto que o H3 a combinação de diferenciação com liderança em custo.	Diferenciação com liderança em custo	Liderança em custo
Prioridades competitivas (mais destacadas)	-Melhores produtos (aderência à estratégia de liderança em produto); - Atendimento às características e atributos mais valorizados pelos usuários (aderência à intimidade com o cliente); -Imagem, melhores serviços e rapidez reforçam as estratégias citadas.	-Melhores produtos (aderência à estratégia de liderança em produto); - Atendimento às características e atributos mais valorizados pelos usuários (aderência à intimidade com o cliente); -Imagem, melhores serviços e rapidez reforçam as estratégias citadas. -Preço (aderência à estratégia de excelência operacional)	-Melhores produtos (aderência à estratégia de liderança em produto); - Atendimento às características e atributos mais valorizados pelos usuários (aderência à intimidade com o cliente); - Imagem, melhores serviços, variedade de serviços e rapidez reforçam as estratégias citadas. -Preço (aderência à estratégia de excelência operacional)

(Continua)

Tema abordado	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Posicionamento perante a saúde suplementar	H1 e H2: qualidade e preços superiores, equilíbrio no relacionamento com as operadoras, mas H2 mantém maior cooperação com elas. H3: preços compatíveis aos serviços, mas abaixo de H1 e H2.	Preços na média de mercado para as classes B e C, mas abaixo dos praticados pelo Grupo 1. Relacionamento entre equilíbrio e mais poder para as operadoras.	Trabalha com as tabelas do SUS, os preços com as operadoras estão abaixo da média de mercado. Menor poder do que o SUS e do que as operadoras.
Possíveis movimentos estratégicos por parte do hospital (Destaques)	-Aumentar a participação de mercado; -Crescimento orgânico; -Atuação com as operadoras; -Ampliação linha produtos; -Ser especialista em poucos segmentos; -Investimentos em SADT; -Parcerias concorrentes; -Gestão hospitalares públicos; -Novos seguimentos; -Novas unidades.	-Aumentar a participação de mercado; -Crescimento orgânico; -Atuação com as operadoras; -Ampliação linha produtos; -Ser especialista em poucos segmentos; -Investimentos em SADT; -Parcerias com concorrentes; -Incorporações novas atividades; -Aquisições linhas produtos.	-Aumentar a participação de mercado; -Crescimento orgânico; -Atuação com as operadoras; -Ampliação da linha produtos; -Ser especialista em poucos segmentos; -Investimentos em SADT; -Parcerias concorrentes; -Gestão hospitalares públicos; -Participação em rede hospitalar.
Relacionamento entre os hospitais e os seus fornecedores de equipamentos, e os fornecedores de medicamentos.	-Fornecedores podem ter maior poder, mas tem grande importância. -Relacionamento varia entre ganha-ganha a ganha-perde (para alguns entrevistados)	-Equilíbrio; -Ganha-ganha.	-Equilíbrio; -Ganha-ganha.
Adoção de tecnologias (Referência – <i>U.S. News</i>)	-Perfil de alta tecnologia e ampla variedade de aplicação em casos de alta complexidade.	-Perfil de alta tecnologia, mas em aplicações mais limitadas do que os hospitais do Grupo 1.	-Média tecnologia em limitadas aplicações em casos de alta complexidade.
Serviços mais importantes oferecidos pelo hospital (Os reconhecidos como tal)	-Neurologia; -Ortopedia; -Cardiologia; -Oncologia; -Gastrologia; -Transplantes; -Urologia -Maternidade /obstetrícia; -Geriatría.	-Neurologia; -Ortopedia; -Cardiologia; -Oncologia.	-Neurologia; -Ortopedia; -Cardiologia; -Gastrologia; -Urologia -Maternidade /obstetrícia; -Ginecologia; -Oftalmologia; -Dermatologia.
Papel do <i>marketing</i> no hospital	-Ações de comunicação; relacionamento com operadoras; relacionamento públicos externo e interno; estudos de mercado; colaborações desenvolvimento de estratégias e desenvolvimento de produtos. -Aquém do observado em organizações de outros setores.	-Ações de comunicação; relacionamento com operadoras; relacionamento públicos externo e interno; estudos de mercado; colaborações desenvolvimento de estratégias e desenvolvimento de produtos. -Aquém do observado em organizações de outros setores.	-Praticamente inexistente.
Perfil tecnológico assistencial do hospital	Perfil de liderança tecnológica, há indicações do alinhamento ao modelo assistencial, com capacitados recursos humanos para a rápida incorporação e uso dessas tecnologias, atendimento humanizado e com qualidade na assistência.	Perfil de alta tecnologia, combinado com recursos humanos capacitados e serviços para diferenciar a organização.	Posicionado como de média tecnologia e com a incorporação de algumas altas tecnologias, de maneira compatível ao mercado de atuação (SUS) e capacidade de investimentos da organização.

(Conclusão)

No Grupo 1, foi observado que os hospitais H1 e H2 adotavam a estratégia competitiva de diferenciação. Em ambos havia preocupação com a eficiência em custos, mas o principal objetivo era o de que os clientes, pacientes e as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, percebessem maior valor (a diferença entre benefícios e custos/sacrifícios) nas ofertas dessas organizações.

Os hospitais H1 e H2 mantinham relacionamento em equilíbrio com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, pois percebiam que esses clientes organizacionais necessitam contar com estes prestadores de serviços no seu portfólio, e adotavam o posicionamento mercadológico de qualidade superior e preços superiores. No hospital H3, foi assumida a combinação da diferenciação com a liderança em custo, o que pode ser explicado pelo fato de esta organização se posicionar com qualidade compatível à dos concorrentes H1 e H2, mas com preços mais baixos. Perante as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, o posicionamento era de preços compatíveis aos produtos entregues.

O hospital H4, do Grupo 2, adotava a combinação estratégica de diferenciação com liderança em custos. A intenção era a de proporcionar serviços de alta qualidade, com preços competitivos em relação aos seus concorrentes diretos. Este hospital atendia principalmente aos clientes das classes B e C. Essas pessoas podem não contar com as operadoras ou seguros e planos de saúde com melhor e maior cobertura de atendimento, o que pode implicar na oferta de uma prestação de serviços um pouco mais restrita do que as disponíveis nos hospitais do Grupo 1. Perante as operadoras, o hospital não tinha o mesmo poder de barganha dos anteriormente citados. O posicionamento era de preços de mercado (compatíveis aos seus concorrentes diretos), mas abaixo dos praticados pelo Grupo 1.

O hospital H5, do Grupo 3, praticava a estratégia de liderança em custos e operava com preços baixos. Esse hospital tinha alguns diferenciais, mas a prioridade era proporcionar boa qualidade e competitividade em custos nos serviços de atuação. No futuro, este hospital poderá expandir a quantidade de atendimento aos pacientes das empresas operadoras de seguros e planos de saúde, o que poderá implicar na busca por mais diferenciações, mas, provavelmente, combinada com a estratégia de liderança em custos.

Ainda que tenham sido observadas diferentes estratégias, todos os hospitais priorizavam o desenvolvimento e a entrega de serviços percebidos pelos seus clientes como de boa qualidade, aliados a uma melhor e crível imagem em responsabilidade social do que os concorrentes, ainda que, no hospital H4, com fins lucrativos, isso tenha sido pontuado um pouco abaixo dos demais.

Quanto aos movimentos estratégicos, em todos os hospitais foi apontada a intenção de ser especialistas em grandes e em alguns segmentos de mercado (não em todas as especialidades), de crescer organicamente (todos tinham crescido nos últimos anos) e aumentar a participação de mercado. Havia abertura para parcerias com os concorrentes, ainda que apenas o H5 estivesse aberto à participação em rede hospitalar.

Além disso, a atuação com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde era uma prioridade em todos os hospitais, assim como os investimentos em SADT nas atividades hospitalares. O hospital H2 tinha uma clara intenção estratégica de investimentos no crescimento da sua rede de medicina diagnóstica.

O hospital H5 atuava principalmente com o SUS. Dessa forma, a ampliação na cadeia de serviços não deverá ser priorizada em função da organização entender que existe uma relação de complementaridade de atuação com outros prestadores de serviços de saúde na atenção primária e secundária do sistema público.

Nos hospitais H2 e H3 foi apontada a possibilidade de implantar novas unidades hospitalares no município de São Paulo. Nos hospitais H1 e H2 foi considerada a possibilidade de instalação de novas unidades em outros municípios, mas no mesmo estado de origem (São Paulo). A expansão para outros estados não foi apontada por nenhum hospital.

Todos os hospitais buscavam o crescimento no mercado, adotando uma combinação que envolvia a penetração de mercado (principalmente no aumento da participação de mercado e defesa da posição), o desenvolvimento de mercados (principalmente por meio de novos segmentos, a expansão geográfica não foi uma unanimidade) e desenvolvimento pelos produtos (principalmente por meio de novas características, ampliações e renovações da gama de produtos). A estratégia de diversificação foi vista com cuidado, mas foi considerada desde que concêntrica, ou

seja, novas atividades complementares às atividades existentes no plano tecnológico/comercial existente.

