ALIANÇAS ESTRATÉGICAS EM HOSPITAIS PRIVADOS:

Estudo de caso com oito hospitais

JOSÉ HENRIQUE GERMANN FERREIRA

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Práticas de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Grau de Doutor.

Área de concentração: Administração Hospitalar

ORIENTADOR: PROF.^a DR.^a ANA MARIA MALIK

São Paulo
2000

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total e parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data

40251/2000 (doc)

"As Companhias estão começando a aprender o que as nações sempre sabem - em um mundo complexo e incerto, defrontar-se com oponentes perigosos é melhor não ir sozinho".

Kenichi Ohmae.

Agradecimentos

Aos Hospitais, que permitiram este trabalho;

Aos Diretores, Superintendentes e Gerentes dos hospitais que participaram desta pesquisa;

À Diretoria do Hospital Israelita Albert Einstein pelo apoio e incentivo;

À Ana Maria Malik, pela orientação precisa e generoso aconselhamento;

À Gisele Ribeiro;

À Laura Maria César Schiesari;

À Nívea Conforti Froes;

À Meire Regina Aguiar;

À minha família, que com carinho, tudo releva.

RESUMO

Ferreira JHG. **Alianças Estratégicas em Hospitais Privados:** Estudo de caso com oito hospitais. São Paulo; 2000. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. O presente trabalho tem por objetivo contribuir para a compreensão das alianças estratégicas em organizações de saúde, suas diferentes possibilidades de desenvolvimento e de implementação. Dentre os objetivos específicos constam os aspectos relacionados ao caso escolhido – o grupo de hospitais realizando compras em conjunto, suas atividades, características e mecanismos de ação, fatores restritivos e propulsores que interferem no desempenho do grupo estudado, e aspectos da interação dos hospitais envolvidos. **Método.** Revisão bibliográfica sobre o tema é seguida do estudo de caso de um grupo de oito hospitais brasileiros que realizam compras em conjunto como um primeiro passo para o estabelecimento de uma aliança. **Resultados.** A formação do grupo foi facilitada pelas semelhanças existentes entre os hospitais, que vão desde a complexidade dos serviços prestados, passando pelo posicionamento no mercado em que se inserem, incluindo a visão compartilhada de desafios mercadológicos a serem enfrentados nos próximos anos. As atividades conjuntas de compras desenvolvidas pelos hospitais são descritas. O trabalho em torno de um mesmo objetivo, a aproximação de organizações até então acostumadas à relação de concorrência constituem etapa necessária para a construção da viabilidade do grupo. Desta atividade conjunta resulta a intensificação das trocas de informação e o delineamento das possibilidades de expansão desta atividade. A percepção dos dirigentes desses hospitais sobre a iniciativa, seu

potencial de desenvolvimento, suas vantagens e desvantagens é relatada e analisada, apontando a relevância, pertinência e viabilidade da proposta de formação de alianças em organizações de saúde. **Conclusão.** O entendimento da condição de aliança não é homogêneo e a aliança estudada encontra-se em formação. A operação de um grupo de compras em conjunto para o caso estudado é considerada uma estratégia eficaz para o desenvolvimento de uma aliança estratégica entre hospitais, sendo que o envolvimento dos diferentes níveis hierárquicos organizacionais é fator crítico neste processo.

Descritores: alianças; alianças estratégicas; estratégias em saúde; parcerias.

SUMMARY

Ferreira JHG. Strategic Alliances in Private Hospitals: Case study of eight hospitals.

São Paulo; 2000. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objective: The objective of this work was to contribute to the understanding of strategic alliances in healthcare organizations, the different possibilities in their development and implementation. The specific objectives discussed are: a group of hospitals making purchases together, their activities, characteristics and mechanism of action, restrictive and motivating factors that interfere with group development, and interactions amongst hospitals involved. **Method:** Review of current literature regarding the subject followed by a case study involving the collaboration of 8 Brazilian hospitals to establish combined purchasing power as a first step in the development of a strategic alliance. **Results:** The formation of such a group was attainable because of the existing similarities between the hospitals involved such as: complexity of services provided, competition within the marketplace, and a common vision of the potential difficulties to be encountered in the near future. The combined buying activities are described. The approximation of the diverse institutions into a unified group with a similar objective was a necessary step in the viability of such an alliance. The results of this endeavor resulted in the exchange of information and the possibility for expansion of such an activity into other common settings. The perception of hospital directors regarding this initiative, its potential for development, advantages and disadvantages are detailed and analyzed discussing the relevance, pertinence, and viability of a proposal for a strategic alliance amongst

healthcare organizations. **Conclusion:** In general, the concept of a strategic alliance is not homogeneous amongst all participants and is still evolving. The use of combined buying power was considered an effective strategy for the initiation of a strategic alliance between hospitals. In addition, the involvement of different levels of hierarchical organizational was a critical factor to the success of such a project.

Key words: alliances; strategic alliances; strategies in Healthcare; partnership.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Tema proposto	1
1.2. O Mercado de Serviços Hospitalares no Brasil	5
1.2.1. O Modelo de Competição no Setor Hospitalar	5
1.2.2. A Visão de Mercado para o Sistema de Saúde	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL	21
2.1. As Alianças Estratégicas	21
2.1.1. Aspectos Gerais e de Formação	21
2.1.2. Tipos de Alianças	24
2.1.3. Operação das Alianças	26
2.1.4. Ciclo de Vida das Alianças	29
2.1.5. A Experiência de Alianças em Outros Setores	31
2.2. As Alianças na Área da Saúde	32
2.2.1. Compras em Conjunto na Área da Saúde	38
2.2.2. “Grupo de Compras Hospitalares Assessoria”	39
2.3. A Administração de Recursos Materiais e de Medicamentos	46
2.4. A Função Compras	49
3. OBJETIVOS	54
3.1. Justificativa	54
3.2. Objetivos	56
3.3. Principais Questões	58
4. MÉTODO	59
4.1. Hipótese	59
4.2. Descrição do Método	59
4.3. Fontes de Dados	66
4.4. Categorias Analíticas	68
4.5. Objeto de Estudo	69
4.6. Caracterização dos hospitais	70
4.7. Limitações	71

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **73**

5.1. Aspectos Gerais	73
5.2. Formação do “Grupo de Compras”	74
5.3. Observação da Operação do “Grupo de Compras”	85
5.4. Primeira Compra em Conjunto	90
5.5. Segunda Compra em Conjunto	93
5.6. A Percepção dos Gerentes de Suprimentos	96
5.7. A Percepção dos Diretores e Superintendentes	102
5.8. Comparação com a Literatura	119
5.9. Novas Perspectivas	123

6. CONCLUSÕES **125**

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **131**

ANEXOS FORMAÇÃO DA ALIANÇA ESTRATÉGICA E DO “GRUPO DE COMPRAS” **A1**

ANEXO 1 – Questionário aplicado aos Dirigentes e Gerentes dos Hospitais participantes do “Grupo de Compras”	A1
ANEXO 2 – Caracterização do Hospitais	A7
ANEXO 3 – Central de Compras e Distribuidora de Materiais e Medicamentos Estudo comparativo entre Central de Compras em conjunto e empresa distribuidora de materiais e medicamentos	A20
ANEXO 4 – Primeira Compra em conjunto – itens adquiridos por hospital	A25
ANEXO 5 – Segunda Compra em conjunto – itens adquiridos por hospital	A26
ANEXO 6 – Gerenciamento de Suprimentos Hospitalares Respostas dos Gerentes de Suprimentos aos questionário aplicado aos hospitais integrantes do “Grupo de Compras”	A27
ANEXO 7 – Utilização e resultados do “Grupo de Compras” Respostas dos Gerentes de Suprimentos ao questionário aplicados aos hospitais integrantes do “Grupo de Compras”	A33
ANEXO 8 – Posicionamento e entendimento do nível diretivo às Alianças Estratégicas Respostas do questionário aplicado aos Dirigentes dos hospitais integrantes do “Grupo de Compras”	A44

1. INTRODUÇÃO

1.1. Tema proposto

A administração de serviços de saúde tem como uma de suas grandes preocupações o ambiente, representado pelo mercado dos serviços de saúde onde se incluem os prestadores de serviço, as fontes pagadoras públicas e privadas e os profissionais de saúde, no qual o médico é o elemento que mais influencia o sistema. Neste cenário, a pluralidade de subsistemas existentes dificulta a compreensão, o gerenciamento, a distribuição de recursos e principalmente, a provisão da atenção à saúde por meio de ações com capacidade de redução dos custos operacionais, aumento da qualidade e ampliação do acesso aos serviços.

Nas últimas duas décadas, as intensas transformações no sistema de saúde brasileiro estão relacionadas às mudanças ocorridas no âmbito político-institucional alicerçadas no processo de democratização, nas sucessivas mudanças econômico-financeiras e na ampliação do segmento atendido por organizações privadas. O modelo de financiamento adotado para o setor favoreceu o crescimento do mercado de medicina supletiva. Hoje, o Brasil ocupa a segunda posição na classificação mundial, com relação à participação da iniciativa privada na seguridade de saúde, sendo somente superado pelos EUA, onde a participação está acima dos 80% e movimenta 21 bilhões de dólares (PANORAMA SETORIAL, 1998). Mais ainda, as mudanças regulatórias e o possível ingresso de operadoras internacionais devem exigir, das empresas nacionais que trabalham com atendimento à saúde, um importante aumento de eficiência e de qualidade, além da redução dos custos

operacionais. Basicamente, dois pontos fundamentais precisam ser considerados: o primeiro é a alteração constitucional de 1988 que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) e a universalidade do direito do cidadão à assistência de saúde no Brasil. O segundo, refere-se à pluralidade de formas de prover a atenção à saúde, tanto ao nível público como privado. Isso significa a prestação de serviços por instituições públicas e universitárias, por organizações privadas lucrativas e não lucrativas, fornecendo serviços ao estado e aos planos de saúde privados, que são, por sua vez suportados por companhias seguradoras ou pela medicina de grupo, oferecidos tanto em nível individual, como empresarial.

Independentemente de sua categoria de atuação, as instituições de saúde vivem dificuldades freqüentes, havendo a necessidade permanente de mudanças e adaptações, ora relativas às questões de financiamento de seu processo produtivo, ora das alterações de mercado de consumo de serviços de saúde. Recentemente, essas mudanças foram fruto da nova legislação para os planos de saúde, ainda em fase de implantação, e das alterações cambiais que afetaram os preços de seus insumos mais importantes. Outro exemplo dessas mudanças pode ser traduzido pelas alterações substanciais que estão ocorrendo no mercado de insumos médico-hospitalares nesses últimos anos, decorrentes da maior abertura do mercado sul americano aos fabricantes e fornecedores estrangeiros e, por outro lado, do progressivo desenvolvimento da indústria e produtos de origem nacional.

Gradativamente, o mercado de serviços de saúde se vê à frente de novas incertezas. Uma nova era competitiva vem se instalando no ambiente da saúde e os serviços hospitalares privados tornam-se a cada dia mais o foco desse momento de

maior competição. Devem surgir estratégias capazes de contribuir para o desenvolvimento do setor.

Sérios problemas, de ordem administrativa, gerencial e financeira, estão desafiando as empresas do setor. Como solução, além das propostas de inovação de financiamento e de programas de atenção e serviços, as transformações também exigem a criação de modelos alternativos de gestão e organização. A atenção principal está na busca da melhoria contínua da qualidade dos serviços e no aumento de eficiência. Como forma de adaptação às mudanças ambientais e às condições do setor, alguns hospitais estão procurando construir vantagens competitivas através de arranjos inter-organizacionais.

Tal como em um processo evolutivo, as alianças surgem como uma forma de se estabelecer interligações entre organizações para compartilhar riscos, conhecimento e habilidades, para tirar proveito da interdependência entre elas e para alcançar objetivos comuns. Os resultados esperados pela formação de alianças são alavancar vantagens competitivas, nivelar capacidades críticas, incrementar o fluxo de inovação e melhorar a flexibilidade de respostas ao mercado e às mudanças tecnológicas, a partir da somatória de forças e capacidades complementares em áreas de produção, *marketing*, distribuição e tecnologia. As alianças estratégicas oferecem soluções atrativas para a administração dos hospitais, tais como economia de escala, compartilhamento de riscos a baixo custo e melhoria da eficiência. Além disso, projetam a oportunidade de evolução através da exploração do relacionamento em iniciativas mais ágeis, favorecendo uma contínua articulação e execução de novas estratégias de negócio (BROWN, 1996).

Alguns outros benefícios podem ser especificados entre eles, desenvolver oportunidades e adaptar-se a novas competências, compartilhar riscos, repartir custos de produção e de desenvolvimento tecnológico, aumentar a influência setorial, ter acesso e domínio em novos mercados, aumentar a habilidade de gerenciar a incerteza e resolver problemas complexos, ganhar suporte e sinergia mútuas, responder rapidamente às demandas de mercado e fortalecer a posição competitiva.

Por outro lado, algumas desvantagens podem ser identificadas, como as perdas de superioridade técnica, autonomia, estabilidade e de segurança, além de atrasos na solução de problemas em razão da necessidade de uma coordenação central.

As alianças possuem um ciclo de vida definido, principalmente pelas transformações dos propósitos e dos mecanismos de coordenação e cooperação. Como o ambiente de competição dos hospitais permanece em constante mudança, a evolução das alianças é um requisito básico para a adaptação de seus participantes às mudanças em curso. As alianças, por si só, não eliminam a necessidade de se buscar novas oportunidades de relacionamentos cooperativos, ou seja, o sucesso, por exemplo, de um grupo de compras depende também da exploração de novos elos cooperativos entre o grupo de compras e seus fornecedores (ZUCKERMAN et al. 1995).