Nas estratégias concorrenciais, os hospitais H1 e H2 assumiam a modalidade de líderes, pois admitiam ter posição de dominância e ser reconhecidos como tal pelo mercado. Ambos eram ofensivos no sentido de expandir a participação de mercado, para que pudessem se beneficiar ao máximo dos efeitos da curva de experiência. O hospital H3 também era grande, mas menor e desafiador do H1 e do H2; adotava a abordagem de ataque lateral, com preços mais baixos do que destes concorrentes.

O hospital H4 não era líder de mercado, tinha escopo de atuação concentrado principalmente na sua região e nas classes sociais B e C. Adotava uma abordagem na estratégia concorrencial que combinava o comportamento seguidor (não é o líder de mercado, e adota um comportamento, alinhando suas decisões às tomadas pelos maiores) com o de especialista (a organização tem interesse em um ou mais segmentos de mercado, mas não pela totalidade).

O H5 atendia principalmente ao SUS e também adotava uma abordagem na estratégia concorrencial que combinava o comportamento seguidor (não é o líder de mercado, e adotava um comportamento, alinhando suas decisões às tomadas pelos maiores) com o de especialista (a organização tinha interesse em um ou mais segmentos de mercado, mas não pela totalidade).

Os hospitais do Grupo 1 apresentavam alta densidade tecnológica e adotavam a identidade de pioneirismo e estado da arte; o hospital do Grupo 3, baixa densidade tecnológica (ainda que a autoclassificação fosse a de média tecnologia), e o hospital do Grupo 2, uma situação intermediária, mas mais próxima do Grupo 1.

As avaliações devem ser aprimoradas não apenas em relação aos desfechos para os pacientes, custos e retorno sobre o investimento, mas com melhor compreensão sobre a obsolescência, para que não ocorra o prematuro descarte de tecnologias que ainda poderiam ser eficazes nos seus propósitos e proporcionar melhor uso dos recursos financeiros.

No hospital H4, com fins lucrativos, o posicionamento adotado foi o de alta tecnologia, mas a necessária para viabilização do atendimento das especialidades do hospital – a medida certa, nem mais, nem menos. Essa postura pode evitar que o hospital entre em corridas tecnológicas apenas pela busca da imagem de pioneirismo

e avanço, e não por realistas avaliações sobre a incorporação, uso e descarte de tecnologias.

Os hospitais H1, H2, H3 e H4 apresentaram os requisitos necessários para ter a classificação de alta tecnologia, segundo a publicação da *U. S. News*. As percepções sobre as tecnologias mais avançadas apresentaram variações, em geral fazendo parte da rotina dos hospitais maiores e mais avançados. As tecnologias percebidas como as mais avançadas foram: PET/CT *scanner*, cirurgia robótica, sistemas de fotoemissão avulsa CT, serviços de transplantes, terapia de imagem guiada por radiação, cirurgia ortopédica assistida por computador, tomografia CT computadorizada multifatiada.

Sobre o relacionamento com fornecedores de equipamentos e de medicamentos houve diferentes percepções, por vezes com menos poder por parte dos hospitais. Em contrapartida, nos hospitais do Grupo 1, a percepção foi de existir maior equilíbrio, pois os fornecedores os utilizavam como vitrines para a divulgação dos seus agregados tecnológicos ao mercado.

É importante considerar o papel das organizações que atuam na saúde suplementar, pois elas têm um papel fundamental na aprovação de pacotes de serviços ofertados pelos hospitais, o que leva a uma ligação com os fornecedores de equipamentos e tecnologias na busca de melhor funcionamento da cadeia de valor. Disso decorre a importância também de maior integração entre as organizações.

O papel do *marketing* nos hospitais demonstrou estar ainda aquém do observado em organizações de outros setores. Parece fundamental que ocorram melhores avaliações sobre o papel e escopo de atuação dessa área. Há oportunidades e possíveis benefícios pelo desenvolvimento de atividades de inteligência competitiva, com o melhor conhecimento dos atores do ambiente externo, passando por concorrentes, fornecedores, clientes, possíveis entrantes, conceitos substitutos, influências da economia, demografia, sociedade, cultura, legislação, tecnologias, política. Esses conhecimentos envolvem o contínuo levantamento de dados sobre as avaliações não apenas da satisfação dos clientes, mas também da percepção de valor e das experiências relacionadas aos serviços.

Além disso, a área de *marketing* poderá dar maiores contribuições no desenvolvimento da segmentação de mercado, diferenciação e posicionamento, em

todo o conjunto de estratégias de mercado. As contribuições poderão estar relacionadas à combinação produtos/serviços, cobertura de mercado, precificação, comunicação integrada e clara para seus públicos-alvo, desenvolvimento de marcas, programas de *marketing* de relacionamento (clientes, recursos humanos, institucionais). Os hospitais poderão ganhar por meio do trabalho em equipe do pessoal clínico e do *marketing* no desenvolvimento de produtos/serviços, mais adequados não apenas na qualidade, mas atendendo de maneira mais harmônica às percepções dos clientes.

As diferenças de estratégias entre os hospitais dos três grupos não foram explicadas apenas pelo binômio modelo de propriedade e clientela majoritariamente atendida. Em cada hospital, as oportunidades e ameaças percebidas, além dos recursos, competências e vantagens competitivas contribuíram para explicar as diferenças observadas. De maneira complementar, a cultura, o porte e a posição relativa às outras organizações também influenciam nas decisões estratégicas.

Os hospitais analisados atravessaram um período de crescimento e investimentos, porém deverão se deparar com importantes mudanças ao longo dos próximos anos. A combinação de mudanças demográficas; perfil epidemiológico da população, nova carga de condições de saúde; especialmente doenças crônicas e com crescentes custos; possibilidade de maior concentração de mercado entre os hospitais; maior concentração de mercado e, até, a verticalização de atuação nas operadoras de planos de saúde, e a possível mudança no sistema de remuneração deverá basear-se nas taxas e serviços, reduzindo substancialmente as possibilidades de ganhos por meio dos materiais e medicamentos, do acelerado avanço da tecnologia (com aspectos positivos, mas com grandes demandas por investimentos), das limitações na disponibilidade de recursos humanos com a qualidade e a quantidade necessárias, e da importância de aprimoramentos nos modelos de relacionamento com o corpo clínico (especialmente com os médicos).

Tal como abordado no Modelo Delta, o sucesso não depende apenas de uma organização isolada. Assim, é necessária maior complementaridade entre as organizações em toda a cadeia da saúde, entre os setores privado e público, operadoras, hospitais, fornecedores, todos os prestadores de serviços de saúde. Os

serviços devem englobar a promoção em saúde, a prevenção de doenças, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas.

Possivelmente, o futuro mostrará importantes mudanças nos modelos de negócios e assistenciais adotados nos hospitais. A entrega de serviços em saúde deverá caminhar cada vez mais para a concepção de entrega de maior valor ao cliente (entenda-se valor como diferença entre benefícios, os custos e sacrifícios relacionados). A remuneração aos prestadores de serviços e também aos profissionais assistenciais, com destaque para os médicos, deverá levar em conta essas entregas de maior valor, e não simplesmente ser baseada na entrega de quantidade.

Essa avaliação vale para os hospitais privados, mas também para os hospitais públicos. Vale nas relações entre o Sistema Privado e o Sistema Público, por meio de clara regulação sobre papéis e responsabilidades, e justas relações de complementaridades, que tenham como foco o fornecimento de maior valor aos usuários dos serviços de saúde.

Dessa forma, a integração e o desenvolvimento de estratégias e relacionamentos em conjunto deve fazer parte das agendas desses atores (hospitais, fornecedores de equipamentos e de medicamentos, organizações da saúde suplementar, outros prestadores de serviços de saúde, agências reguladoras e Estado.

As avaliações das estratégias de mercado, partiram das abordagens de Porter (1989), foram consideradas as de Treacy e Wiersema (1995), culminando com a consolidação do Modelo Delta. Além disso, foram consideradas as abordagens de Lambin (2000), podem ser entendidas como desdobramentos das anteriormente consideradas. O Quadro 36, a seguir, apresenta uma consolidação:

Quadro 36 - Consolidação sobre as estratégias

Estratégias	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Porter (1989)	H1 e H2: diferenciação; H3: combinação diferenciação com liderança em custo.	Combinação diferenciação com liderança em custo.	Liderança em custo.
Treacy e Wiersema (1995)	H1 e H2: liderança em produto e busca da intimidade com o cliente; H3: combinação entre liderança em produto, busca de maior intimidade com o cliente e excelência operacional.	Combinação entre liderança em produto, busca de maior intimidade com o cliente e excelência operacional.	Liderança em produto com excelência operacional.
Modelo Delta de Hax e Wilde II (2003)	H1: entre melhor posicionamento em produto, mas a caminho da oferta de soluções totais ao cliente; H2: entre melhor posicionamento em produto, mas a caminho da oferta de soluções totais ao cliente, porém mais avançado na busca de complementaridade com as operadoras e fornecedores, o que pode sugerir que pode estar um pouco mais adiantado para, no futuro, vir a alcançar o <i>System Lock-In</i> ; H3: um pouco mais próximo ao melhor posicionamento em produto (mas com menores custos), do que às soluções totais para o cliente (ainda que tenha avançado na oferta mais ampla de serviços a partir da promoção).	Mais próximo do melhor posicionamento em produto do que o H3 (produto, mas com custos mais baixos) do que às soluções totais para o cliente.	Melhor posicionamento em produto (para o segmento atendido).
Lambin (2000) - resumo	H1 e H2: estratégia de crescimento intensiva caracterizada pela penetração de mercado, desenvolvimento pelos mercados e pelos produtos. Estratégia concorrencial, combina a de líder, com a de especialista. No H2, ainda deve ser destacada a maior verticalização no desenvolvimento internacional (consultoria) H3: estratégia de crescimento intensiva, caracterizada pela penetração de mercado, desenvolvimento pelos mercados e pelos produtos, possibilidade de diversificação concêntrica. A estratégia concorrencial é de desafiador (do H1 e do H2), por meio de ataques laterais (especialmente menor preço), com a de especialista.	Estratégia de crescimento intensiva caracterizada pela penetração de mercado, desenvolvimento pelos mercados e pelos produtos, indicando a possibilidade de diversificação concêntrica. A estratégia concorrencial envolve a combinação de seguidor (dos líderes), evitando receber represálias, com a de especialista.	Estratégia de crescimento intensiva caracterizada por desenvolvimento pelos mercados e produtos, possibilidade de diversificação concêntrica. A estratégia concorrencial envolve a combinação de seguidor (dos líderes), evitando receber represálias, com a de especialista. A possibilidade de participação em rede hospitalar – não é possível caracterizar uma integração horizontal, mas, ao menos, cooperação em atividades que possam representar complementaridade e ganhos de escala.

O quarto bloco tratou das percepções sobre tendências de resultados. Os resultados alcançados pelos hospitais, de modo geral têm sido melhores. Ainda assim, os índices de liquidez podem ter sido um pouco comprometidos em função dos grandes volumes de investimentos em expansão, situação que poderá ser revertida com a consolidação desses investimentos e a entrada em operação das novas instalações e o ganho de escala operacional (Quadro 37).

Quadro 37– Consolidação dos resultados de desempenho

Tendências de resultados (Percepções dos entrevistados)	-Financeiros: melhores - estáveis; -Clientes: melhores - estáveis; -Processos qualidade: melhores; -Custos: melhores - estáveis; - Recursos humanos estáveis - piores.	-Melhores em todas as perspectivas.	-Financeiros piores; -Clientes estável; -Processos de qualidade: melhores; -Custos: melhores; -Recursos Humanos: estáveis - melhores.
--	--	--	---

Os resultados indicaram a necessidade de melhor desempenho na satisfação dos clientes, mas, especialmente, melhor conhecimento sobre as percepções de valor por parte deles. Em contrapartida, os resultados para os processos assistenciais e desfechos sugeriram melhorias. Isso pode estar relacionado aos processos de acreditação hospitalar. Por sua vez, as acreditações podem contribuir para a manutenção de melhores padrões, mas também pode conduzir os hospitais ao isomorfismo institucional. Portanto, surge uma questão fundamental aos hospitais: como ser diferente, ter custos competitivos e proporcionar maior valor aos clientes?

Os recursos humanos representam um ativo central e crítico para todos os hospitais. É importante o aprimoramento das políticas e processos de captação de pessoas, motivação, formação e desenvolvimento, no sentido de evitar perdas para concorrentes. Aqui, existia uma preocupação central nos hospitais, pois os índices de satisfação dos funcionários, rotatividade e absenteísmo não tinham sido os ideais. Aliado a isso, havia crescentes dificuldades na contratação de pessoal especializado, o que poderá representar um dos maiores gargalos que os hospitais poderão enfrentar nos próximos anos. Como já mencionado, a possível escassez de recursos humanos com qualificação necessária foi percebida como uma das grandes ameaças aos hospitais.

O sucesso até o momento não assegurará um futuro vitorioso. Os estrategistas dos hospitais deverão lidar com novas variáveis e rápidas mudanças. Devemos acompanhar e verificar os vitoriosos nesse ambiente em mudança, com muitas incertezas, e, eventualmente, os que poderão ficar pelo caminho, ou ser absorvidos por outras organizações. As competências em gestão estratégica representarão uma condição necessária para o sucesso.

Cabe considerar que os hospitais são organizações diferentes e especiais, mas é possível estudar, aprender e aplicar estratégias e práticas adotadas em outros setores.

Este estudo apresentou algumas limitações, destacadas a seguir.

A primeira surgiu por ocasião do pré –teste, devido à não aprovação para que fossem solicitados os indicadores de desempenho propriamente ditos, mas apenas classificações relativas e percepções dos entrevistados sobre esses resultados. É importante que, em novos estudos, sejam feitas comparações entre diferentes hospitais sobre as estratégias e os efetivos resultados de desempenho nas perspectivas financeira, clientes, sociedade e meio ambiente, processos, aprendizado e crescimento.

Outra limitação refere-se à importância de mais adequada definição de tecnologia médica, descrições e classificação em alta, média, ou baixa. Essa limitação gerou algumas dificuldades nas respostas sobre o tema. Novos estudos poderão apresentar uma abordagem mais profunda sobre o que compõem e as suas aplicações em casos de diferentes níveis de complexidade, além das relações entre as estratégias de mercado e as tecnológicas.

Finalmente, destaca-se a importância de estudos que aprofundem os conhecimentos sobre a cultura organizacional, a governança corporativa e lideranças no desenvolvimento de estratégias e resultados de desempenho. A cultura de cada hospital representa um papel fundamental para explicar diferenças nas estratégias e práticas. No caso do hospital H4, com fins lucrativos, é possível que exista um maior pragmatismo nos investimentos e, até, na adoção de tecnologias do que nos demais hospitais, especialmente ao considerar a medida certa, nem mais, nem menos.

Por exemplo, o modelo de propriedade não é suficiente para explicar as diferenças percebidas. Porém, a clientela atendida apresenta importantes implicações, pelo fato de o relacionamento e políticas das operadoras de seguros e de planos de saúde serem um tanto diferentes do SUS.

Ainda assim, este estudo apresentou contribuições à academia e aos gestores hospitalares sobre fatores importantes a considerar no desenvolvimento de estratégias. As observações apresentadas podem servir não apenas à academia como aos gestores de hospitais privados em geral. Também podem contribuir para os

gestores de hospitais públicos, pois, ainda que tenham um diferente modelo de propriedade e atendam principalmente aos pacientes do SUS, os aspectos considerados no desenvolvimento de estratégias podem ser adaptados e aplicados nessas organizações.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Esta tese teve como objetivo principal estudar as estratégias de mercado adotadas em hospitais gerais privados de grande porte, a partir do binômio modelo de propriedade (com ou sem fins lucrativos) e clientela atendida (beneficiários de seguros e planos de saúde e usuários do SUS).

Os hospitais pesquisados foram divididos em: Grupo 1 (H1, H2 e H3), sem fins lucrativos e com atendimento principalmente a usuários de operadoras; Grupo 2 (H4), com fins lucrativos e atendimento principalmente a usuários de operadoras; Grupo 3 (H5), sem fins lucrativos e atendimento principalmente a usuários do SUS.

A partir da caracterização dos hospitais, conclui-se que os pertencentes ao Grupo 1 apresentavam maior número de leitos instalados e operacionais, receitas brutas e receitas por leitos operacionais maiores, o que caracteriza o maior porte dessas organizações em relação aos outros dois estudados. Esses hospitais ainda contavam com maior representatividade em serviços de maior complexidade; o hospital do Grupo 2 contava com representatividade intermediária, e o do Grupo 3 a menor. A manutenção de serviços assistenciais próprios foi vista como preponderante no Grupo 1, o que indica a percepção de competências centrais e a possibilidade de desenvolvê-los com melhor qualidade e/ou menores custos do que terceiros. Ao contrário, os hospitais dos outros dois grupos privilegiam a terceirização.

As maiores receitas por leitos foram relacionadas ao atendimento principalmente a usuários das operadoras (Grupos 1 e 2), com maior representatividade de casos de maior complexidade (Grupo 1). Porém, no Grupo 1 observa-se que o hospital H3 adotou um posicionamento estratégico de preços inferiores aos praticados pelos outros dois participantes. Dessa forma, apenas a classificação em um grupo não é suficiente para explicar as diferenças e estratégias. O porte exerceu uma importante influência, assim como a posição relativa de cada organização em relação às demais.