Nesse sentido, entendemos ser oportuno um estudo sobre alianças estratégicas entre hospitais privados com a formação de grupo de compras de materiais e medicamentos, que considera que as alianças aumentam o poder de barganha e favorecem o acesso a recursos críticos, mesmo em condições de instabilidade comercial e financeira.

1.2. O Mercado de Serviços Hospitalares no Brasil

1.2.1. O Modelo de Competição no Setor Hospitalar

Reportemo-nos inicialmente, ao modelo industrial. Segundo PORTER (1990), “a vantagem competitiva sustentável está no âmago do desempenho de uma empresa, e seus resultados são totalmente dependentes de sua posição competitiva e da estrutura do ramo em que atua”. Assim, a avaliação de uma empresa exige o levantamento e a compreensão de um conjunto de dados que possibilite a identificação da estratégia em curso, do modo como a estratégia está sendo implementada e dos resultados relativos que estão sendo obtidos. Para tanto, devemos proceder ao levantamento de informações e do desenvolvimento de modelos que descrevam:

- a estrutura industrial do ramo em que a empresa atua;
- a dinâmica estrutural da indústria definida pelas movimentações competitivas que alteram sua atratividade e a posição competitiva da empresa;
- o sistema de valores da empresa, isto é, suas atividades estratégicas e de apoio;
- a cadeia de valores em que a empresa atua, isto é, as atividades estratégicas de fornecedores, dos canais de distribuição e dos compradores;
- seu escopo competitivo.

A partir da análise das informações desses modelos é possível tecer considerações sobre a estratégia e a vantagem competitiva da empresa.

A análise estrutural das indústrias é a base para a compreensão da atratividade de uma empresa do ramo industrial, ou seja, a análise viabiliza o levantamento das oportunidades de rentabilidade a longo prazo e a identificação dos fatores que condicionam essa rentabilidade.

O modelo proposto por PORTER (1990) analisa a atratividade e a apropriação de valor, por meio do levantamento dos fatores que determinam as cinco forças competitivas descritas na Figura 1.

Figura 1. – Modelo da Cinco Forças Competitivas

Fonte: Porter, ME. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise da indústria e da concorrência. 8a. Ed. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1991.

É importante observar que o resultado principal dessa análise é a determinação do grau de apropriação, pela indústria, do valor criado para o comprador. As pressões impostas pelas forças dos substitutos, dos fornecedores e de novos entrantes podem obrigar a indústria a reduzir seu retorno.

O diagnóstico de cada uma das forças envolve a seleção e o levantamento dos fatores mais adequados ao ramo industrial analisado. As listas apresentadas, a seguir, servem como fonte para a seleção dos fatores a serem levantados durante o diagnóstico do setor:

- determinantes da rivalidade:- crescimento do setor, custo fixo e valor adicionado, diferença de produtos, identidade de marca, custo da mudança, concentração e equilíbrio entre as empresas do setor, complexidade informacional, diversidade de concorrentes, interesses empresariais;

- barreiras de entrada:- economia de escala, diferenças de produtos patenteados, identidade de marca, custo da mudança, exigência de capital, acesso à distribuição, curva de aprendizagem, acesso a insumos necessários, projeto de produtos de baixo custo, política governamental;

- determinantes da ameaça de substitutos:- desempenho do preço relativo, custo da mudança, propensão do comprador a substituir o fornecedor;

- determinantes do poder do fornecedor: - diferenciação de insumos, custo da mudança, presença de insumos substitutos, concentração de fornecedores, volume de compras, participação na diferenciação nos custos da empresa, integração para frente x integração reversa ou para trás;

- determinantes do poder do comprador:- sensibilidade ao preço, preço e compras, diferencial de produto, identidade da marca, impacto sobre a qualidade e o

desempenho, lucros do vendedor, alavancagens de negociação, concentração de compradores, volume de compras, custos da mudança, informação do comprador, integração reversa ou para trás, produtos substitutos.

Entretanto, o modelo de PORTER carece de algumas adaptações para sua aplicação na indústria de serviços de saúde (BLAIR e BUESSELER, 1998), principalmente, na identificação dos novos entrantes, fornecedores, clientes e substitutos. É importante salientar a constante alteração e a multiplicidade de papéis nesse setor e esses diferentes elementos alternam-se no desempenho de funções no relacionamento com os hospitais. Por exemplo, os médicos podem atuar ora como cliente, ora como fornecedor de serviços, e ainda podem participar do corpo profissional do hospital. Do mesmo modo, o relacionamento com clientes pode significar a interação com as fontes pagadoras, pacientes ou médicos, na dependência de como a relação se situa, seja como cliente ou de parceria.

Utilizando-se esse modelo, pode-se ainda considerar que os hospitais estão sendo ameaçados pela competição de serviços ambulatoriais ou serviços inovadores de diagnóstico, tratamento e reabilitação e propor a formação de alianças para oferta desses serviços, visando a eliminação da duplicidade de recursos. Apoiados no conceito de rentabilidade de PORTER (1990), também é possível sugerir que, além de oferecer mais valor aos clientes, os hospitais precisam desenvolver mecanismos de apropriação do valor criado para o cliente. Um exemplo simples é proporcionar o acesso, facilitar o entendimento e orientar seus pacientes no relacionamento com os planos de saúde. As alianças podem aumentar o valor através da redução dos custos e da melhoria da qualidade (GILLIES et al., 1997).

Em compras, por exemplo, as alianças aumentam o poder de barganha que, quando alavancado por vantagens ou facilidades geográficas, reduzem efetivamente os custos. Já a melhoria da qualidade é obtida quando um hospital foca seus esforços em suas especialidades, em suas competências essenciais e desenvolve esses serviços com maior eficiência e efetividade (HAMEL e PRAHALAD, 1995).

Observa-se também que os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos possuem grande participação na criação do valor oferecido pelo hospital e verificando o sucesso econômico dessas empresas pode-se supor que estão se apropriando do valor criado. Essa é uma tendência clara nas indústrias que fazem uso intensivo de tecnologia e inovação, embora em outras indústrias a tendência de apropriação do valor criado favoreça os agentes que se encontram mais próximos dos consumidores na cadeia produtiva. Nas indústrias, onde a taxa de inovação tecnológica é alta, a apropriação do valor criado pelo fornecedor de tecnologia é vital, caso contrário, não teriam condições de continuar a competir na base da inovação tecnológica.

Dessa forma, questiona-se, no jogo de forças competitivas, se os hospitais estão em desvantagem em relação aos fornecedores de insumos, ou seja, a formação de um grupo de compras constituiria, então, uma oportunidade de reversão ou apropriação do valor criado.

O comportamento colaborativo surge da interdependência entre os hospitais, e configura um comportamento social influenciado pelo risco e motivado pela ameaça, caracterizando muito bem o aspecto estratégico das alianças. As alianças são modelos de gestão da interdependência estratégica.

1.2.2. A Visão de Mercado para o Sistema de Saúde

Não cabe aqui descrever o Sistema de Saúde do País, suas características, divisões e segmentos relativos aos provedores, financiadores públicos e privados e os profissionais prestadores ou usuários, mas sim identificar os segmentos relevantes para o estudo em questão.

A atual estrutura médico-hospitalar do Brasil tem suas origens na fundação da primeira Santa Casa de Misericórdia de Santos, na capitania de S. Vicente, em 1543. Desde aquela época e até o final do século XIX, o papel dos hospitais era o de tratar enfermos sem moradia ou condições sociais para serem atendidos em casa. Desse modo, os hospitais eram destinados aos pacientes que não tinham recursos ou que necessitavam de algum tipo de isolamento. Alguns autores afirmam que até os anos trinta deste século, não havia no País, uma política de saúde, propriamente dita. A atuação do governo central no setor saúde limitava-se à implantação de instituições, tais como hospícios, asilos para tuberculosos ou hansenianos, além da implementação de serviços de saúde pública, em nível nacional, baseados no modelo das “campanhas sanitárias”. O desenvolvimento da política de saúde do País confunde-se com a evolução da Previdência Social, mais especificamente ao subsetor médico assistencial. Até os anos sessenta, foram criadas inicialmente as Caixas de Aposentadoria e Pensão, que evoluíram para a formação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, de diferentes categorias profissionais e de vários setores da atividade econômica e a implantação de unidades hospitalares ligadas aos institutos previdenciários (COHN e ELIAS 1996).

Em 1967, ocorreu a unificação dos Institutos de Previdência e Pensões e a extensão dos benefícios aos trabalhadores rurais. O sistema assim criado cobria cerca de 90% da população. Pretendia universalizar os serviços de saúde, contando com a participação dos hospitais públicos, universitários, previdenciários e também dos beneficentes ou filantrópicos como prestadores de serviços à Previdência Social. O financiamento do sistema, sob a direção do INPS, passou a ser obtido por contribuições eqüitárias dos segurados, dos empregadores e da União. Com a extensão dos benefícios e o aumento do número de beneficiários, a ampliação da rede prestadora de serviços se fez necessária. Para tanto, o instituto credenciava hospitais constituindo-se no maior comprador de serviços e, assim, as diretrizes do INPS acabaram por influenciar a construção e o desenvolvimento de boa parte dos hospitais brasileiros.

Paralelamente, com o processo de industrialização do país, surgiram as correntes imigratórias e graças a elas os hospitais comunitários beneficentes foram sendo construídos, a fim de suprir as necessidades médicas das coletividades estrangeiras que os fundaram e que, gradativamente, passaram a atender parte da população (BRANDT, 1998).

Em São Paulo, tem-se como exemplos os hospitais Beneficência Portuguesa criado em 1859, o Hospital Samaritano em 1890, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz em 1897, o Hospital Santa Catarina em 1903, o Hospital Sírio Libanês em 1921, o Hospital Santa Cruz em 1939 e o Hospital Israelita Albert Einstein em 1955 (BRANDT, 1998).

Recursos tecnológicos diversos foram sendo incorporados à prática da medicina que se tornou, progressivamente, uma das atividades mais complexas e,

conseqüentemente mais caras para a vida da população. Os hospitais passaram a ser o local para esta finalidade, sendo os custos suportados pelos próprios pacientes ou pelo poder público.

O sistema de atenção à saúde no Brasil, em seus diversos segmentos, conta ainda com uma expressiva rede de instituições que se pode denominar como pública não estatal – que não depende exclusivamente, mas predominantemente, da prestação de serviços ao SUS –, composta entre outras, por uma forte participação das Santas Casas de Misericórdia. As Santas Casas foram os primeiros hospitais brasileiros e espalharam-se pelo país, constituindo-se até hoje em um importante segmento de instituições de saúde a serviço da população, com 2,6 mil instituições hospitalares. No início, administradas e operacionalizadas exclusivamente por religiosas, tornaram-se em sua maioria, hospitais profissionalizados, tanto para as atividades de gestão como para as assistenciais.

Com o aumento dos custos operacionais e a restrição de recursos federais para o orçamento do SUS, ocorreu um comprometimento da implantação do Sistema Único de Saúde e uma incapacidade do Estado em fazer cumprir o preceito constitucional no que diz respeito ao atendimento universal às necessidades da população brasileira no campo da saúde.

A partir da década de 60, as reivindicações crescentes dos trabalhadores urbanos fizeram com que as empresas passassem a oferecer benefícios em atendimento médico-hospitalar. Mesmo em nível individual, procurou-se alguma forma alternativa de financiamento dessas necessidades, o que foi responsável pelo crescimento do setor chamado “Suplementar” de atenção à saúde. Em 1988, este segmento era responsável pelo atendimento a 18 milhões de pessoas e atualmente

assegura a prestação de serviços a 41 milhões. É formado pela assistência médica privada (< 1%), pelas cooperativas médicas (24%), pelas empresas com autogestão em saúde (21%), pelos planos de saúde administrados pelas empresas de medicina de grupo (41%) e pelas empresas de seguro-saúde (14%). As informações existentes mostram mais de 700 planos de saúde, sendo que 60% desses planos possuem menos de 10.000 associados e apenas 2% tem mais de 200.000 associados. Há uma tendência ao aumento no número de participantes do sistema suplementar de saúde, buscando uma maior e melhor cobertura assistencial (PANORAMA SETORIAL 1998).

Finalmente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (artigos de 196 a 200 da Seção II do Capítulo II do Título VIII), a qual determina que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, a assistência à saúde ganha novos contornos estabelecendo-se, formalmente, as características de Universalidade, Equidade, Uniformidade e Equivalência, Irredutibilidade, Diversidade e Descentralização.

Ao final da década de 90, o Brasil conta com cerca de 7.000 hospitais, totalizando mais de 520.000 leitos a uma proporção de 3,5 leitos para cada grupo de 1 mil habitantes, dos quais 22,8% são públicos, enquanto que a Organização Mundial da Saúde preconizava quatro leitos por mil habitantes. Cerca de 64% dos hospitais privados prestam serviços ao SUS, em proporções variadas de sua capacidade. Três quartos dos hospitais têm menos de 70 leitos e apenas 10% possuem mais de 150 leitos. Além das Santas Casas de Misericórdia, há 1250 hospitais filantrópicos correspondendo a 17,5% do total, dos quais só 10% são capazes de fornecer serviços de alta complexidade. Segundo dados do Programa de Controle de Qualidade

Hospitalar (CQH), mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, a taxa média de ocupação dos leitos em hospitais da região metropolitana de São Paulo é de 60,54%. De todas as internações do país, 81% correspondem a pacientes financiados pelo SUS, incluindo-se os hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, ou seja o SUS é o órgão financiador mais importante do sistema de saúde (PROAHSA 1998; PANORAMA SETORIAL 1998).

Atualmente, os gastos anuais com saúde no Brasil são de aproximadamente 41 bilhões de reais. Para a distribuição destes recursos cabem R\$19 bilhões ao Ministério da Saúde (incluindo-se o CPMF), R\$10 bilhões para os estados e municípios e R\$ 12 bilhões financiados pelo sistema suplementar de saúde, a partir das empresas e dos planos individuais. Em 1996, a origem desses recursos em nível federal era de 46% do FINSOCIAL e COFINS, 22% do Fundo Social de Emergências/Fundo de Estabilização Social, 18% de Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas, 5% de Recursos Ordinários do Tesouro e 9% de outras origens (LEVCOVITZ 1997).

Surge agora nova legislação que procura definir novas bases para o setor suplementar, conforme recente tentativa de regulamentação governamental por meio da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e da Medida Provisória 1.730-7, de 7 de dezembro de 1998, que altera dispositivos da Lei 9.656 e dá outras providências. Essa Lei tem por objetivo estabelecer uma regulamentação única para todos os planos de saúde, ou seja as empresas seguradoras, as medicinas de grupo, as cooperativas médicas e as empresas de auto-gestão (CIEFAS, 2000).

A nova regulamentação traz um cenário totalmente diferente. A principal alteração é que todas as empresas passam a ser operadoras ou administradoras de planos de saúde e não mais de seguros-saúde, medicina de grupo ou outras denominações. Com isso, os seguros de saúde saem da subordinação da SUSEP e do Ministério da Fazenda, as cooperativas do Ministério da Agricultura, para serem controladas pelo Ministério da Saúde, que por sua vez, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para ser o órgão controlador desse setor. Deixa também de existir a exigência da reserva técnica financeira o que vem conferir maior competitividade para as empresas. As companhias têm um prazo até o final do ano 2.000 para se adaptarem à nova situação. Do ponto de vista da relação das empresas com os hospitais não devem ocorrer grandes alterações (CIEFAS, 2000).

Outras condições estabelecidas pela nova legislação são:

- “contrato único”, que estabelece condições semelhantes de cobertura para todos os planos;
- limite proporcional de prêmios, ou preços, por faixa etária, com uma proporcionalidade de sete vezes entre a menor e a maior idade limite daquele plano. Isso significa que os mais idosos devem ser subsidiados pelos beneficiários mais jovens do plano. Atualmente, essa diferença é muito maior, com planos muito caros para os mais idosos;
- exame admissional para os novos beneficiários, a ser efetuado pela rede de prestadores credenciados ou referenciados pelas prestadoras ou por um médico escolhido pelo próprio adquirente. O objetivo desse quesito é permitir identificar as doenças e lesões passíveis de serem classificadas como pré-existentes. Neste casos, a cobertura para tais eventos fica

condicionada a uma carência de até 24 meses. A omissão do consumidor sobre sua condição prévia, ao adquirir seu plano de saúde, se caracteriza como comportamento fraudulento. Neste caso, a operadora deve encaminhar queixa documentada para o Ministério da Saúde e se julgada procedente, deixa de ser a responsável pelo pagamento das despesas ocorridas. Entretanto, na prática, as operadoras direcionaram suas vendas para um segmento constituído por empresas (85%), onde este conceito não se aplica. Hoje, o percentual de empresas da maioria das operadoras alcança 85% dos clientes beneficiários;

- a cobertura estabelecida para os novos planos podem ser contratadas como: ambulatorial, hospitalar(com ou sem obstetrícia), odontológico e referencial (completo). O plano ambulatorial garante a cobertura para urgência / emergência limitadas às primeiras 12 horas de atendimento. No caso do segurado não ter adquirido a categoria hospitalar naquele plano de saúde, deve ser transferido após o atendimento. O plano hospitalar dá cobertura exclusivamente aos atendimentos em regime de internação. O plano referencial engloba os planos ambulatorial e hospitalar;
- mecanismo de regulação: desde que informado previamente ao consumidor, a operadora poderá aplicar um mecanismo de direcionamento de atendimento bem como os fatores moderadores, como as franquias (CIEFAS, 2000).

Os maiores benefícios são: aumento da abrangência de cobertura para todas as patologias ou diagnósticos; inclusão de atendimento psicoterápico, na crise aguda, ou psiquiátrico para internação, limitado por sessões ou por período de atendimento,

mas com cobertura para complicações clínico-cirúrgicas do paciente; ausência de restrição de tempo para internação hospitalar, cabendo ao médico assistente definir o período de tratamento e de internação. Como desvantagem aos beneficiários, ressalta-se a limitação para transplantes, excetuando-se o de córnea e de rins (CIEFAS, 2000).

Nitidamente, as mudanças pelas quais o mundo passa estão aceleradas. No entanto, essa aceleração é maior nos países do primeiro mundo, de modo que o Brasil e outros países economicamente equivalentes se afastam cada vez mais da capacidade de acompanhar o progresso científico e tecnológico dos mais desenvolvidos. A cada dois anos, renovam-se 50% do conhecimento humano, enquanto a renovação de um terço da tecnologia disponível ocorre a cada 18 meses. No campo da medicina, isso pode vir a significar uma crescente dependência dos países em desenvolvimento, com a exigência, por parte de seus planejadores e líderes, de uma visão ampla e globalizada desta questão.

A concentração de renda existe nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. A maioria da população mundial continua sem água potável, saneamento básico, acesso à assistência médica, transporte e comunicações. Crescem as descrenças na representação política e instituições governamentais, incluindo as responsáveis pela saúde. A solução de problemas individuais prevalece sobre a do coletivo, favorecendo a empresa privada que procura satisfazer o indivíduo, ao contrário da gestão pública que deve tratar todos igualmente. Estas condições podem afetar o setor saúde de inúmeras formas. Uma delas é a organização em novas bases, iniciada com essa recente tentativa de regulamentação governamental que poderá provocar uma redução no número de empresas no segmento suplementar de saúde,

juntamente com um aumento no número de beneficiários desse sistema, principalmente por meio de planos empresariais. O sistema governamental tenderá a concentrar o atendimento àqueles que não têm acesso ao sistema suplementar. Conforme o sistema suplementar cresce, passará por fases distintas. As fases de identificar e arregimentar provedores preferenciais, de conseguir descontos sobre pagamentos por serviços prestados, de absorver hospitais e outros provedores com as empresas de medicina de grupo já foram superadas. A fase seguinte deverá ser de aumento da agressividade nas negociações com os provedores de serviços, em busca de maiores descontos, maior eficiência e menores preços, em consequência do aumento da concorrência e da competição (BRANDT, 1998).

Evolutivamente, para o setor hospitalar privado, um dos cenários possíveis é que as organizações pequenas e isoladas devem dar lugar às cadeias de hospitais e outros serviços de saúde, com estrutura física, tecnológica e humana de maior eficiência e menor custo, muitas delas controladas por grupos estrangeiros. A preocupação com o custo passará a ser vital para a sobrevivência do sistema e a forma de pagamento por serviço prestado deverá ser gradativamente substituída pelos modelos de compartilhamento dos riscos. A conjugação dessas mudanças pode aumentar o número de médicos generalistas e a preocupação com a qualidade dos serviços e seus resultados. Para a avaliação e auditoria do sistema deve prevalecer o aumento de modelos de acreditação ou de avaliação externa da qualidade da assistência prestada, para grandes instituições ou para serviços especializados, isolados ou em rede e a competição por preços dará lugar à competição por resultados (BRANDT, 1998).

Em função desse cenário, os hospitais devem passar por profundas transformações estruturais dada a necessidade de se fazer mais e melhor em benefício de um número maior de pessoas com menos recursos e para um menor número de fontes pagadoras. Estas transformações devem levar os hospitais a:

- entenderem as necessidades de sua clientela, a fim de oferecerem serviços individualizados de alta qualidade e baixo preço;
- oferecerem serviços às fontes pagadoras sob a forma de protocolos gerenciados, desenvolvidos a partir de evidências e valores previamente estabelecidos;
- assumirem, parcial ou integralmente, os riscos das variações no diagnóstico e tratamento dos pacientes;
- passarem a focar o diagnóstico precoce e a prevenção, ao invés de privilegiar apenas o tratamento do agravo já instalado à saúde;
- integrarem processos e serviços, com extenso uso dos recursos de informática e com amplas bases de dados;
- exercerem excelência em liderança e administração;
- promoverem maior colaboração e menor conflito entre prestadores e pagadores de serviços, com trabalhos conjuntos visando mudanças de hábitos de vida, prevenção de doenças e acidentes, avaliação de riscos e integração buscando a excelência em qualidade, satisfação da clientela e menor custo possível.

Essas transformações devem ocorrer também dentro de uma conotação específica que é o inter-relacionamento institucional, possibilitando a formação de parcerias, redes de serviços, alianças entre serviços de saúde e fusões de hospitais.

Valendo-se do exemplo das Santas Casas de Misericórdia, pode-se verificar que há muito esse recurso de inter-relacionamento e união de entidades congêneres é utilizado com o objetivo de promover a troca mais freqüente de informações ou de formar associações. Posteriormente, alguns hospitais com fins lucrativos passaram a formar ligações com o setor das instituições não lucrativas, pela caracterização de uma clientela comum e de segmentos semelhantes, e obviamente, com dificuldades e necessidades parecidas.

Essas modalidades de inter-relacionamento vêm passando também por um processo de mudança, no que diz respeito a alterações conceituais, de finalidade e de objetivos institucionais. Essa possibilidade de relacionamento institucional vem sendo gradativamente mais valorizada e o que parece ter sido, no passado, um dispositivo eventual e reativo tem novas características, ou seja, passa agora para o âmbito estratégico das organizações.

Assim, pode-se dizer que as alianças fragilizam as fronteiras organizacionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

2.1. As Alianças Estratégicas

2.1.1. Aspectos Gerais e de Formação

Segundo GULATI (1998), as alianças são arranjos voluntários entre firmas que envolvem a troca, compartilhamento, ou o desenvolvimento de produtos, tecnologias, ou serviços. Resultam de um amplo leque de motivos e objetivos, assumem as mais diversas formas e ocorrem através das fronteiras verticais e horizontais. De modo complementar à afirmação de ARRUDA e ARRUDA (1997) aliança estratégica é aquela em que as metas conjuntas de duas ou mais empresas não comprometem a independência de cada uma; as empresas parceiras participam dos benefícios, dividem o controle do desempenho das atividades e contribuem sempre para uma ou mais áreas estratégicas cruciais, como produto ou tecnologia.

Para analisar as proposições considera-se, em consonância com GULATI (1998), que o comportamento de uma aliança pode ser entendido por meio da análise de uma sequência de eventos. Essa sequência inclui a decisão de participar de uma aliança, a escolha apropriada do parceiro, a escolha da estrutura da aliança, a dinâmica evolutiva e os relacionamentos desenvolvidos. Embora a sequência de eventos não seja comum a todas, as decisões envolvidas constituem um comportamento chave que surge nas alianças.

Por outro lado, o conhecimento do desempenho da própria aliança e o das empresas participantes depende da identificação dos fatores que influenciam o sucesso da aliança e de seus efeitos nas empresas participantes.

Para KANTER (1994), as alianças envolvem colaboração, a criação conjunta de valor e não apenas uma mera troca. Os parceiros valem pela propriedade com que se incorporam à aliança. A autora ainda acrescenta que o sucesso do relacionamento interorganizacional depende de oito principais fatores (8 I's), a saber:

Excelência Individual – participação baseada em motivos positivos como a construção de oportunidades futuras, e não para esconder fraquezas;

Importância – relevância dos propósitos que motivam a participação;

Interdependência - impossibilidade de alcançar sozinho os objetivos pretendidos;

Investimento - sinalizar o compromisso do longo prazo por meio de investimentos tangíveis;

Informação- manter a comunicação aberta com a troca de objetivos e metas, dados técnicos e outros;

Integração - desenvolver ligações em diversos níveis organizacionais, compartilhar os meios de operações;

Institucionalização - garantir um meio formal para o relacionamento estabelecendo claramente o processo decisório e as responsabilidades dos participantes; e

Integridade - a ética que garante a confiança mútua (ZUCKERMAN et al. 1995).

As alianças são rotuladas como “cooperações virtuais”, tal uma rede temporária de empresas que estão juntas para explorar oportunidades de rápidas mudanças. A chave é a flexibilidade, que permite às companhias ampliarem as ofertas ou produzirem produtos sofisticados mais baratos.

As alianças constituem uma resposta estratégica que diminui os impactos causados pela turbulência, complexidade e restrições do ambiente competitivo. No entanto, ela não é a única resposta disponível. No rol dos modelos de relacionamentos interorganizacionais encontram-se soluções que exploram desde contratos informais até as fusões entre empresas (DULL et al. 1995; KANTER 1994; KUMAR 1996). Entretanto, a especificidade das alianças está na manutenção da autonomia das organizações que concordam em integrar e coordenar partes de seus sistemas de negócio em troca do compartilhamento dos benefícios alcançados. Os propósitos estabelecidos para as alianças refletem a intenção de assegurar aos seus membros a escala e a força de barganha de grandes empresas, ao mesmo tempo em que garantem o controle e a propriedade individual.

Os propósitos mais comuns nas alianças são:

- proteger e fortalecer a posição competitiva;
- promover economia de escala através da operação conjunta;
- desenvolver novas fontes de rendimento;
- facilitar o acesso ao capital;
- conter os custos;
- atrair e reter recursos humanos e financeiros;
- prover serviços de consultoria e administração.

As bases de organização de uma aliança podem variar segundo os interesses, a missão e os objetivos estratégicos ou os tipos de dependência compartilhados entre os participantes. Podem atuar segundo bases geográficas – regional, nacional e internacional, caráter lucrativo, preferência religiosa ou tipo de instituição.

As formas de agrupamentos prevêm consórcios com baixo acoplamento, onde os participantes possuem alto grau de autonomia e controle sobre as funções que compartilham, normalmente encontrados quando os participantes não estão aptos a desenvolver um compromisso mais substancial; parcerias entre grupos de hospitais; associações sem fins lucrativos; organizações “guarda-chuva” que abrigam diversas subsidiárias para atuarem em áreas e condições diversas.