Quanto ao desenvolvimento das estratégias de mercado, a conclusão é de que os hospitais dos Grupos 1 e 3 adotavam a combinação de avaliações a partir do

ambiente externo (econômico) e a interna dos recursos e capacidades organizacionais. O hospital do Grupo 2 indicou a predominância de observar as oportunidades de mercado, mas, na sequência, o olhar interno, para o desenvolvimento dos recursos e competências. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de este hospital ter um modelo de propriedade com fins lucrativos, possivelmente um olhar mais aguçado do que os demais para os resultados que as oportunidades possam proporcionar na perspectiva financeira.

Ainda assim, fica a sugestão aos gestores hospitalares, sejam eles do setor privado, ou do setor público, sobre a importância da organização de uma estrutura de inteligência de *marketing* e uma orientação organizacional para o contínuo monitoramento das macroforças do mercado (economia, tecnologia, demografia, legislação, sociedade, cultura, meio ambiente e política). Além disso, as avaliações devem incluir dados epidemiológicos. Também é necessário o monitoramento da concorrência, do mercado fornecedor, das operadoras, dos participantes do SUS, das outras organizações do setor de saúde e organizações de outros setores que possam servir de *benchmarking* para boas práticas a adaptar e aplicar nos hospitais. Desse modo, considera-se atingido o objetivo específico de estudo sobre o ambiente de atuação do hospital e as influências no desenvolvimento de estratégias.

Considera-se fundamental o conhecimento dos usuários dos serviços, não apenas as suas condições de saúde, mas também as suas necessidades e desejos em relação aos serviços, com o objetivo de ser desenvolvidas soluções em atendimento ao longo da vida, as quais envolvam desde a promoção até o monitoramento e gestão de crônicos. A preocupação com os cuidados com a saúde, e não apenas com as doenças, poderá resultar no desenvolvimento de uma verdadeira intimidade com as pessoas. Essa abordagem envolve mudanças nas organizações, para que todos fiquem atentos, compartilhem dados para ser analisados, podendo servir para a melhor tomada de decisão.

Também é fundamental um dinâmico processo de atualização dos recursos e capacidades internas, desenvolvendo-os para o alcance das melhores condições ao aproveitamento de oportunidades e enfrentamento das ameaças. Os recursos e capacidades envolvem os humanos (tais como os conhecimentos, competências dos profissionais), organizacionais (cultura, gestão), físicos (instalações prediais,

equipamentos) e financeiros. Todo esse conjunto deve ser considerado, mas ficou claro que a cultura específica de cada hospital é um importante meio de ligação e fomentador da sinergia entre todos os demais recursos e capacidades. Alguns exemplos observados: no H1, o tônus feminino no trato com os usuários; no H2 a contínua busca por melhorar, para evitar lacunas de desempenho; no H3, a valorização e engajamento dos recursos humanos; no H4 a motivação para fazer mais a partir de menos, e no H5 a grande identificação das pessoas. A cultura é um fator fundamental para a diferenciação e dificilmente pode ser imitada.

Os hospitais são organizações intensivas no uso de pessoas. É fundamental o desenvolvimento de modelos de relacionamento com os profissionais, com maior preocupação em relação ao corpo médico, em função do vínculo ser de corpo aberto e da sua importância para a captação de usuários dos serviços. Considera-se, desse modo, atingido o objetivo específico de estudo sobre recursos e capacidades internas.

A partir de diferentes questões sobre a adoção de estratégias genéricas, prioridades competitivas, movimentos estratégicos, relacionamentos com operadoras e fornecedores foi desenvolvida uma comparação com a evolução de propostas sobre estratégias, partindo de Porter (1989), passando por Treacy e Wiersema (1995) e culminando no Modelo Delta de Hax e Wilde II (2003). As conclusões apontam a utilização de combinações de estratégias.

No Grupo 1, perante as empresas operadoras de seguros e planos de saúde, os hospitais H1 e H2 se posicionavam com serviços e preços superiores, tanto para assumir a importância de ser reconhecidos como pioneiros em tecnologias e apresentar elevada densidade de atendimento a casos de maior complexidade. Porém, é importante alertar no sentido de que isso não leve a uma ‘corrida tecnológica’, principalmente para assegurar esse posicionamento de estado da arte, com riscos de investimentos excessivos e custos proibitivos. O H3, do mesmo, grupo, competia com os outros dois, mas com posicionamento de serviços e preços compatíveis, abaixo dos praticados por H1 e H2, alta tecnologia e elevada densidade de atendimento a casos de maior complexidade.

No Grupo 2, o posicionamento era de preços na média de mercado para pacientes de empresas operadoras de seguros e planos de saúde principalmente para as classes B e C, e alta tecnologia para pacientes de alta complexidade. Em

contrapartida, observa-se que o hospital H4 contava com uma situação intermediária na densidade tecnológica e no atendimento de casos de maior complexidade.

O H5, do Grupo 3, operava principalmente com as tabelas do SUS, e, no caso das operadoras, com preços abaixo da média de mercado, além de apresentar baixa densidade tecnológica e de atendimento a casos de maior complexidade. De posse desses resultados, considera-se atingido o objetivo específico de estudo do posicionamento tecnológico.

Dessa forma, é possível concluir que, nos relacionamentos com as operadoras, os hospitais líderes H1 e H2 têm procurado alinhar a mais alta tecnologia à maior densidade em atendimento de casos de alta complexidade, à qualidade superior e a preços mais altos. Nesses hospitais, a alta tecnologia era entendida como vantagem competitiva para proporcionar maior valor aos usuários, ainda que estes pudessem ter dificuldade em compreender o que esses avanços viessem a representar, e dos custos associados. Em contrapartida, a menor densidade em tecnologia tem sido associada ao atendimento em menor complexidade e menores custos, o que não significa uma qualidade inferior.

No H1, foi observada a estratégia de diferenciação, com liderança em produto e busca de intimidade com o cliente. Resultou no Modelo Delta entre o melhor posicionamento em produto e a proposta de vir a oferecer soluções totais para o cliente.

No H2, foi observada a estratégia de diferenciação, com liderança em produto e busca de intimidade com o cliente. Resultou no Modelo Delta entre o melhor posicionamento em produto e a proposta de vir a oferecer soluções totais para o cliente. Porém, deve-se destacar a maior cooperação e integração no relacionamento com as operadoras e fornecedores, o que pode contribuir, no futuro, para existir condições de alcançar o *System Lock-In*. Destaca-se que é mais clara a proposta de proporcionar maior valor ao usuário no H1 e no H2.

No H3, foi observada a combinação de diferenciação com liderança em custo. Pela abordagem de Treacy e Wiersema (1995), resultou em um *mix* de liderança em produto, busca de maior intimidade com o cliente, além da preocupação com a excelência operacional. Comparado ao H1 e ao H2, resultou no Modelo Delta um pouco mais próximo do melhor posicionamento em produto (produtos, mas com

menores custos) do que em soluções totais para o cliente. O motivo: apresentar-se como uma alternativa de menor custo do que os outros dois do Grupo 1, e não um claro posicionamento relacionado à uma liderança na oferta de maior valor ao usuário. Entretanto, deve-se destacar que, ao considerar a oferta mais ampla na cadeia de serviços (promoção, prevenção, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas), o hospital poderá ter uma base para o desenvolvimento de maior empatia com o usuário, desde que venha a implicar em maiores preocupações com os cuidados integrais com a saúde, e não simplesmente com as doenças.

No hospital H4, foi observada a combinação de diferenciação com liderança em custo. Pela abordagem de Treacy e Wiersema (1995), resultou em um *mix* de liderança em produto, busca de maior intimidade com o cliente, além da preocupação com a excelência operacional. Resultou no Modelo Delta, mais próximo do melhor posicionamento em produto do que H3, e um pouco mais distante das soluções totais para o cliente.

No hospital H5, foi observada a liderança em custo. Pela abordagem de Treacy e Wiersema (1995), resultou em uma combinação de liderança em produto com excelência operacional. No Modelo Delta, resultou em melhor posicionamento em produto (para o seguimento atendido).

As estratégias de *marketing* de Lambin (2000), podem ser entendidas como um desdobramento das demais já analisadas, conclui-se que os hospitais H1 e H2 adotaram a estratégia intensiva de crescimento, caracterizada pela penetração de mercado, desenvolvimento pelos mercados e produtos. Na estratégia concorrencial, combinaram a de líder com a de especialista. No H2, ainda deve ser destacada a maior verticalização (rede de medicina diagnóstica) e o desenvolvimento internacional (consultoria no setor de saúde).