Ao contrário de outros tipos de associações, como por exemplo as setoriais, as alianças devem ser seletivas e, normalmente, formalizam critérios para avaliar e abrigar novos membros. Os critérios de seleção utilizados são baseados em características como missão, filosofia operacional, tamanho, faturamento, capacidade administrativa, situação financeira, posição no mercado, reputação técnica e rol de serviços oferecidos. A expansão da aliança pode envolver a inclusão de novos membros através da formação de outras redes, nesse caso um membro da aliança coordenaria a formação de uma sub-rede e a representaria junto à aliança. Outra forma de expansão é a associação entre alianças (ZUCKERMAN et al. 1995).

2.1.2. Tipos de Alianças

Basicamente têm-se dois tipos, o primeiro denominado "lateral" ou "de serviço", onde organizações similares, com necessidades equivalentes ou semelhantes e alta interdependência, juntam-se para alcançar benefícios com a economia de escala, obter ou captar recursos escassos e aumentar o poder coletivo. Agregam-se as forças e as capacidades de membros isolados para beneficiarem todo

o grupo, por exemplo para: compras em conjunto, seguros, informação, gerenciamento de recursos humanos, programas compartilhados e serviços de apoio.

O segundo tipo pode ser denominado "integrativo" ou integrador, onde as organizações agrupam-se por amplos objetivos para colocar posições estratégicas e de mercado e conseguir vantagens competitivas. Muitos dos atributos dessas alianças são incorporados na formulação de KANTER (1994) para alianças, enfatizando as pontes entre fornecedores, provedores, clientes e compradores. Essas ligações podem ser ilustradas pelas parcerias corporativas entre provedores e fornecedores, por meio de acordos de longa duração e relações extremamente fechadas.

É de particular interesse o papel de alianças como um mecanismo de construir sistemas integrados de distribuição e financiamento. Esses sistemas são desenvolvidos para alcançar integração horizontal e vertical, integração assistencial e administrativa, de financiamento e de distribuição. Como esses sistemas alcançam a integração é uma questão chave. Há razão para acreditar que as alianças exercerão um papel importante, representando um mecanismo para alcançar essa integração. Essas alianças "integrativas" deverão ser especialmente importantes no contexto de uma mudança ambiental.

Nesses últimos anos, muitas das atividades em alianças foram estimuladas pela ameaça ao sucesso das organizações, ou pelo menos pela percepção que essa ameaça existe em seus ambientes e que ela estimulará um crescimento mais rápido do fenômeno das alianças nos próximos anos. Um claro exemplo quanto a esses esforços é encontrado na possível mudança nas leis anti-truste. O propósito do presidente Clinton para a reforma da saúde, por exemplo, inclui específica atenção para o efeito dessa legislação na transformação para uma integração vertical do

sistema de distribuição de recursos para o sistema. Conforme essas ameaças se consolidam, caracteriza-se o movimento cooperativo para a formação de alianças. Outras forças que buscam a estabilidade influenciam a natureza destas relações, movendo-as para uma relação interorganizacional baseada em propriedades formadas entre os participantes da aliança. Como tal, podemos ser as testemunhas da influência das políticas públicas alterando o foco dessas alianças de "lateral" para um arranjo "integrado".

No Brasil, as políticas públicas influenciam fortemente os estágios do ciclo de vida das alianças e impulsionam a migração de alianças laterais para integradoras. Nos Estados Unidos da América, durante a década passada, as políticas públicas estimularam o crescimento de alianças à medida que forçaram o sistema de saúde a aumentar a sua eficiência, impondo, pelo menos, menores custos nos pagamentos ao setor público e privado. Essas políticas determinaram sérias surpresas para algumas organizações de saúde, como mostram os esforços do sistema de pagamento prospectivo para reembolsar serviços ao *Medicare*, assim como políticas estaduais restringiram a expansão do modelo de capitação e do *Managed Care*.

2.1.3. Operação das Alianças

Manter as alianças funcionando requer constante vigilância. Por se tratar de um relacionamento entre instituições que em geral atuam em um mesmo segmento de mercado as relações entre as alianças são inicialmente frágeis e se caracterizam por constantes mudanças. Seus participantes devem acreditar que eles são fortes em conjunto, mais do que seriam separadamente, compensando assim o investimento de

tempo, energia e recursos necessários para assegurar os benefícios iniciais. Diferentemente do modelo de controle permanente das organizações, as alianças são apropriadamente definidas como um modelo de comprometimento, um novo modelo de compromisso baseado no relacionamento, para aprender a trabalhar com parceiros ao invés de subordinados.

O corpo executivo de uma aliança inclui os diretores de todas as organizações participantes. O presidente ou executivo principal para aliança é escolhido entre os próprios integrantes. Em grandes alianças, a mesa executiva reúne-se duas ou três vezes por ano. Outros membros da organização participam dos programas ou empresas subsidiárias, e as estruturas administrativas diferem de acordo com os programas, atividades e serviços que são desenvolvidos. A gestão da aliança envolve o estabelecimento explícito das intenções e direitos de decisão para evitar conflitos.

Como KANTER (1994) sugere: “... se um aumento da atividade econômica ocorrer externamente aos limites definidos da organização, os gerentes terão que entender como trabalhar com parceiros, mais do que com subordinados...”. Como os propósitos de uma aliança podem mudar, o domínio da operação e a adesão também podem necessitar reestruturação. Por exemplo, como muitas alianças de hospitais evoluem de “associação” para um “foco de negócio”, áreas de atividade e critérios para adesão devem ser reestruturados. Igualmente, de acordo com WEINSTEIN, como organizações-membro dirigem sua atenção para construir sistemas de saúde verticalmente integrados, o papel e a contribuição dessas alianças nacionais devem ser reestruturados. Administrar essas mudanças potencialmente profundas e balancear o interesse de múltiplos constituintes é uma tarefa delicada e difícil, testa o compromisso, bem como a abertura e a boa vontade dos membros em compartilhar

recursos e informações, desafiando a aliança a adicionar valor e prover benefícios estratégicos continuamente.

No momento que se avalia como as alianças são sustentadas no tempo, diversos pontos aparecem. Primeiramente, é a natureza crítica da seleção dos membros participantes, pois é essencial que os parceiros sejam rigorosos nas suas próprias análises e nas dos demais, quanto à compatibilidade e complementaridade de objetivos, propósitos, visão, valores e que possuam claras indicações de interdependência, definindo, assim claramente o âmbito e as atividades da aliança.

Em segundo, a continuidade das alianças é dada pela confiança e pelo compromisso dos integrantes em alcançar os objetivos propostos. Os requisitos desejáveis aos parceiros incluem a abertura, dedicação ao trabalho com as alianças e capacidade de reconhecer que uma contínua alimentação é necessária para manter a aliança todo o tempo. A fragilidade das alianças põe em dúvida seu caráter temporário ou permanente na vida das organizações. Em grande parte, a boa vontade dos membros em permanecer, dependerá da sua percepção sobre o quanto a aliança é crucial para a viabilidade da organização, a longo prazo. Mudanças constantes requerem da organização a capacidade de restabelecer áreas de atividade e critérios de participação.

Em terceiro, os termos e o terreno da aliança devem ser claros, as regras de operação explícitas e as expectativas mutuamente entendidas e acordadas.

Em quarto, os parceiros devem aprender com a aliança e serem suportados por ela. As alianças são vistas por muitos como mecanismos para suplementar e complementar as capacidades principais e o conhecimento da organização e não como um substituto de um desenvolvimento interno. De fato, como LEWIS aponta,

“... não há razão para cooperar, a menos que haja um forte crescimento com a experiência.”

2.1.4. Ciclo de Vida das Alianças

A formação das alianças pode ser descrita em termos de estágios de desenvolvimento ou de um modelo de ciclo de vida. Cada um dos estágios ou cada passo no ciclo de vida tem importante implicação para o desenvolvimento do próximo passo e para o sucesso da aliança.

Por exemplo, a formulação de KANTER (1994) que parece aplicável, propõe que a formação das alianças se dá por estágios definidos como “seleção ou namoro”, “engajamento”, “início”, “aprendendo a colaborar”, e “mudando com a aliança”.

A seleção é o primeiro estágio e, como tal requer de cada organização avaliar o seu potencial e o de cada um dos parceiros da aliança. No engajamento, por sua vez, após desenvolver os acordos básicos da fase inicial, os parceiros começam a experimentar as dificuldades nessa nova forma de relacionamento. Experimentam problemas com a coordenação de recursos, diferenças culturais, oposição às alianças, falta de entendimento e incompatibilidades de estilo de operação. Esse estágio de aprendizado requer mecanismos de construção, que envolvam estratégia, tática, cultura, inter-relação pessoal e operacionalidade para que as barreiras sejam transpostas. Finalmente, a mudança interna se consolida, a fim de sustentar o relacionamento através do tempo.

Em uma abordagem comparável, FORREST propõe três estágios para a evolução das alianças: “pré-aliança”, “acordo” e “implementação”. Tal como KANTER, FORREST enfatiza a importância de uma cuidadosa avaliação preliminar,

a “pré-aliança” para seleção de parceiros apropriados, chamados à uma aproximação em termos de expectativas, valores, objetivos, interdependência, confiança e comprometimento.

A fase de “acordo” serve para especificar os termos e as condições da aliança, quanto a seu escopo, objetivos, recursos necessários, estrutura gerencial, mecanismos de solução de conflitos, condições de saída e medidas de performance.

Na fase de “implementação”, a ênfase é a comunicação clara, o mecanismo de decisão, a revisão de objetivos para assegurar uma consistência em um ambiente em mudança e estreitar o compromisso mútuo.

Observando o desenvolvimento de alianças quanto ao ciclo de vida, os passos ao longo do caminho podem ser delimitados como “surgimento”, “transição” e “maturidade”.

A relevância das alianças “laterais” é logo notada, pois alianças entre organizações que dividem ideologias e dependência de recursos emergem em resposta às ameaças e incertezas do ambiente. Tal como uma alternativa organizacional de diminuição de custos e promoção de uma oportunidade para reduzir a dependência, rapidamente os parceiros desenvolvem propósitos, expectativas e critérios de participação.

Durante o desenvolvimento, são estabelecidos mecanismos de controle, coordenação e de decisão. A confiança e o comprometimento são fortificados, fundamentando os alicerces que permitam aos parceiros assegurar antecipadamente os benefícios, enquanto a aliança amadurece e cresce. Para vencer as travessias críticas os membros enfrentam demandas por um maior comprometimento, mecanismos de decisão mais centralizados e maior dependência sobre a aliança para

os recursos necessários, que são, em muitos casos, as razões iniciais de formação da aliança, aumentando assim o espectro de remoção ou criando um tipo “maduro” com um maior grau de hierarquização e organização.

2.1.5. A Experiência de Alianças em Outros Setores

O estabelecimento de alianças, na área de transporte aéreo, pela *Air Canada*, companhia de porte médio, tanto nos Estados Unidos da América, como na Europa e Ásia proveu serviços de manutenção à *Continental Airlines* e repartiu escalas, reservas e benefícios com a *United Airlines*, com o objetivo de diminuir custos. A *Jaguar-Ford* e a *Saab Scania-General Motors* são outros exemplos de alianças estratégicas estabelecidas com a finalidade de enfrentar a competição japonesa. A *Daimler-Benz* está iniciando atividades conjuntas na fabricação de ônibus com companhias chinesas para se expandir na Ásia. A *General Motors*, a *Ford* e a *Chrysler* estabelecem alianças para desenhar carros tecnologicamente avançados e não poluidores, a partir de pesquisas realizadas pelas três empresas e por laboratórios governamentais.

As indústrias de comunicação e mídia caracterizam um exemplo de alianças, como a fabricação e implementação de redes de telefonia e computação, interligando *hardwares* e *softwares* na busca de um desenvolvimento tecnológico rápido. Empurrados pela tecnologia em desenvolvimento, pelo aumento de competição no Mercado Comum Europeu e com o fim dos monopólios estatais, as companhias de telefonia estão formando parcerias internacionais. Entretanto, a *AT&T* está considerando aliar-se com importantes companhias a cabo com a finalidade de trazer

seus clientes para uma rede integrada de multimídia. A evidência é clara de que muitas indústrias estão migrando para uma grande variedade de alianças.

2.2. As Alianças na Área da Saúde

Na visão de ZUCKERMAN e D'AUNNO (1990), as alianças no setor hospitalar surgem quando três ou mais hospitais compartilham recursos para alcançar objetivos preestabelecidos, de longo prazo, os quais não seriam alcançados, individualmente, por um hospital. Os parâmetros utilizados na seleção dos participantes e as características do inter-relacionamento distinguem as alianças de outros tipos de associação. A seleção dos membros visa a obtenção de vantagens e a agregação de valor para todos os participantes. Assim, as organizações participantes apoiam-se na comunhão de necessidades e no compartilhamento de custos, riscos, conhecimento e habilidades para tirar vantagens da interdependência na realização de objetivos comuns (ZUCKERMAN et al. 1995). A principal expectativa é que cada participante contribua com uma habilidade ou um recurso especial, a fim de tornar a aliança mais forte (KANTER 1994).

As alianças na saúde podem atuar em um espectro muito amplo de atividades e isto é o que influencia o desenvolvimento e o desempenho das alianças. Como descrito por ZUCKERMAN et al. (1995), muito do desenvolvimento das alianças na área da saúde pode ter sido traçado com o propósito de que ocorra um crescimento gradual da interdependência, enquanto permanece uma substancial independência e autonomia, o que seria impossível sob outros arranjos interorganizacionais como a simples integração horizontal e vertical.