Em relação ao H3, conclui-se pela estratégia intensiva de crescimento, caracterizada pela penetração de mercado, desenvolvimento pelos mercados e produtos, possibilidade de diversificação concêntrica. A estratégia concorrencial adotada de desafiador (do H1 e do H2), envolveu ataques laterais (especialmente menor preço), com a de especialista.

Para H4, conclui-se que adotou estratégia intensiva de crescimento, caracterizada pela penetração de mercado, desenvolvimento pelos mercados e produtos, indicando a possibilidade de diversificação concêntrica. A estratégia concorrencial envolveu a combinação de seguidor (dos líderes), a fim de evitar receber represálias, com a de especialista.

O hospital H5 usou a estratégia intensiva de crescimento, caracterizada por desenvolvimento pelos mercados e produtos, a possibilidade de diversificação concêntrica. A estratégia concorrencial envolveu a combinação de seguidor (dos líderes), evitando receber represálias, com a de especialista. Em relação à participação em rede hospitalar, não foi possível caracterizar uma integração horizontal, mas ao menos cooperação em atividades que possam representar complementaridades e ganhos de escala.

Ainda que as conclusões apontem essas estratégias, isso não significa necessariamente que em todos os hospitais o desenvolvimento tenha ocorrido por meio de um processo deliberado. Por vezes, pareceu ser apenas um processo muito mais intuitivo. Foi observado que, ao serem solicitados os serviços mais importantes para cada hospital, assim como as percepções sobre os resultados de desempenho, surgiram algumas dificuldades e divergências, mas foi atingido o objetivo específico de estudo das percepções sobre desempenho. Disso decorre sugestão para o uso do Modelo de Gestão Estratégica desenvolvido por Pedroso (2000), o qual também considera o uso do *Balanced ScoreCard* e pode contribuir para maior racionalidade nesse processo, ainda que seja uma proposta relativamente nova.

O modelo de propriedade não é suficiente para explicar todas as diferenças encontradas, mas é possível concluir que no hospital do Grupo 2 (H4), o único com fins lucrativos, possa haver um olhar um pouco mais atento aos resultados na perspectiva financeira, certo pragmatismo, observado até no maior foco nas escolhas das especialidades, no uso da tecnologia na medida certa, e na preocupação de fazer mais com menos.

Trabalhar com o SUS representa um importante compromisso social, mas, ao mesmo tempo, observa-se que a gestão adquire componentes complicadores em função da baixa remuneração pelos serviços prestados. Desse modo, é importante que as organizações com esse perfil procurem desenvolver alternativas cooperativas,

talvez, a formação de redes, além de parte do atendimento (se não existirem impedimentos legais, ou contratuais) ser direcionado para empresas operadoras de seguros e planos de saúde. Pode ser fundamental para a sustentabilidade no longo prazo. No entanto, é importante considerar que, se o SUS não assegurar tabelas de preços que, ao menos, cubram os custos de atendimento, isso poderá tornar inviável o atendimento ao sistema público pelas organizações privadas.

Ainda se conclui que as estratégias são relacionadas não apenas ao modelo de propriedade e clientela majoritariamente atendida, mas a uma combinação que também inclui a cultura, outros recursos e capacidades, além do porte e posição da organização em relação às demais. Esses fatores representam os principais vetores para o desenvolvimento das estratégias.

Cada organização é única no seu olhar para o ambiente externo e nos seus recursos, capacidades e possíveis vantagens competitivas. Dessa forma, a combinação de estratégias pode apresentar algumas similaridades às dos concorrentes, mas certamente devem contar com aspectos exclusivos.

Sem dúvida, é necessário o desenvolvimento de novos estudos que aprofundem os conhecimentos sobre hospitais e suas estratégias, com maior número de casos, analisando como buscam a diferenciação, a excelência em produto, a busca de intimidade com o cliente, os relacionamentos com outras organizações do setor de saúde, além da liderança em custo.

O setor de saúde deverá passar por importantes mudanças relacionadas a fatores como novo perfil epidemiológico, mudanças na remuneração pelos serviços, concentração de mercados, evolução da tecnologia. As mudanças serão significativas e, talvez, nem todos os hospitais do Brasil conseguirão se ajustar aos novos tempos.

Os hospitais poderão até evoluir para sistemas de saúde que ofereçam soluções mais completas, por meio de serviços de promoção, prevenção, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas. Esses serviços poderão ser oferecidos por combinações e arranjos entre diferentes organizações. Esse processo poderá estar ligado ao desenvolvimento de maiores conhecimentos e assistência aos indivíduos em todo o ciclo de vida, em cuidados com a saúde, não apenas com as doenças. Isso também envolve maior

responsabilização para cada um no cuidado em saúde. Essa parece ser a chave para o desenvolvimento de maior intimidade com os usuários.

A maior integração entre as organizações será fundamental: hospitais, outros prestadores de serviços, operadoras, fornecedores e o SUS.

As concepções do modelo Delta podem representar uma importante referência para o setor de saúde, pois aborda possibilidades de melhor produto, soluções totais para o cliente e o *System Lock-In*, este com a integração entre as organizações, para o melhor atendimento aos clientes e melhores resultados de desempenho. Mas é importante reforçar, soluções totais para o cliente devem passar por um modelo que considere os cuidados com saúde, e não apenas com as doenças, portanto com cuidados ao longo de toda a vida, e que envolvam promoção, prevenção, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, monitoramento e gestão de doenças crônicas. Para o sucesso desse modelo, é necessária maior responsabilização a cada pessoa nos cuidados com a saúde.

Como reflexão final, propõe-se que o desenvolvimento racional de estratégias é fundamental a todas as organizações de saúde, sejam elas privadas ou públicas. Esta tese apresenta elementos para que o gestor possa estudar e refletir sobre o seu hospital, no sentido do desenvolvimento de estratégias. O *marketing* não deve ser percebido negativamente ou subestimado. Bem compreendido e organizado, pode contribuir com importantes propostas para esse desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham J, Anderson J, Berg A, Dehmer C, Sick B, Tufano A. Selecting a provider: what factors influence patients' decision making? *Journal of Healthcare Management*. 2011;56(2):99-114.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Dados e indicadores do setor*. Brasília: ANS, 2012. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em 30 de novembro de 2012.

Albuquerque A, Rocha P. *Sincronismo Organizacional*. São Paulo: Saraiva, 2007.

Ancarani A, Di Mauro C, Giammanco MD. The purchase of technology in health organizations: an analysis of its impact on performance. *Journal of Public Procurement*. 2009;9(1):109-31.

Associação Nacional dos Hospitais Privados. *Observatório ANAHP - 2013*. 5.ed. São Paulo: ANAHP, 2013.

Barney JB, Hesterly WS. *Administração estratégica e vantagem competitiva*. São Paulo: Prentice Hall, 2008.

Bhangale V. Marketing of healthcare services in India: a study on factors influencing patients' decision making on choice of a hospital. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*. 2011;4(4):229-233.

Bloching B, Stock HF, Scheel J. Hospital marketing should focus on physicians: Lessons from Germany, *Journal of Medical Marketing*. 2008;8:303-10.

Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS, Oliveira CMF. Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências. In.: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

Brasil. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Conta Satélite da Saúde Brasil 2007-2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do DATASUS. *Indicadores e Dados Básicos – Brasil 2010 - IDB 2010*. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php>. Acesso em 31 de janeiro de 2012. Brasília: MS; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do DATASUS. *Informações de Saúde*. Brasília: MS; 2012. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php>. Acesso em 31 de janeiro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde do Brasil*. Brasília: MS; 2012. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 2 de fevereiro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis –DCNT- no Brasil 2011-2022*. Brasília: MS, 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Brasília: MS; 2011a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude>. Acesso em 6 de julho de 2011.

Bressan F. O método do estudo de caso. *Administração On line*. 2000;1(1). Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm. Acesso em: 10 nov 2012.

Carrier ER; Dowling M; Berenson RA. Hospital's geographic expansion in quest of well-insured patients: will the outcome be better care, more cost, or both? *Health Affairs*. 2012;31(4):827-35.

Carter RE, Lonial SC, Raju PS. Impact of Quality Management on Hospital Performance: An Empirical Examination. *The Quality Management Journal*. 2010;17(4):4-24.

Castellanos PD. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, org. *Equidade e Saúde, Contribuições da Epidemiologia* Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO. 1997. p.137-160. (Série Epidemiologia 1)

Chau VS, Barry J, Witcher BJ. Dynamic capabilities for strategic team performance management: the case of Nissan. *Team Performance Management*. 2008;14(3):179–91.

Clark P. Healthcare marketing in the 21st century: beyond promotion to constructing experiences to achieve high performance. *Health Marketing Quarterly*. 2006;23(3):1-7.

Cobra M. *Consultoria em marketing*. São Paulo: Cobra Editora, 2003.

Cooper Z, Gibbons S, Jones S, Mcguire A. Does Hospital Competition Improve Efficiency? An Analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS. *Centre for Economic Performance, London School of Economics and Political Science*, june 2010, paper 988, England.

Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

Damázio LF. Gestão estratégica mostra sua força nos hospitais associados. Observatório ANAHP, *Associação Nacional dos Hospitais Privados*. São Paulo: ANAHP, 2011.

David G. The convergence between for-profit and nonprofit hospitals in the United States. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 2009;9(4):403-28.

DeGeeter M. Changing perception: hospital brand as a design. *Healthcare Design Magazine*. 2009;9(12):10-15.

Della LJ, Eroglu D, Bernhardt JM, Edgerton E, Nall, J. Looking to the Future of New Media in Health Marketing: Deriving Propositions Based on Traditional Theories. *Health Marketing Quarterly*. 2008;XXV(1/2):147-74.

DeSarbo WS, Grewal R, Wind J. Who competes with whom? A demand-based perspective for identifying and representing asymmetric competition. *Strategic Management Journal*. 2006;27(2):101–29.

Devers KJ, Casalino LP, Rudell LS, Stoddard JJ, Brewster LR, Lake TK. Hospitals' Negotiating Leverage with Health Plans. *HSR: Health Services Research*. 2003;8(1 Pt 2):419-46.

Dimaggio P J, Powell WW. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*. 1983;48(2):147-60.

Dooley LM. Case Study Research and Theory Building. *Advances in Developing Human Resources*. 2002; 4(3):335-54.

Eastaugh, S. R. Diversification in the hospital industry. *Journal of Health Care Finance*. 2008;34(4):52-65.

Eiriz V, Barbosa N, Figueiredo J. A conceptual framework to analyse hospital competitiveness. *Service Industries Journal*. 2010;10(33):437-48.

Eisenhardt KM.. Building theories from case study research. *Academy of Management Review*. 1989;14:532-50.

Eisenhardt KM; Graebner ME. Theory building from cases: opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*. 2007;50(1):25-32.

Elias PE, Viana ALA. *Provedores de Serviços e Operadoras de Planos: O Caso dos Prestadores Hospitalares – Uma Radiografia. Relação Público-Privado na Assistência à Saúde no Brasil: a configuração contemporânea dos sociomercados no setor” - Relatório Final*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2004.

Ferreira Junior WC. *Ampliação dos hospitais privados na cidade de São Paulo: uma estratégia ou uma aposta?* [Tese] São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Fundação Getúlio Vargas, 2011.

Filgueira FCR; Bousquat A. Inovação tecnológica na indústria farmacêutica: o caso da Fundação para o Remédio Popular de São Paulo (FURP). In Viana ALA; Ibañez N; Bousquar A. *Saúde, desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 412-37.

Forgia GL, Couttolenc B. *Desempenho Hospitalar no Brasil*. São Paulo: Singular, 2009.

Fried BJ, Harris DM. Managing healthcare services in the global marketplace. *Frontiers of Health Services Management*. 2007;24(2):3-18.

Furrer O, Howard Thomas H, Goussevskaja A. The structure and evolution of the strategic management field: A content analysis of 26 years of strategic management research. *International Journal of Management Reviews*. 2007;10(1):1-23.

Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40 (N Esp):11-23.

_____. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;2:521-35.

- Giovanella L.; Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In.: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.493-545.
- Goldbach AR, West DJ Jr. Medical Tourism: A New Venue of Healthcare. *Journal of Global Business Issues*. 2010;4(2):43-53.
- Gombeski WRJ, Britt J, Taylor J, Riggs K, Wray T, Adkins W, Springate S. Demonstrating marketing accountability. *Health Marketing Quarterly*. 2008;25(4):344-60
- Green R, Rockmore B, Zimmerer T. The impact of environment turbulence on American Hospitals Strategies. *Journal of Management in Medicine*. 1995;9(6):6-15.
- Greenberg D, Pliskin JS, Peterburg Y. Decision making in acquiring medical technologies in Israeli medical centers. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2003;19(1):194-201.
- Greer AL. 1985. Adoption of medical technology: the hospital's three decision systems. *The International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1985;1(3):669-80.
- Gummesson E. Case Studies. In *Dictionary of Management Research*, London, UK: Sage Publications, 2007.
- Hax AC, Wilde II DL. The Delta Strategy Model – a new framework of strategy. *Journal of Strategic Management Education*. 2003;1(1):1-21.
- Hedges A. Group Interviewing. In: Walker, R. (ed.) *Applied Qualitative Research*. Aldershot: Gower, 1985. p.71-91.
- Henderson BD. As Origens da Estratégia. In Montgomery C, Porter M. *Estratégia: a busca da vantagem competitiva*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998. p. 3-9.
- Hoskisson RE, Hitt, MA, Ireland RD, Harrison JS. *Estratégia Competitiva*. 2a ed. São Paulo: Cengage Learning Edições Ltda, 2009.
- Irigaray HAR, Vianna A, Nasser E, Lima JP. *Gestão e Desenvolvimento de Produtos e Marcas*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.
- Jay MJ. Healthcare marketing what is salient? *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2007;1(3):247-63.
- Kaplan RS, Norton DP. *A Estratégia em Ação*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- Kaplan RS; Norton, D. P. *Alinhamento: utilizando o balanced scorecard para criar sinergias corporativas*. Rio de Janeiro: Campus, 2006.
- Kay MJ. Healthcare marketing: what is salient? *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2007;1(3):247-63.
- Kellis DS, Rumberger J S. Healthcare reform and the hospital industry: what can we expect? *Journal of Healthcare Management*. 2010;55(4):283-97.

Kennett PA, Henson SW, Crow SM, Hartman SJ. Key tasks in healthcare marketing: assessing importance and current level of knowledge. *IHHSA*. 2005;27(4):414-27.

Kim WC, Mauborgne R. *A Estratégia do Oceano Azul*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

Kotler P. *Administração de Marketing*. 10 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

Kotler P; Shalowitz J; Stevens RJ. *Marketing Estratégico para a área da saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2010.

Lambin JJ. *Marketing estratégico*. Lisboa: : McGraw-Hill, 2000.

Langabeer II JR; Dellifraire JL; Helton CFE. Mixing Finance and Medicine: The evolution of financial practices in healthcare. *Strategic Finance*, December, 2010. p.27-34. Disponível em: http://www.imanet.org/PDFs/Public/SF/2010_12/12_2010_langabeer.pdf Acesso em: 19 jul 2013.

Lee PV; Lansky D. Making space for disruption: putting patients at the center of health care. *Health Affairs*. 2008;27(5):1345-8.

Limeira T M V. Fundamentos de Marketing. In: Dias SR. *Gestão de Marketing*. São Paulo: Editora Saraiva; 2003. p. 1-16.

Maximiniano ACA. *Introdução a Administração*. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

McGahan AM, Porter ME. How much does industry really matter, really? *Strategic Management Journal*.1997;18(Summer Special Issue):15-30.

Melinick GA; Shen Yu-Ch S; Wu VY. The increased concentration of health plan markets can benefit consumers through lowers hospitals prices. *Health Affairs*. 2011;30(9):1728-33.

Melnick G.; Keeler E. The effects of multi-hospital systems on hospital prices. *Journal of Health Economics*. 2007;26:400-13.

Mettler T; Rohner P. Supplier relationship management: a case study in the context of health care. *Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research*. 2009;4(3):58-71.

Miles MB; Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* California: Sage, 1994.

Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. *Safari da Estratégia*. Porto Alegre: Bookman, Porto Alegre, 2010.

Moreno AG, Martinez JS. Rivalry and strategic groups: what makes a company a rival? *Springer Science+Business Media, LLC*. 2008;12:261-85.

Moryia AS, Vogt WB, Gaynor M. Hospital Prices and Market Structure in the Hospital and Insurance Industries. *Health Economics, Policy and Law*.2010;5(4):459-79.

Mosebach K. Commercializing German hospital care? Effects of new public management and managed care under neoliberal conditions. *Germany Policy Studies*.2009;5:65-98.

Mutter RL, Wong HS, Goldfarb MG. The effects of hospital competition on inpatient quality of care. *Inquiry*. 2008;45:263-79.

Nadkarni S, Barr P. Environment context, managerial cognition, and strategic action: an integrated view. *Strategic Management Journal*. 2008;29:1395-427.

Nag R, Hambrick, DC, Chen, MJ. What is strategic management, really? Inductive derivation of a consensus Definition of the field strategic management *Strategic Management Journal*. 2007;28: 935-55.

Novaes HMD. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40(N. Esp):133-40.

Nwabueze U, Mileski JP. The three dimensions of quality service: the case of service quality gaps in the U.K. National Health Service? *International Journal of Public Administration*. 2008;31:1328-53.

Organização Mundial da Saúde. *World health statistics 2010*. Geneva: WHO, 2010.

Organização Nacional de Acreditação. *Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - Versão 2010*. Brasília: ONA, 2010.

Organização Pan-americana da Saúde. *Technical Cooperation Strategy for PAHO/ WHO and the Federative Republic of Brazil, 2008-2012.*, Geneva: PAHO, 2007.

Parnell J.A. Strategic capabilities, competitive strategy, and performance among retailers in Argentina, Peru and the United States. *Management Decision*. 2011;49(1):130-55.

Pedroso MC. *Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde*. [Tese] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2010.

Pehrsson A. Business scope and competitive differentiation: a study of strategy consistency. *Strategic Change*. 2006;15(7-8):319-30.

Porter ME. *Vantagem Competitiva*. 35ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 1989.

Porter ME, Teisberg EO. *Repensando a Saúde*. Porto Alegre: Bookman, 2007.

Powell TC. How much does industry matter? An alternative empirical test. *Strategic Management Journal*. 1986;17:323-34.

Prahalad CK, & Hamel G. *Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã*. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

Robbins SP; Decenzo DA. *Fundamentos da Administração: conceitos fundamentais e aplicações*. 4 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

Romano PS, Mutter R. The evolving science of quality measurement for hospitals: implications for studies of competition and consolidations. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 2004; 4:131-57.

Rooney K. Consumer-driven healthcare marketing: using the web to get up close and personal. *Journal of Healthcare Management*. 2009;54(4):241-51.

Sanjo Y. Quality choice in a health care market: a mixed duopoly approach. *European Journal of Health Economics*.2009;10(2), 207-15.

Scanlon DP, Swaminathan S, Lee W, Chernew M. Does competition improve health care quality? *Health Services Research*. 2008; 43(6):1931-51.

Schraeder M, Self DR. "Enhancing the success of mergers and acquisitions: an organizational culture perspective". *Management Decision*.2003;41(5):511-22.

Schroth L, Khawaja R. Globalization of healthcare. *Frontiers of Health Services Management*. 2007;24(2):19-30.

Shekhar V. Perspectives in Strategic Management A Critique of Strategy Safari: The Complete Guide. Through the Wilds of Strategic Management; *ICFAI Journal of Business Strategy*. 2009;VI(2):43-55.

Short JC. Toward Greater Integration of the Resource-Based View and Strategic Groups Research: An Illustration Using Random Coefficients Modeling. In: Ketchen DJ, Bergh DD. (ed.) *Research Methodology in Strategy and Management. Volume 4*. UK: Emerald Group Publishing Limited, 2007. p.75-100.

Silva HP, Viana ALD. Health technology diffusion in developing countries: a case study of CT scanners in Brazil. *Health Policy and Planning* 2011; 26:385-94.

Silva HP. *Dimensões da saúde no Brasil: proteção social, inovação tecnologia e acumulação de capital*. [Tese] Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.

Spetz, J; Maiuro LM. Measuring levels of technology in hospitals. *The Quartely Review of Economics and Finance*. 2004;44:430-47.

Steiger NJ, Balog A. Realizing patient-centered care: putting patients in the center, not the middle. *Frontiers of Health Services Management*. 2010;26(4):15-25.

Steinberg SH. Competitive strategies for independent hospitals: can you remain independent?. *Healthcare Financial Management*.2009; 63(11):64-7.

Steinwald B. *General Hospitals: Operational and Clinical Changes Largely Unaffected by Presence of Competing Hospitals*. United States Government Accountability Office, USA: GAO Reports,2006. 49p.

Swayne LE, Duncan WJ, Ginter PM. *Strategic Management of Health Care Organizations*. 6th ed. England: John Wiley & Sons Ltd, 2008.

Teplensky JD, Pauly MV, Kimberly JR, Hillman AL, Schwartz JS. Hospital adoption of medical technology: an empirical test of alternative models. *Health Services Research*.1995;30(3):437-65.

Thomas R. *Marketing Health Services*. Chicago, USA: Health Administration Press, 2005.

Tiemann O, Schreyögg J. Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany. *BuR - Business Research*.2009;2(2):115-45.

Treacy M, Wiersema, F. Customer intimacy and other value disciplines; 1993, *Harvard Business Review*. 1993;71(1):84-93.

U.S. News & World Report, *Best Hospitals 2011-2012*. Disponível em: <http://health.usnews.com/>. Acesso em: 15 de janeiro de 2012.

Ugá MAD, Porto SM, Piola SF. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In.: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

Valor Econômico. *Valor Análise Setorial- Hospitais Privados*. São Paulo: Valor Econômico S.A., 2012.

Veloso GG, Malik AM. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. *RAE Eletrônica*. 2010;9(1), Art. 2.

Vianna SM, Nunes, A, Goes G, Silva JR, Santos RJM. *Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento*. Volume I. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005.

Walker, K.B. & Dunn, L.M. Improving hospital performance and productivity with the balanced scorecard. *Academy of Health Care Management Journal*. 2006;2:85-110.

Wichmann R, Clark R. Developing a defensible pricing strategy. Hospital pricing is a science, not an art. *Healthcare financial management: Journal of the Healthcare Financial Management Association*. 2006;60(10):72-4, 76, 78, 80.

Wood Jr T, Caldas MP. Empresas Brasileiras e o Desafio da Competitividade. *era - Revista de Administração de Empresas*. 2007;47:66-78.

Wrenn B. Marketing Orientation in Hospitals: Findings from a Multi-Phased Research Study. *Health Marketing Quarterly*. 2007;24(1-2):15-22.

Yin RK. *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Zanardo MLAM. *Gerenciamento das operações hospitalares como vantagem competitiva*. [tese]. Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Fundação Getúlio Vargas, 2004.

Zilber MA, Lazarini LC. Estratégias Competitivas na Área da Saúde no Brasil: um Estudo Exploratório. *Revista de Administração Contemporânea –RAC*. 2008;12(1):131-54.

Zuckerman A.M. Competitive Strategy a New Era. *Healthcare Financial Management*. 2007; 61(11):64-70.

8 APÊNDICES

8.1 Apêndice 1 - QUESTIONÁRIO I

Tema: Um estudo exploratório sobre as estratégias de mercado adotadas em grandes hospitais gerais privados brasileiros.

Data:

Razão social do hospital:
CNPJ:
Endereço:
Telefone: FAX:
WEB SITE:
E-mail:
Marca (nome comercial):
Pertence a uma rede de hospitais () sim () não
Número de hospitais:
Número de leitos (por unidade hospitalar e na rede):
Número de funcionários próprios:
Receita bruta anual em R\$:
Modalidade de organização:
Responsável(is) pelas respostas:
Indique o modelo organizacional adotado no hospital: () Estrutura funcional () Estrutura divisional por produto () Estrutura divisional geográfica () Estrutura multidivisional () Estrutura de unidade estratégica de negócio () Estrutura matricial () Outro modelo

1) Qual é o atual número de leitos do hospital?

Leitos	Atual	Previstos para 2015
Instalados		
Operacionais		
UTI		
Semi UTI		

2) Qual é o número de salas cirúrgicas?

Atendimento	Atual	Previstos para 2015
Centro Cirúrgico		
Centro de Cirurgia Ambulatorial		
Outros - especificar		

3) Indique os procedimentos de alta complexidade realizados/ executados no hospital:

Procedimento	Atual	Previstos para 2015
Transplante de coração		
Transplante de fígado		
Transplante de medula		
Transplante de pulmão		
Transplante de rim		
Transplante de rim/ pâncreas		
Outros transplantes - Especificar		
Radioterapia		
Quimioterapia		
Cirurgia cardíaca		
Microneurocirurgia		
Radiologia intervencionista		
Reprodução humana		
Medicina nuclear		
PET		
Outros - Especificar		

4) Qual é o perfil das internações?

Internações Eletivas	%
Via Pronto Socorro	%

5) Por favor, solicitamos que classifique os seguintes serviços como próprio ou terceirizado.

Serviço	Atual	Previstos para 2015
Lavanderia		
Nutrição		
Limpeza Técnica		
Limpeza Predial		
Segurança		

6) Por favor, solicitamos que classifique os seguintes como próprio ou terceirizado.

Serviço (Próprio – P; Terceirizado – T)	Atual	Previsto para 2015
Anatomia Patológica		
Anestesiologia		
Endoscopia		
Hemoterapia		
Laboratório Clínico		
Onco-hematologia		
Reprodução Humana		
Hemodiálise		
Hemodinâmica		
Radiologia Convencional		
Radiologia Intervencionista		
Ressonância Magnética		
Medicina Nuclear		
Tomografia		
Ultrassonografia		
Equipe Médica de UTI		
Equipe Médica de Pronto Socorro		
Equipe Médica de Especialidades		

7) Por favor, informe a representatividade no faturamento do hospital, variando de 1 (para a maior) até 6 (para a menor), para as seguintes fontes:

	Atual	Previstas para 2015
Diárias		
Taxas		
Material		
Medicamento		
SADT		
Outros		

8) Por favor, informe a representatividade no total de gastos do hospital, variando de 1 (a maior) até 8 (a menor), para os seguintes fatores:

Fator	Atual	Previstos para 2015
Pessoal		
Material		
Medicamento		
Manutenção		
Treinamento		
Gases Medicinais		
Serviços Terceirizados Assistenciais		
Serviços Terceiros Apoio		

9) O corpo clínico é:

- ☐ Aberto
- ☐ Fechado

10) Como tem sido o relacionamento com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde?