Essas condições se aplicam a todas as partes da indústria americana da saúde. Os provedores entram em alianças para ganhar economia de escala, aumentar a aquisição e retenção de recursos chaves, aumentar sua influência e melhorar sua posição de mercado. Com isso, permitem novas atividades, unem organizações para compartilhar objetivos estratégicos, provêm acesso a tecnologias antes inacessíveis e capitalizam necessidades de crescimento para a interdependência organizacional. Do mesmo modo, viabilizam acesso a recursos sem possuí-los, encorajam as organizações a olhar para dentro e para fora, trabalhando para fazer mais, com menos.

O leque de oportunidades descrito pelas atividades, programas e serviços que podem ser desenvolvidos por uma aliança é bastante amplo. ZUCKERMAN e D'AUNNO (1990), identificaram seis categorias de programas e serviços para os hospitais estabelecerem alianças:

- economia de escala e contenção de custos:- nessa categoria estão as compras em conjunto e os programas de seguro. A função das alianças nesta categoria é reunir um volume suficiente de itens e financeiro para que os membros se beneficiem do ganho de escala. Podem envolver a compra de material médico-cirúrgico, equipamentos e medicamentos. As alianças podem utilizar fornecedores diversos, ou desenvolverem acordos com uma rede de distribuidores ou fornecedores preferenciais, em troca de descontos maiores, serviços melhores ou limitar os aumentos de preços. Em outro modelo utilizado, as alianças funcionam como agentes entre os hospitais e os fornecedores, para que grandes volumes de compra garantam preços menores do que os praticados em compras individuais;

- recursos humanos:- muitas alianças oferecem serviços de seleção e recrutamento de pessoal, programas de educação continuada, voltados para o corpo executivo e gerencial. Os programas de desenvolvimento gerencial normalmente utilizam-se de consultores e parcerias com universidades. Também são realizados fóruns e reuniões para troca de informações, para planejamento e implantação de programas específicos aos componentes da aliança;

- desenvolvimento de influência:- alianças que visam explicitamente aumentar o poder político dos participantes através de iniciativas como a influência política, a comunicação de sua filosofia, a construção de imagem e promoção da marca;

- compartilhamento de serviços:- uma série de serviços adicionais e de apoio podem ser disponibilizados por grande parte das alianças: consultoria, *marketing*, planejamento, estudos de viabilidade financeira e avaliação tecnológica, assistência na organização de novos serviços e programas de controle de custos. Muitas alianças mantêm banco de dados comparativos para permitir que o participante avalie sua performance relativa. Quando a proximidade geográfica permite, também são oferecidos serviços técnicos como engenharia biomédica, engenharia e construção civil e manutenção de equipamentos;

- geração de receita:- a geração de novas fontes de receitas é outra área de atividade das alianças. As alianças podem compartilhar recursos para se servirem de serviços ou proporcionar parcerias para desenvolver serviços a outras instituições em atenção domiciliar, transporte de pacientes, banco de sangue, laboratórios de análises clínicas e de anatomia patológica;

- recursos financeiros:- o acesso a recursos financeiros é outra área contemplada pelas alianças. Alguns programas podem favorecer o acesso ao capital com taxas menores ou organizar desembolsos através de um planejamento financeiro compartilhado. A gestão centralizada de fundos de aplicação financeira e o desenvolvimento de oportunidades de investimentos também são alternativas de geração de receita. Em todos os casos os lucros obtidos são divididos entre os participantes.

É necessário desenvolver uma nova cultura a ser compartilhada entre os membros das alianças. Os hospitais participantes devem questionar-se sob novos pontos, como se tornarem mais atrativos para os outros, aprenderem a trabalhar com os outros e facilitarem as coisas para todos.

A força da informação pode diferenciar o desempenho dos hospitais e construir uma vantagem competitiva. Entretanto, a integração dos sistemas de diversos hospitais pode criar problemas intransponíveis e requer alto grau de coordenação e competência. Uma das formas de contornar esses problemas é, antecipadamente ao uso, preparar os sistemas para que possam suportar esse novo comportamento cooperativo da organização.

As alianças não são soluções fáceis ou rápidas para os problemas. Os esforços de coordenação, cooperação e integração crescem significativamente com o tempo. Os custos com sistemas de informação e de comunicação para integração dos participantes aumentam gradativamente e a junção de algumas funções, como compras, irá demandar recursos para as adaptações na organização. Em decorrência, também será difícil para organizações, que foram programadas para competir, adotarem um comportamento colaborativo (ZUCKERMAN et al. 1995).

Uma aliança deve ser projetada para contar com um grupo de hospitais homogêneos. Os hospitais sem fins lucrativos podem desenvolver alianças entre si como forma de assegurar uma visão consensual a respeito da missão e da estratégia de negócio. Os hospitais sem fins lucrativos não são pressionados a apresentar retorno em curtos períodos de tempo, se comparados aos hospitais com fins lucrativos, que estão sob a pressão constante de seus acionistas. Contudo, essa diferença não introduz dificuldades no estabelecimento de objetivos comuns, ou diferentes julgamentos a respeito do desempenho da aliança. Caso a aliança envolva investimentos, a avaliação dos prazos de retorno e depreciação pode variar entre organizações de natureza administrativa diferentes.

As instituições, quanto às rápidas mudanças na atenção à saúde, querem saber como será trabalhado esse território desconhecido de suas organizações. Estão procurando transformar competidores antigos em parceiros e começando a imaginar que suas organizações podem ter que tomar uma forma radicalmente diferente para sobreviver e completar suas missões. Eles estão, desse modo, buscando orientação, história e indicação de que estejam no caminho certo.

Os serviços de saúde ligados à área de exames de diagnóstico, especialmente os de laboratório, acompanham desde meados da década de 80 uma atuação conjunta de seis dos principais laboratórios de análises clínicas do país, sendo três situados em São Paulo, e os outros três em Porto Alegre, Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Esses, vêm trabalhando no sentido de que uma codificação adequada para os itens de exames seja estabelecida, com o objetivo de sistematizar e facilitar o sistema de cobrança para os serviços prestados aos planos de saúde e ao Sistema Único de Saúde.

Semelhantemente, os hospitais privados de maior porte e complexidade localizados na cidade de São Paulo, acompanham, com interesse, o desenrolar de uma associação na qual um hospital assumiu a operação de outro, incluindo-se a responsabilidade financeira da operação. Nos extremos, não se trata de uma contratação externa de gestão, nem de uma fusão de empresas. Seria este então um novo tipo de aliança?

Ao mesmo tempo, os pesquisadores estão entendendo e discutindo as mudanças que estão acontecendo, os incentivos que as estão movendo e quais mudanças têm sucesso. Eles necessitam de experiências abrangentes e verdadeiras, além de dados para avaliar se este crescimento é relevante e útil. Porém, a necessidade de saber o que acontecerá não é restrita à comunidade da pesquisa; os provedores igualmente necessitam saber como será o futuro para ajustar-se em tempo e antecipar as mudanças que afetarão seu desempenho.

As alianças vieram para a área da saúde, enquanto se aprende sobre seu desenvolvimento na indústria. O futuro está em buscar informações das comunidades da prática e da pesquisa, que fornecerão melhor o que se deve saber, em lugar do que se pensa saber. Um trabalho conjunto entre a comunidade de pesquisa em serviços de saúde e a comunidade da prática diária beneficiaria a todos. Os resultados efetivos, entretanto requerem que se distinga o que sabemos, do que pensamos que sabemos ou do que deveríamos saber.

2.2.1. Compras em Conjunto na Área da Saúde

A julgar pelas publicações que abordam a adoção de estratégias de compras pelos hospitais nos Estados Unidos da América, parece que essa função tem sido a mais explorada na busca da redução dos custos. Embora o modelo de competitividade do setor hospitalar brasileiro não tenha forçado os hospitais a adotarem muitas das estratégias preconizadas pela literatura, tem sido possível notar que o setor está voltando-se a para exploração dessas vantagens.

As estratégias de compras podem envolver a padronização de materiais e medicamentos, a realização de consórcios e alianças que visem a realização de compras em conjunto, a consignação de materiais de alto custo e contratos de fornecimento direto baseados em estoque zero, dentre outros (ZUCKERMAN et al. 1995).

As compras em conjunto são parte importante do fornecimento de materiais para hospitais norte-americanos. Os grupos podem centralizar as compras e proceder à distribuição, ou apenas negociar contratos que garantam um preço favorável para os hospitais integrantes do grupo. Os dez maiores grupos americanos, em volume de compras, totalizaram, em 1996, compras no valor de 28.2 bilhões de dólares.

Abaixo são apresentados os valores negociados pelos três maiores grupos norte-americanos de compras em conjunto durante o ano de 1997, segundo o artigo *Holding Pattern*, publicado pela *Modern Healthcare*, em maio de 1998:

- *Novation, Irving, Texas:* US\$ 11.5 Bilhões;
- *Premier, San Diego:* US\$ 8.0 Bilhões;

- *AmeriNet, St. Louis:* US\$ 3.5 Bilhões.

Entretanto, existem considerações críticas e desfavoráveis às compras em conjunto (CHAPMAN et al. 1998). As críticas consideram que os grupos não possuem grande influência no volume e na forma como os materiais são consumidos pelos hospitais. Os materiais e medicamentos, que correspondem em média a 25% dos custos do hospitais, não podem ser oferecidos ou coordenados de forma adequada pelos grupos. Ultrapassada a fase de redução dos custos relacionados ao consumo de materiais, os hospitais devem desenvolver indicadores bem estabelecidos para a avaliação, negociação, administração e monitoramento dos fornecedores.

Outros problemas encontrados no modelo de grandes grupos é a dificuldade em reunir poucos fornecedores para todos os associados, bem como a adoção de materiais padronizados. Alguns autores consideram que racionalizar e padronizar, o processo de compras e suprimentos, leva a resultados semelhantes, mesmo sem pertencer a um grupo de compras.

2.2.2. “Grupo de Compras Hospitalares Assessoria”

A Confederação das Misericórdias do Brasil patrocinou, a partir de maio de 1997, a criação de um grupo de compras em conjunto denominado “Grupo de Compras Hospitalares Assessoria” (G.C.H. Assessoria) na forma de uma empresa comercial autônoma, com sede em Goiânia, Goiás, que realiza compras em conjunto

para hospitais privados, particularmente os filantrópicos, de diversas categorias e complexidades, situados em inúmeras cidades e estados do país.

A idéia inicial baseava-se em modelos existentes, há 20 e 30 anos na França e no Canadá, respectivamente, com a participação de hospitais públicos e privados. O grupo *Rhésus*, gerenciador desses sistemas, promoveu a implantação do modelo brasileiro, supervisionando a operação e participando do grupo diretivo inicial, em conjunto com representantes regionais da Confederação das Misericórdias do Brasil e da Federação Brasileira de Hospitais.

Paralelamente, o grupo Hospitais São Camilo, que havia implantado um sistema unificado para compras e distribuição às suas unidades, incorporou-se a este sistema e hoje colabora efetivamente com apoio logístico à sua operação.

A princípio, a intenção era incluir um número entre 50 a 80 hospitais filantrópicos e Santas Casas do país para participarem de um sistema de compras, parcialmente unificado, com a elaboração anual de uma ata de preços, cotando-se itens previamente escolhidos pelos hospitais. Em 1998, já havia 118 hospitais cadastrados, totalizando 17.989 leitos, e em 1999 as inscrições foram limitadas a 249 instituições com quase 40.000 leitos no total. Para o ano 2000, esse número deverá alcançar 350 hospitais, sendo que outros 200 aguardam confirmação de inclusão.

O Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento têm acompanhado o “Grupo de Compras Hospitalares Assessoria” com o objetivo de estudar a viabilidade de implantação de um sistema semelhante, mesmo a título experimental, para hospitais da rede pública federal ou incorporá-los ao grupo atualmente existente.

Para o cadastramento, os hospitais preenchem o “Termo de Adesão” e a “Ficha de Inscrição”, onde informam dados detalhados da identificação institucional,

a capacidade operacional instalada por serviços e clínicas, a produção, os dados financeiros de balanços e balancetes atualizados e a situação econômico-financeira, acompanhados de certidões negativas dos cartórios de protestos de títulos e documentos.

O hospital de maior capacidade operacional atualmente no sistema é o Hospital Santa Marcelina, de São Paulo, com 780 leitos em diferentes especialidades. Está em estudo a possibilidade de inclusão de clínicas e hospitais de pequeno porte, mediante a formação de uma cooperativa que responda, em paralelo, pelas compras unificadas desses estabelecimentos.

O papel do “G.C.H.A.” é gerenciar o sistema por meio de uma tomada de preços anual, realizar as compras para os hospitais participantes, assegurar o respeito às regras de funcionamento, de forma independente, baseado na fidelidade entre os fornecedores e compradores e entre as partes e o sistema, razão fundamental para sua continuidade. Para o financiamento e manutenção das atividades operacionais, o “G.C.H.A.” conta com uma equipe de trabalho, atualmente constituída por oito profissionais e recebe 5% do volume total de negócios, pagos pelos fornecedores, que realizaram vendas naquele ano.

Quanto aos fornecedores, trabalha-se com fabricantes que são contatados por terem sido citados nas solicitações dos hospitais como fornecedores da última compra efetuada; os critérios para manutenção no sistema referem-se às condições de entrega e dos preços praticados. A renovação ou inclusão de outros fornecedores ocorre mediante as informações contidas nas solicitações de novos hospitais participantes.

Os materiais de consumo ou permanentes e medicamentos a serem fornecidos são agrupados em “famílias”. As famílias de materiais são inúmeras, tais como agulhas, seringas, equipos de soro, sondas, cateteres, equipos para hemodiálise, luvas, estetoscópios, tensiômetros, termômetros, ataduras, compressas, algodão, fraldas, fios e frascos vazios para nutrição enteral e filmes para exames radiológicos.

Os medicamentos incluem soros, anestésicos, analgésicos, antibióticos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, neurolépticos, antidepressivos, ansiolíticos, corticosteróides e contrastes.