- Tem contrato formal?
- As glosas pós-faturamento têm:
☐ Crescido ☐ Estável ☐ Decrescido
- Tempo médio de pagamento após apresentação da fatura (em dias):_____
- Atraso de pagamento (em dias):_____

11) Por favor, solicitamos o fornecimento dos seguintes relatórios?

- Últimos três relatórios contábeis (Balanços Patrimoniais: Demonstrações do Resultado do Exercício).

8.2 Apêndice 2 - QUESTIONÁRIO II

Tema: Um estudo exploratório sobre as estratégias de mercado adotadas em grandes hospitais gerais privados brasileiros.

Data:

Responsável(is) pelas respostas: Cargo: Graduação: Outros cursos superiores:

- 1) Por favor, solicitamos que comente sobre a oferta dos seguintes serviços pelo hospital:
 - Promoção de saúde:
 - Prevenção de doenças:
 - Diagnósticos:
 - Reabilitação:
 - Tratamentos:
 - Monitoramento e gestão de doenças crônicas:
- 2) Ao considerar os fatores que levam pacientes /familiares / acompanhantes a optarem por este hospital, solicitamos que indique 1 (para o fator mais importante) variando até 17 (para o fator menos importante):

Acreditação hospitalar	
Amplitude de especialidades assistenciais	
Atendimento pelo SUS	
Atendimento prestado pela equipe de enfermagem do hospital	
Atendimento prestado pelo pessoal de apoio do hospital	
Credenciamento pelas seguradoras	
Disponibilidade para o atendimento	
Histórico de informações sobre o hospital	
Histórico de informações sobre os médicos	
Informações no <i>website</i>	
Localização	
Marca do hospital	
Preços competitivos	
Porte do hospital	
Recomendações de familiares e amigos	
Recomendações de médicos	
Tecnologia do hospital	

Por favor, comente.

- 3) Qual é a sua percepção sobre as influências (Muito Alta; Alta; Média; Baixa; Muito Baixa) das seguintes macroforças nas estratégias e desempenho do hospital?

Influência	Macroforça
	Economia
	Política
	Legislação
	Demografia
	Tecnologia
	Sociedade
	Cultura
	Meio Ambiente

Por favor, comente.

- 4) Quais são as principais oportunidades e as principais ameaças vislumbradas no ambiente de negócios do hospital?
- 5) O que é priorizado no hospital ao serem desenvolvidas as estratégias? As oportunidades de mercado ou os recursos e competências organizacionais?
- 6) Quais são os principais recursos e competências do hospital? Em que o hospital é diferente, melhor do que os concorrentes e estes não conseguem imitá-lo?
- 7) O que é priorizado no hospital, a liderança em custo (custos mais baixos do que os concorrentes diretos), ou a diferenciação (ser diferente) em relação aos concorrentes diretos?

- 8) Para cada prioridade competitiva apresentada a seguir, indique a importância (Muito Alta; Alta; Média; Baixa; Muito Baixa) para o hospital:

Importância	Prioridade Competitiva
	Menores preços do que os praticados pelos concorrentes.
	Maiores facilidades de pagamento do que os concorrentes, em termos de descontos, prazo, quantidade de parcelas de pagamento e instrumento de crédito.
	Ofertas temporárias interessantes aos clientes, como sorteios e ofertas, sem alterar os preços normais de venda.
	Desenvolvimento de projetos de serviços que melhor atendam às características e atributos mais valorizados pelos clientes.
	Oferecer serviços que os clientes consideram melhores do que os ofertados pelos concorrentes.
	Oferecer maior variedade de serviços do que os concorrentes.
	Proporcionar melhor acesso ao atendimento no hospital do que concorrentes.
	Desenvolvimento de projetos de atendimento que melhor atendam às características e atributos mais valorizados pelos clientes.
	Proporcionar melhor qualidade de atendimento (recepção, contato e comunicação) com o cliente do que os concorrentes.
	Proporcionar menor prazo de entrega do serviço ao cliente e conseguir cumprir o prazo combinado
	Proporcionar o atendimento (recepção, contato e comunicação) ao cliente em menor prazo do que os concorrentes
	Proporcionar serviços com melhor imagem do que os dos concorrentes.
	Ter imagem de organização (empresa) mais confiável para os clientes
	Ter imagem crível em responsabilidade social melhor do que os concorrentes

Por favor, comente.

- 9) Como o hospital procura posicionar-se perante a saúde suplementar? Qualidade superior e preços superiores? Segue a média do mercado? Preços mais baixos do que os dos concorrentes?
- 10) Solicitamos que comente sobre os seguintes possíveis movimentos estratégicos por parte do hospital:
- () Ampliação da gama de produtos ou marcas
 - () Aquisição de uma nova linha de produtos
 - () Aquisições de outros hospitais
 - () Atuação em outros países
 - () Atuação na gestão de hospitais públicos
 - () Aumentar a participação de mercado
 - () Atuação em novos segmentos de mercado

- ☐ Atuação na saúde suplementar
 - ☐ Crescimento orgânico
 - ☐ Fusões com outros hospitais
 - ☐ Entrada em novas atividades que não tenham relações com as atuais
 - ☐ Incorporação de novas atividades complementares às atividades existentes no atual plano tecnológico / comercial atual
 - ☐ Investimentos em SADT
 - ☐ Novas unidades hospitalares neste município
 - ☐ Novas unidades hospitalares em outros municípios
 - ☐ Novas unidades hospitalares em outros estados
 - ☐ Parcerias com hospitais concorrentes
 - ☐ Participação em rede hospitalar de mercado
 - ☐ Redução voluntária da participação de mercado
 - ☐ Ser especialista (grande em um, ou poucos, segmentos de mercado e não pequeno em um grande mercado)
- 11) Qual é a sua percepção sobre o relacionamento entre o hospital e os seus fornecedores de equipamentos e com os fornecedores de medicamentos? Relacionamentos ganha-ganha, ou ganha-perde? Onde está concentrado o maior poder?
- 12) Por favor, no quadro abaixo, indique na primeira coluna: 1 a tecnologia considerada mais inovadora no seu hospital, variando de 1 (a mais inovadora) até 15 (a menos inovadora). Entre as colunas 2 e 13, indique por X a tecnologia adotada em cada modalidade de tratamento.

Tecnologia	1- Índice Geral de Tecnologia; 2- Câncer; 3- Cardiologia; 4-Diabetes e Endocrinologia; 5-Otorrinolaringologia; 6-Gastroenterologia; 7-Geriatria; 8-Ginecologia; 9-Nefrologia; 10-Neurologia; 11-Ortopedia; 12-Pneumologia; 13-Urologia												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Remoção do esôfago de Barret													
2. Unidade intensiva de atendimento cardíaco													
3. Cirurgia ortopédica assistida por computador													
4. Serviços de diagnóstico por radioisótopo													
5. Endoscopia de movimento retrógrado													
6. Endoscopia por ultrassom													
7. Mamografia de campo total digital													
8. Terapia de radiação guiada por imagem													
9. Tomografia por computador através de espiral multifatiada													
10. PET/CT scanner													
11. Cirurgia robótica													
12. Sistema de radiação não invasiva de alta resolução													
13. Sistema de foto emissão CT													
14. Radiocirurgia estereotáxica													
15. Serviços de transplante													

Por favor, solicitamos que comente sobre as tecnologias mais inovadoras em uso e as tendências de incorporações nos próximos cinco anos.

- 13) Quais são os cinco serviços mais importantes oferecidos pelo hospital? O hospital pretende ampliar, manter ou reduzir o portfólio de serviços oferecidos?

- 14) Qual é o papel do marketing no hospital? Os profissionais de marketing têm efetiva participação no desenvolvimento do portfólio de produtos / serviços?
- 15) Qual é (são) o(s) principal (ais) componente(s) do perfil tecnológico / assistencial da oferta de serviços valorizado pelo hospital para se apresentar no mercado de saúde?
- 16) Quais tem sido as tendências nos resultados (Melhorou; Estável; Piorou) de desempenho do hospital nos últimos três anos?

Fator	Resultado
Receita Líquida em R\$	
Lucro Líquido	
Liquidez Seca	
Liquidez Corrente	
Liquidez Geral	
EBITDA	
Satisfação do Clientes	
Número de Clientes	
Controle de Custos	
Padrões de Qualidade (Final)	
Padrões de Qualidade (Nos Processos de Atendimento)	
Receita por Funcionário	
Satisfação dos Funcionários	
Rotatividade de Funcionários	
Níveis de Absenteísmo	