O processo de compra é anual. Para tanto, as reuniões de licitação ocorrem nos últimos meses do ano, com vista ao consumo esperado para o próximo ano.

De início, o “G.C.H.A.” recebe dos hospitais a RMM - Relação de Materiais e Medicamentos, especificando suas necessidades em relação a materiais médico-hospitalares e medicamentos, informando os preços da última compra efetuada e dados dos fornecedores. O limite máximo de compras para cada instituição é de 30 a 35% do orçamento das despesas anuais dadas em seus balancetes. Esse limite é estabelecido como garantia de condições para se efetuar os pagamentos das compras requeridas, considerando especialmente, a probabilidade de atraso no repasse de verbas governamentais aos hospitais participantes, uma vez que a maioria deles é conveniada ao Sistema Único de Saúde.

O “G.C.H.A.” encaminha as solicitações aos fornecedores para apresentação de propostas. Após análise das propostas recebidas e da renegociação dos preços ofertados, em reuniões nas quais os hospitais não participam, é realizado o estudo das propostas técnicas por uma “Comissão Técnica” formada por representantes dos hospitais e do “G.C.H.A.” São técnicos e administradores, aproximadamente 20

peessoas, que decidem quanto às compras a serem efetuadas e quanto à manutenção ou inclusão de fornecedores no quadro vigente, baseado na viabilidade dos negócios, nas condições dos produtos e documentação técnica apresentadas pelas empresas vendedoras. Os membros da comissão são renovados a cada dois anos.

Após essa etapa, apresenta-se a tabela de propostas com o resumo dos materiais e medicamentos ofertados e as condições de negociação, para a análise dos hospitais participantes. A tabela contém o preço ofertado por item e a soma dos preços ofertados para cada família. A análise dos hospitais se dá em função do total dos fornecimentos por família de materiais e medicamentos. Este método evita que um fornecedor seja escolhido por praticar um desconto substancial em itens de baixo consumo, elevando o preço de outro item que faça parte da mesma família. Assim, os fornecedores concorrem pela venda da família de itens.

Em seguida, ocorre a Assembléia de Referenciamento, com um representante de cada hospital participante, na qual se procede a uma votação eletrônica para escolha dos fornecedores. É escolhido o fornecedor que vencer por maioria simples de votos e o “G.C.H.A.” estabelece a compra com os fornecedores escolhidos.

As informações dos itens comercializados e do volume financeiro movimentado são consideradas estratégicas e confidenciais e não podem ser divulgadas. Além disso, nenhum dos fornecedores tem acesso aos preços ofertados por seus concorrentes.

Não há contrato formal firmado entre as partes. O grupo recebe dois tipos de “Termo de Compromisso”, um do comprador e outro do fornecedor. O compromisso do comprador diz respeito ao recebimento do material solicitado, prazos de pagamento e a chamada fidelidade, isto é, não comprar tais itens de outros

fornecedores ainda que os preços ofertados pareçam mais convidativos. O compromisso do fornecedor refere-se à entrega dos produtos na quantidade e preços acordados durante o ano vigente e a “fidelidade” de sua parte é a manutenção da qualidade do produto especificado. O “Grupo de Compras Hospitalares Assessoria” compromete-se a assegurar que essas condições sejam mantidas, o que significa garantir o respeito às regras de funcionamento e de tomar providências no caso de descumprimento das regras. A providência que o “G.C.H.A.” toma para os hospitais e fornecedores que não cumprem tais regras é a sua exclusão do sistema.

A Lei de Licitações estabelece que o início de um processo licitatório se dá com a qualificação técnica para, posteriormente, proceder-se à análise de preços. O “G.C.H.A.” entende que o fato de basicamente negociar preços não fere a lei, uma vez que os fornecedores são indicados pelos hospitais participantes e, portanto, já participaram de licitações anteriores. Consequentemente, a inclusão de novos fornecedores, mediante a indicação feita por um novo hospital no sistema, é acompanhada de uma troca de informações entre os estabelecimentos participantes. No caso de novos produtos lançados no mercado durante o ano, os próprios fornecedores já se encarregam de, antes das reuniões decisórias, oferecer amostras para estudo e aprovação qualitativa pelos membros da Comissão Técnica e pelos hospitais.

Segundo informações do “Grupo de Compras Hospitalares Assessoria” quanto aos resultados obtidos até o momento, o sistema no Brasil sofreu algumas adaptações em função da inexistência de padrões e protocolos para os procedimentos hospitalares. A operação do sistema baseia-se na troca de informações entre hospitais e prescinde de tempo e de boas experiências para ser, progressivamente,

modificada e aperfeiçoada. A forma de gerenciamento e a predominância do hospital filantrópico, bem como o apoio da Confederação das Misericórdias do Brasil e de suas regionais, facilitam a rápida adequação e aceitação de outros hospitais no sistema. A mesma metodologia, no âmbito dos hospitais lucrativos, deverá ter maiores dificuldades para se firmar, pois é baseada em uma decisão unificada calcada em compromissos informais de fidelidade e não permitem, posteriormente, renegociação individual de preços dos hospitais com os fornecedores.

Ainda quanto aos resultados obtidos, os hospitais referem a redução de preços da ordem de 20% nos medicamentos após o primeiro ano de participação. Entendem que o sucesso do sistema está no compromisso firmado, mantendo-se fiéis aos fornecedores escolhidos ainda que com maiores preços. Essa fidelidade dos hospitais pode ter levado alguns fornecedores a diminuir, efetivamente, seus preços no ano seguinte. Operacionalmente, os resultados foram melhores que os esperados pelos hospitais participantes, especialmente quanto à agilidade do sistema.

No início, ocorreram muitas reclamações por parte dos médicos e do corpo de enfermagem, especialmente quanto à utilização de materiais. O motivo era a falta de padronização para a utilização de materiais e medicamentos.

Quanto às metas e expectativas futuras, a equipe operacional deve adequar-se à quantidade e tipos de hospitais que são incorporados a cada ano. O “Grupo de Compras Hospitalares Assessoria” deve passar por um processo de divulgação para disseminação dessa metodologia de compras em conjunto, em nosso meio, que pode ser utilizada, com bons resultados sistêmicos e financeiros, por qualquer instituição hospitalar.

2.3. A Administração de Recursos Materiais e de Medicamentos

Em um hospital, os gastos com materiais representam aproximadamente 15 a 25% das despesas correntes, com um registro de 3.000 a 6.000 itens de consumo adquiridos com periodicidade variável. (VECINA e REINHARDT 1998).

Segundo os dados do boletim do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA), publicado em março/abril de 1999, referente a uma pesquisa realizada no período compreendido entre outubro e dezembro de 1998, em hospitais de diversos portes e natureza administrativa dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, o consumo de materiais representa 26% das despesas hospitalares, contra 51% de pessoal e 23% de despesas gerais.

No caso de hospitais, os conceitos da gestão de suprimentos referem-se ao fluxo de recursos e informações através da cadeia que descreve seu processo produtivo e inclui as funções de normalização, armazenamento, controle e aquisição (WENTZ 1994).

VECINA e REINHARDT (1998) destacam a normalização como uma função relevante e detalham os subsistemas, conforme o esquema apresentado abaixo. Nesse sentido, também contribui ZENZ (1994) ressaltando a importância da função normalização como o elemento de integração entre a administração de materiais e de medicamentos e os grupos que participam do processo produtivo do hospital, conforme esquema da figura 2.

Figura 2 – Funções e subsistemas da administração de materiais

Fonte: Vecina Neto, G., Reinhard, W. Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos, em Saúde & Cidadania, NAMH/FSP-USP, 1998.

A função normalização estabelece a integração entre o sistema de materiais e a proposta assistencial do hospital. O sistema de normalização estabelece o diálogo técnico entre a administração de materiais e a área clínica, como por exemplo, pela padronização. Normalmente, a normalização, ou melhor a sua ausência, é identificada como o maior ponto de falha na gestão de materiais nos hospitais brasileiros. Poucos são os hospitais que implantam uma normalização efetiva ou atualizam seus catálogos de forma oportuna (VECINA e REINHARDT 1998).

WENTZ (1994), esquematiza uma simplificação do processo de gestão de materiais e do fluxo de informações envolvido, conforme a Figura 3.

Figura 3 - Fluxo de materiais e informações em hospitais

Fonte: WENTZ, Walter J. Materials Management. In: TAYLOR, Robert J., TAYLOR, Susan B. The AUPHA Manual of Health Services Management. Maryland : ASPEN, 1994, Cap. 19, p. 362.

O armazenamento de materiais e de medicamentos é direcionado pelos objetivos internos da organização, da mesma forma que as outras funções da administração de materiais.

A função controle é responsável pela aplicação das normas contábeis na valorização dos estoques e pela sua gestão, ou seja, pelo planejamento de quanto e quando comprar.

Como parte da distribuição, incluindo-se aí a função processamento, os sistemas baseados em doses unitárias vêm se disseminando, onde os materiais e

medicamentos são ordenados e embalados especificamente para cada paciente, objetivando maior controle, menor perda e menor erro em medicamentos aplicados.

Com a implantação, nos Estados Unidos da América, do *Diagnosis Related Groups (DRG)* como forma de pagamento, os hospitais foram obrigados a gerenciar sua produção nas bases do financiamento, ou seja, buscando o menor custo para a prestação dos serviços. Os altos níveis de estoque aumentavam os custos do hospital comprometendo a margem de lucro. Desenvolveu-se então, a partir da lista dos materiais-padrão para cada cirurgia, um controle rígido na definição dos materiais e na padronização dos métodos utilizados pelos médicos. A previsão de materiais passou a ser desenvolvida com antecedência por programas de produção, previamente determinados.

A organização da gestão de recursos materiais e de medicamentos em hospitais caracteriza-se pela coordenação de distintas perspectivas. No desenvolvimento desses processos estão envolvidos os médicos que determinam o uso de materiais e medicamentos: os técnicos que tratam dos materiais, os farmacêuticos que administram a farmácia; as enfermeiras que são responsáveis pela correta utilização dos materiais e medicamentos e os auditores das fontes pagadoras que buscam as divergências entre o uso e o pagamento desses insumos.

2.4. A Função Compras

A função compras na indústria de serviços de saúde diferencia-se dos outros setores de diversas formas. Uma característica peculiar do ambiente hospitalar, e que influencia a função compras, é a dependência que o paciente possui do médico para

que sua necessidade seja expressa. Assim sendo, em um hospital o cliente não tem influência na determinação dos produtos que ele irá consumir e normalmente, não paga diretamente pelos materiais e serviços que consome. Na ausência de um sistema de financiamento e de gestão que defina os produtos do hospital, quem desenha o produto para o consumidor são os médicos. Os profissionais de saúde envolvidos na assistência direta são a voz do consumidor na demanda de diagnósticos e tratamentos e em muitas vezes, não são funcionários do hospital, sendo, em algumas instituições tratados como um cliente preferencial, ou seja, desenham o produto e determinam as ordens de produção, mesmo não sendo integrantes da organização (URBANO e BENTES 1990).

Deve-se também considerar a freqüente natureza emergencial do trabalho médico, a preocupação com a qualidade e a saúde, a urgência constante e a intolerância à adoção de procedimentos padronizados, que dificulta o julgamento de qualidade e de valor que orienta a gestão de materiais (COLONNA e GARVIN 1997).

A visão tradicional, que múltiplas fontes de fornecimento garantiam a segurança, tem sido desafiada pela tendência da utilização de fornecedores preferenciais ou únicos. A tradicional disputa entre os fornecedores e compradores tende a ser substituída por um relacionamento cooperativo voltado para a programação e qualidade, o que reduz os riscos de ambos os lados. A negociação tende a substituir a competição e os contratos de longo prazo substituem as técnicas de compras de curto prazo. Todos esses eventos são resultado do desenvolvimento da perspectiva gerencial sob o valor e a importância da função compras e suprimento no sucesso das organizações modernas. Dessa forma, a função compras pode ser

definida como a "aquisição de materiais, serviços e suprimentos com a qualidade requerida, em quantidade adequada, com o menor custo e no prazo oportuno em uma base contínua que permita estabelecer um processo de melhoria" (LEENDERS e FEARON 1997).

Reforçando a necessidade da função compras em estabelecer relacionamentos cooperativos com seus fornecedores, KUMAR (1996) afirma: "A confiança é mais poderosa do que o medo"; e propõe que o relacionamento apoiado na confiança mútua aumenta o lucro, proporciona melhores serviços e garante aos parceiros maior adaptabilidade. A mudança do tradicional modelo de competição entre fornecedores e compradores está colocada no quadro apresentado a seguir:

Tabela 1 – Modelo de Competição entre Fornecedores e Compradores

	Jogo do poder	Jogo da confiança
Operação	Desenvolver o medo	Desenvolver a confiança
Princípio orientador	Seguir os próprios interesses	Seguir condições eqüitativas
Estratégia de negociação	Evitar a dependência induzindo a disputa e competição entre os diversos parceiros. Manter a flexibilidade, mas permanecer ligado ao parceiro através do custo de troca.	Criar a interdependência, limitando o número de parceiros. O compromisso entre os parceiros é sinalizado através de investimentos específicos.
Comunicação	Unilateral	Bilateral
Influência	Coerção e força	Perícia e habilidade
Contrato	Formais, fechados e de curto prazo	Abertos, informais e de longo prazo
Gestão de conflitos	Redução de conflitos por meio de contratos detalhados. Solução de conflitos através do sistema legal.	Redução de conflitos via seleção de parceiros que possuam valores similares e a ampliação da compreensão mútua.

Fonte: Kumar N. The power of trust in manufacturer-retailer relationships.

As principais questões a serem abordadas através da função compras em hospitais, segundo a visão de CHAPMAN et al. (1998) são:

- ♦ pagar menos - renegociar o preço com os fornecedores atuais ou introduzir novos fornecedores; obter mais valor dos fornecedores atuais; aumentar escala concentrando as compras em poucos fornecedores;
- ♦ comprar menos - consumir menos através da adoção de políticas, práticas ou mudança tecnológica, padronização, otimização ou substituição;
- ♦ ganhar eficiência - criar valor através da incorporação de serviços terceirizados.

Segundo GREISLER e SUMMER (1985), as atividades para redução potencial dos custos de materiais em hospitais, são, entre outras:

- negociação de preços:- os funcionários envolvidos na negociação junto aos fornecedores devem ser preparados para negociações complexas, uma vez que os representantes de vendas das distribuidoras e dos fabricantes em geral, operam preferencialmente sob uma ótica comercial.
- uso efetivo de lotes econômicos de compras;
- obtenção de descontos baseados em volume de compra: iniciativa que abrange a formação de consórcios e grupos de compras;
- controle de obsolescência e perdas de materiais e medicamentos;
- treinamento de pessoal.

WHITMAN (1997) considera as estratégias baseadas no relacionamento interorganizacional, menos centralizado e independente, como responsáveis pela

redução potencial dos custos de materiais em hospitais, podendo envolver, entre outras:

- integração dos fornecedores aos processos internos do hospital;
- poucos fornecedores preferenciais;
- processo detalhado de certificação de fornecedores;
- contratos baseados em volumes;
- afiliação em grupo de compras;
- cooperação entre hospitais e fornecedores.

O resultado da pesquisa apresentada no artigo *Service, quality are as important as price*, publicado em fevereiro de 1999 no periódico *Hospital Materials Management*, exemplifica que tanto para os hospitais autônomos como para as redes integradas de serviços de saúde, em um mercado altamente competitivo como o norte-americano, o preço já não constitui a questão primordial; condição também observada por KOWALSKI (1998). Prevaecem aspectos como a qualidade, os resultados clínicos e a oferta de múltiplos produtos pelo mesmo fornecedor. A flexibilidade de negociação e para a prestação de serviços é citada como a característica com maior impacto na percepção do nível de serviço e a satisfação com fornecedores.

3. OBJETIVOS

3.1. Justificativa

Em um ambiente cada vez mais turbulento, as empresas estão caminhando para formação de alianças como um modelo adequado de cooperação que visa responder às necessidades de adaptação e inovação impostas pelo mercado. Em sua maioria, esse modelo é caracterizado pelos seus propósitos estratégicos, onde não se configuram apenas novas formas organizacionais de operação, mas fontes de obtenção de rapidez e flexibilidade para responder às imposições do ambiente externo (ZUCKERMAN et al. 1995). São descritas experiências de algumas organizações que conseguiram se posicionar em um ambiente competitivo, a partir de uma postura pró-ativa baseada no desenvolvimento de alianças. (HAMEL 1996; HAMEL e PRAHALAD 1995).

As alianças estratégicas são um fenômeno crescente. Sua proliferação tem impulsionado linhas de pesquisa em estratégia e teoria das organizações que examinam as causas, o comportamento e as conseqüências das parcerias (GULATI 1998).

No setor de saúde dos Estados Unidos da América, quase todos os novos produtos e serviços abrangem algum tipo de aliança entre os principais agentes envolvidos. Dentre os novos serviços oferecidos encontram-se seguros mais baratos apoiados em rede de serviços, atenção preventiva à saúde, atenção domiciliar, fornecimento de medicamentos e outros (BLAIR e BUESSELER 1998;

ZUCKERMAN e D'AUNNO 1990; CARDWELL e BOLON 1996; GILLIES e SHORTELL 1997, BROWN 1996; BAZZOLI 1999).

A partir de 1999, em especial para o mercado brasileiro, algumas dessas tendências poderão se concretizar, entre outros motivos, em consequência do fenômeno da globalização e da abertura do mercado para empresas multinacionais do setor. No entanto, considerando-se o setor de serviços de saúde privados no Brasil, um aspecto que deve ser destacado é a carência de estratégias cooperativas e inovadoras, voltadas para o desenvolvimento da competitividade dos participantes. A associação de instituições de saúde, normalmente, visa a barganha política das questões fiscais junto ao Governo ou o estabelecimento de um comportamento comum no relacionamento com os financiadores e outros agentes do setor. Em outros termos, as iniciativas observadas no setor privado ainda não estão sendo capazes de adicionar valor em termos de novos serviços ou produtos e, da mesma forma, não estão contribuindo com o desenvolvimento da flexibilidade e da qualidade, da capacidade de inovação e da eficiência, requisitos essenciais tanto na competição que se instala no setor, como na atenção aos anseios comunitários de acesso à saúde, qualidade de serviços e aumento da expectativa de vida.

As alianças estabelecidas partem da necessidade de atendimento a uma demanda específica. Depois disso desenvolve-se uma metodologia de operação e funcionamento com características bem determinadas que pode seguir parâmetros conhecidos e aplicáveis a outras formas de organização. Estes parâmetros referem-se ao gerenciamento, controle, supervisão da operação e, principalmente o planejamento voltado à obtenção de resultados definidos e estabelecidos a partir de premissas conhecidas e adequadamente diagnosticadas.

A aplicação e o uso de alianças estratégicas é de considerável interesse tanto para os usuários quanto para o meio acadêmico. Entretanto, pesquisas recentes demonstram que o conhecimento prático sobre alianças é menor do que os aspectos teóricos (FRANKEL et al. 1996).

Justificam-se, então, diante da possibilidade concreta do desenvolvimento de alianças estratégicas na área da saúde, reflexões acadêmicas sobre elas. Tornam-se necessárias a fim de se obter maior conhecimento da matéria. Novas pesquisas relacionadas ao assunto poderão orientar os hospitais na busca de alternativas para um melhor gerenciamento e adição de valor.

3.2. Objetivos

Objetivo Geral

Contribuir para a compreensão das alianças estratégicas em saúde, suas diferentes possibilidades de desenvolvimento e de implementação de mudanças que envolvam alterações relevantes, duradouras e abrangentes.

Sub objetivos

1. analisar os princípios gerais e elementos que definam, descrevam e consolidem a adoção desse tipo de estratégia no setor hospitalar;

2. abordar os aspectos teóricos de como se estabelecem as alianças e ainda a prática de como desenvolvê-las, contribuindo assim para o conhecimento da ligação entre a teoria e a prática;
3. apontar formas de associação e de formulação de alianças estratégicas;
4. discutir os problemas e limitações das associações atuais.

Objetivos específicos

Pela aplicação de um estudo de caso de um grupo de hospitais realizando compras em conjunto:

1. Aprimorar o conhecimento do contexto em que se desenvolvem atualmente as alianças estratégicas hospitalares em nosso meio, especialmente no que se refere às atividades de compras em conjunto de materiais e medicamentos médico-hospitalares;
2. Identificar e analisar, na aliança estudada, suas características, componentes e mecanismo de ação;
3. Identificar e analisar os fatores restritivos e propulsores que intervêm no desempenho do grupo de compras em conjunto estudado;
4. Estabelecer evidências relativas à manutenção da independência e individualidade das instituições participantes do caso estudado.

3.3. Principais Questões

As alianças são iniciativas estratégicas. Assim, os objetivos que orientam a formação de alianças entre hospitais são estabelecidos para responder aos novos desafios impostos ao setor. E, pelo mesmo motivo, devem ser relevantes para viabilizar os resultados positivos de uma organização a longo prazo. As alianças surgem de necessidades mútuas e da interdependência para alcançar objetivos comuns. O relacionamento cooperativo entre hospitais visa o compartilhamento de riscos, de habilidades e de conhecimento no processo de desenvolvimento de vantagens competitivas.

As questões envolvidas nesse problema são amplas e complexas, não permitindo uma pesquisa que busque apenas respostas tangíveis, mas sim conhecer o ambiente e os motivos que estimularam o processo. O problema deve ser focado sob a perspectiva do arranjo de estruturas e processos, considerando-se a interpretação subjetiva dos agentes envolvidos que percebam, aprendam e aperfeiçoam o processo (PETTIGREW 1992).

Assim, procurar-se-á responder às seguintes questões:

Constitui o grupo estudado de compras em conjunto em uma experiência de aliança estratégica?

O entendimento institucional dos participantes do grupo de hospitais estudados é homogêneo com relação às alianças estratégicas?

4. MÉTODO

4.1. Hipótese

Compras em conjunto é uma estratégia eficaz para a formação de uma aliança estratégica para um grupo de hospitais semelhantes.

4.2. Descrição do Método

Visando atingir os objetivos propostos e verificar a adequação da hipótese, o primeiro passo foi um levantamento bibliográfico a fim de fundamentar uma abordagem conceitual e metodológica. Em função deste levantamento optou-se pelo estudo de caso, como uma alternativa adequada, considerando-se as características do tema, em especial sua atualidade, a pouca disponibilidade de pesquisas anteriores e a escassez de casos reais no Brasil.

Neste estudo de caso são utilizados a observação participativa e um instrumento como roteiro de entrevistas destinado a orientar o entrevistador em torno de uma pauta mínima. Apesar da riqueza das respostas, sua variedade não permitiu análise do discurso ou do conteúdo das mesmas. De seu conteúdo foram retiradas apenas as categorias de análise previamente definidas.

Algumas perguntas devem ser feitas sobre o estudo a ser desenvolvido: seu valor e relevância para o conhecimento; a clareza da pergunta da pesquisa; a

adequação do desenho para responder à pergunta; o contexto; a amostra; a coleta de dados, a análise e a reflexão sobre o resultado geral. Quanto à amostra, é preciso refletir se esta incluiu todas as possibilidades de casos e ambientes permitindo, sobretudo, generalizações conceituais. Na coleta e análise de dados é preciso verificar se os procedimentos adotados foram sistemáticos, se a análise incorporou todas as observações, se foi capaz de desenvolver conceitos e categorias que expliquem processos chave ou as observações realizadas pelos entrevistados e ainda, se foi possível detectar a interação entre os dados e a teoria apresentada (POPE et al., 2000).

A sistematização, preparação e análise dos dados requer tempo e dedicação. Esta análise pode ocorrer ao longo da coleta de dados, permitindo que as questões sejam redefinidas e que novas perguntas sejam elaboradas (POPE et al., 2000).

A pesquisa ação não é facilmente definida, correspondendo a um estilo de pesquisa empírica e não a um método específico. É um tipo de pesquisa em que o pesquisador trabalha explicitamente com as pessoas envolvidas. Assim sendo, a pesquisa não é então feita sobre as pessoas, mas foca a elaboração de soluções para problemas práticos, com o envolvimento dos profissionais na sua execução e posteriormente na implementação das atividades propostas. O caminho a ser percorrido é a identificação de problemas, a busca e implementação de soluções práticas, o monitoramento sistemático, o reflexo sobre o processo e ainda os resultados da mudança introduzida (MEYER, 2000).

De modo geral, as definições da pesquisa ação incorporam três elementos – caráter participativo, aspecto democrático, contribuição para a ciência social e mudanças. A participação é fundamental, pois pressupõe que os envolvidos detectem

a necessidade de mudança e que estejam dispostos a assumir um papel ativo na pesquisa e na alteração do processo em estudo. Neste caso, a delimitação pesquisador/pesquisa não é evidente. A democracia é aqui entendida como a necessidade de que todos os participantes sejam considerados iguais. O pesquisador é então, um facilitador da mudança, discute o plano de ações e a avaliação com os demais. Um dos pontos fortes desta abordagem é a habilidade de influenciar positivamente a prática, enquanto os dados são reunidos para serem posteriormente divididos com um público maior. O sucesso do estudo pode ser medido pelo aprendizado obtido com a experiência (MEYER , 2000).

Esta abordagem pode ser usada para promover práticas mais apropriadas, tanto envolvendo o aspecto multiprofissional, quanto entre diferentes instituições de saúde. O foco no processo e ainda nos resultados decorrentes das mudanças introduzidas auxiliam na explicação do uso freqüente de métodos qualitativos por parte dos “pesquisadores ação”. (MEYER , 2000).

a) Revisão da Literatura

Diante da hipótese formulada é preciso racionalizar a problemática em torno da pesquisa. Os trabalhos disponíveis foram revisados, selecionando-se o que era de interesse para esta pesquisa. (LAVILLE e DIONNE, 1999). A literatura é rica em assuntos relativos à competitividade e mercado; forças e vantagens competitivas; estratégias inovadoras de mudança para o futuro e sobre o gerenciamento e suprimentos de materiais. O mesmo não ocorre quanto às alianças, especialmente se enfocadas a área da saúde e a questão estratégica. Para tanto, é imperativo valer-se de assuntos discutidos em

jornais ou reportagens sobre a ocorrência ou oportunidade de novos negócios, seja do próprio assunto em outras áreas da economia ou de correlatos na área da saúde. Referem-se principalmente aos negócios envolvendo relações comerciais entre organizações, estabelecendo redes, franquias e fusões. O centro de interesse é mais específico ainda do que a formação de alianças em geral, sobretudo em instituições de saúde, na tentativa de se averiguar a possibilidade de um grupo de compras em conjunto, como o analisado no estudo de caso, ser uma estratégia efetiva para a formação de alianças.

b) Estratégia de Investigação: Estudo de Caso..

Segundo YIN (1990), "o estudo de caso é uma forma de se fazer pesquisa empírica, investigando um fenômeno contemporâneo dentro do contexto real, em situações em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas; onde se utilizam múltiplas fontes de evidências". Pretende-se capturar a realidade procedendo a uma exploração segundo um foco descritivo, sem preocupações no estabelecimento de relações causa-efeito. A escolha pelo estudo de caso também apoia-se na impossibilidade de se controlar o evento.

A carência de conhecimentos sobre as alianças estratégicas, sobretudo dentro da conjuntura brasileira, faz com que a pesquisa de campo represente parte importante dos trabalhos da pós graduação. O estudo de caso será aqui empregado enquanto método da pesquisa social empírica (CAMPOMAR, 1991).

É utilizado também quando a realidade abordada é complexa e quando as perguntas são abrangentes. O número de variáveis é grande e a abordagem experimental não é apropriada (MAYS e POPE, 1996).

Os métodos de estudo de caso estão sendo redescobertos nas pesquisas sobre serviços de saúde. A necessidade do uso desta metodologia deve-se ao desenvolvimento de sistemas abrangentes e de alta complexidade, em consequência de contínuas e rápidas mudanças. As relações entre as instituições e suas motivações também são de difícil compreensão. Nessas situações, o estudo de caso permite maior proximidade para a avaliação desses sistemas. Vários são os tópicos abordados por meio de estudo de caso, dentre os quais destacam-se as inovações médicas e organizacionais (YIN 1999). Por estas características, entre outras, a velocidade de mudanças, as relações entre hospitais independentes e múltiplos agentes envolvidos no processo, optou-se pelo estudo de caso como estratégia de investigação.

Oito são as características desejáveis dos estudos de caso em pesquisas de serviços de saúde propostas por YIN (1999):

- 1) O uso de uma definição orientada por desenho dos estudos de casos – o foco é um fenômeno único no seu contexto real. O método não é afetado pelas inúmeras variáveis do contexto externo, podendo ser usado mesmo quando os limites entre o fenômeno e seu contexto não são claros. Sua flexibilidade permite o uso em situações de incertezas, podendo o caso e o contexto mudarem ao longo do tempo;
- 2) Generalizações dos estudos de caso: replicações baseadas em teoria – a dificuldade em generalizar a partir de estudos de caso é considerada a maior falha

deste método. O foco no desenho permite minimizar este fato. O caso deve então, ser considerado uma unidade para experimento. Desta forma, a dificuldade para generalizar é a mesma da enfrentada em experimentos, onde a hipótese e as teorias são os meios para a generalização. Utilizar critérios de amostragem para selecionar e agregar estudos de casos individuais não é adequado. Considerando o estudo de caso uma sub investigação, a generalização pode ser feita por meio da lógica de replicação, utilizando-se assim de hipóteses ou teorias sobre os casos;

- 3) Identificação da unidade de tarefa: qual é o caso – o passo mais desafiador é a definição do caso. As proposições teóricas preliminares formuladas no desenho do estudo fornecem importante guia para a definição do caso. Exemplo: o caso é o sistema de saúde num determinado momento ou depois de sua reorganização? O caso é a comunidade ou o local? Quais as diferenças?;
- 4) Operacionalizando o estudo de caso – bons estudos de casos deveriam conter um formato operacional, mesmo que se enquadrem no modelo exploratório, de modo a definir as prioridades a serem exploradas;
- 5) Mantendo a descoberta e flexibilidade – ao longo do estudo de caso pode haver necessidade de alterações do processo. Para manter a flexibilidade e a possibilidade de descobertas evitando-se produzir uma pesquisa com viés, é preciso rever todo o desenho do estudo quando de uma possível alteração, garantindo assim que, caso a formatação inicial esteja inadequada, o estudo deverá ser reformulado;
- 6) O uso de explicações contraditórias como estratégia de desenho – um dilema freqüente para o investigador diante de desenhos experimentais ou quase

experimentais é quando o número de casos é pequeno. O estado da arte vigente ignora este problema incluindo a análise de três casos. Uma abordagem alternativa é utilizar casos considerados concorrentes e distintos, isto é, “rivais” como parte do desenho do estudo;

- 7) Coletando evidências de fontes múltiplas – o estudo de casos pode envolver uma variedade de técnicas, como a condução de visitas, análise da literatura, pesquisa documental e observações de campo. Utilizando-se dessas várias fontes, o objetivo da coleta será reunir as evidências e realizar a triangulação a respeito de um determinado fato;
- 8) Distinguindo evidência de interpretação: a base de dados de um estudo de caso – uma característica desejável dos estudos de caso é apresentar evidências separadamente das interpretações do investigador a respeito das mesmas. Esta não é tarefa fácil, mas poderá ser feita por meio de base de dados, ou seja, que reuna os dados levantados por meio das diferentes técnicas de coleta de dados.

A metodologia descritivo-analítica na pesquisa parece ser o mais adequado, tendo em vista que o problema e as questões abordadas não estão claramente definidos pela literatura, tendo sido pouco explorados em pesquisas. Da mesma forma, justificamos o desenvolvimento de um estudo que descreva os princípios gerais e elementos que definam a natureza da formação de alianças no setor hospitalar. Como o conhecimento na área é escasso e incerto, este estudo pode ser considerado relevante e, com certeza, trabalhos mais ricos poderão tomar como ponto de partida o atual estudo para fundamentar suas hipóteses.

4.3. Fontes de Dados

As fontes de dados foram a observação pessoal do desenvolvimento e funcionamento do grupo e entrevistas com dirigentes do nível estratégico que participaram do processo decisório e com gerentes ou técnicos dos hospitais, envolvidos na operação do processo.

As entrevistas obedeceram a um roteiro padronizado com questões que objetivavam levantar informações sobre:

- filosofia, missão e valores da instituição;
- dados de produção e financeiros do hospital;
- planejamento estratégico e investimentos futuros;
- posição de mercado e principais desafios impostos ao hospital;
- relações com as fontes pagadoras e conquista de novos mercados;
- motivos principais para a adesão à aliança para compras em conjunto e outras alianças;
- relações entre as alianças realizadas com o planejamento estratégico da instituição;
- critérios para estabelecer alianças, serviços envolvidos e limites de envolvimento;
- consequências internas e externas à instituição com a participação em alianças;
- volume de compras em medicamentos e materiais hospitalares;
- suprimento, estoques e participação do Corpo Clínico na padronização de materiais;

- relação com fornecedores e concessionários;
- relacionamento e dificuldades na operacionalização do grupo de compras em conjunto;
- avaliação e êxitos obtidos a partir de compras em conjunto;
- outros projetos possíveis a partir da experiência de compras em conjunto e perspectivas de crescimento;

Os instrumentos para coleta de dados foram:

- análise da documentação disponível;
- observação, na função de coordenador, dos trabalhos e das reuniões do grupo de gerentes de suprimentos dos hospitais estudados na efetivação das compras, desde a elaboração das planilhas de itens a adquirir, dos editais e convites, negociação com os fornecedores escolhidos e efetivação da compra;
- entrevistas com os participantes do processo de formação de alianças. Os participantes foram escolhidos segundo requisitos mínimos, como o envolvimento no fenômeno, conhecimento amplo e detalhado dos fatores relacionados ao problema abordado na pesquisa. As entrevistas foram realizadas por entrevistador treinado a abordar diferentes assuntos do questionário para os dois níveis hierárquicos.

O roteiro para coleta de dados apresentou as seguintes etapas:

- coleta sobre o ambiente econômico e características competitivas do setor;
- coleta de informações dos hospitais mediante observação, levantamento de documentação e entrevistas;
- entrevistas com os principais agentes que participam do processo;

- transcrição comparativa dos dados;

Finalmente, para a interpretação e análise dos dados da documentação, a participação e a observação da dinâmica organizacional da aliança e dos processos administrativos e operacionais de compras em conjunto considerou-se as estruturas, os processos e resultados preconizados na bibliografia pesquisada.

4.4. Categorias Analíticas

A definição das categorias analíticas é a rubrica sob as qual os componentes do conteúdo serão agrupados segundo seu sentido. As categorias de análise utilizadas foram:

- Caracterização do grupo de hospitais -

Conhecimento das características dos hospitais que compõem o grupo de compras em conjunto envolvendo a administração dos hospitais, mercado, clientes e concorrência e o posicionamento quanto à ações estratégicas para aumento da competitividade. Esse conhecimento é importante para se entender as semelhanças e diferenças entre os hospitais participantes do grupo;

- Ambiente em que estes hospitais se inserem -

Identificação dos fatores que estabeleceram um ambiente competitivo levando ou impulsionando a formação de uma aliança para atender à necessidade de se reagir em conjunto às ações que possam constituir em uma ameaça a viabilidade

econômico-financeira dos hospitais. O conhecimento do ambiente é importante no entendimento das mudanças ocorridas;

- Estratégias de formação da aliança –

Analisar os mecanismos responsáveis pela aproximação inicial das instituições e os fatores que as levaram a interessar-se pela formação de alianças. A importância desta identificação é apontar a participação dos diversos níveis de decisão das instituições;

- Estratégias de manutenção da aliança –

Identificar os fatores que favoreceram à manutenção do interesse comum em realizar atividades em conjunto com objetivo concreto de trazer vantagens e benefícios às instituições. A importância dessa identificação é avaliar se a estratégia adotada possibilitará a continuidade da aliança.

4.5. Objeto de Estudo

A unidade de análise constituiu-se de um grupo de compras em conjunto formado por oito hospitais totalizando perto de 2.000 leitos, sendo sete localizados na cidade de São Paulo, SP. e um em Porto Alegre, RG. Seis hospitais se caracterizam como sem fins lucrativos e dois com finalidade lucrativa. São eles: Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Nove de Julho, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital Samaritano, Hospital Santa Catarina, Hospital São Luiz, Hospital Sírio Libanês. O entendimento das instituições para a

formação do grupo é que as negociações de compras são realizadas em conjunto e as aquisições e entregas, separadamente, em cada hospital.

4.6. Caracterização dos hospitais

Os hospitais estudados constituem um grupo, cujos participantes apresentam muitos pontos em comum, havendo pouca diferenciação entre eles. Todos são hospitais gerais. O número médio de leitos é de 266, variando de 185 a 428 leitos disponíveis. O número de procedimentos cirúrgicos mostra que este tipo de atendimento prevalece sobre o destinado aos pacientes que são submetidos a tratamentos clínicos, muito embora os indicadores fornecidos não permitem precisar de forma detalhada a característica desta condição e sua especificidade. A tabela mostra ainda que, apesar de apenas os dados do primeiro semestre do ano de 1999 estejam disponíveis, boa parte dos hospitais superou no primeiro semestre o atendimento do ano anterior. A taxa de ocupação variou em 1998 de 62,2 a 77% e em 1999 de 69,2 a 86,5%. É possível que estes hospitais disponham de recursos ociosos, o que indica a possibilidade de crescimento e expansão no atendimento hospitalar.

Metade dos hospitais têm atendimento obstétrico e neonatal e todos atendem pacientes pediátricos. Os hospitais estudados tem como ponto comum as características assistenciais e uma clientela composta por pacientes conveniados majoritariamente e pacientes particulares. Um dos hospitais tem aproximadamente 73 % de pacientes conveniados e outros dois deles têm quase 100 % de pacientes

conveniados. Na maioria das vezes, os médicos utilizam o hospital para tratamento de seus próprios pacientes e, portanto, são os responsáveis por grande parte da demanda de pacientes em todos esses hospitais (ANEXO 2).

Destes hospitais, quatro apontaram sua missão, sendo que destes, três nela incluem a preocupação com a qualidade. A existência de missão escrita pode sugerir que estes hospitais tenham chegado à missão por meio de planejamento estratégico ou emprego de técnica de gestão que denote o grau de profissionalização na administração dos mesmos.

Os hospitais sem fins lucrativos são os que não distribuem a acionistas e proprietários o lucro da sua atividade operacional e são isentos do pagamento do Imposto de Renda. Os hospitais beneficentes e filantrópicos são os que além de serem sem fins lucrativos, exercem atividades assistenciais a pacientes não-pagantes ou que oferecem sessenta por cento de seus recursos, medidos pela capacidade operacional, ao Sistema Único de Saúde. Além da isenção do pagamento do Imposto de Renda também são isentos da contribuição patronal da Previdência Social. Esses hospitais também recebem doações, contribuições e subvenções de nível estadual ou municipal. Cada vez mais dependem fundamentalmente do resultado financeiro da atividade operacional hospitalar para o seu custeio e investimento de reposição e de expansão.

4.7. Limitações

Não se espera criar um manual de planejamento ou de operação das alianças, mesmo porque ao nível estratégico, tais condições são muito específicas e voltadas

para se alcançar objetivos determinados. Entretanto, as teorias do comportamento organizacional passam a ter um enfoque voltado ao desempenho operacional das alianças, seja do ponto de vista estratégico como operacional. A discussão desse enfoque e de alguns dos parâmetros de organização e operação é pois, a finalidade deste trabalho.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Aspectos Gerais

Este estudo de uma aliança entre hospitais privados toma como exemplo a formulação de um grupo de compras em conjunto, analisando tanto a sua implantação como o processo de operação do grupo, que efetivou dois episódios de compras de medicamentos durante o período estudado, no ano de 1999.

Os resultados foram obtidos pela observação da formação e da dinâmica de funcionamento do “Grupo de Compras”, como também pela utilização de questionários e de entrevistas aplicadas aos diretores e superintendentes, representantes do nível estratégico e tático dos hospitais e aos gerentes de suprimentos.

Dos oito hospitais contatados, participantes do grupo inicial, dois não responderam os questionários enviados e não agendaram as entrevistas necessárias para a continuidade da investigação. O primeiro hospital alegou, por meio de sua Gerência de Suprimentos, a impossibilidade da participação em pesquisas ou análises que envolvam informações relacionadas à administração da instituição em respeito à norma organizacional. O segundo hospital realizou um primeiro encontro de preparação para as entrevistas, mas não mais atendeu às solicitações de novos agendamentos e informou posteriormente, também por meio de sua Gerência de Suprimentos, da impossibilidade de atender aos prazos requeridos.

O acompanhamento das atividades de compras envolveu, necessariamente, todos os oito hospitais, pois como participantes do grupo, não há como excluí-los desta observação.

Os demais seis hospitais participaram da pesquisa. No entanto, algumas questões não foram completamente respondidas, em especial as que envolviam dados e valores monetários. Pela pouca divergência encontrada nas respostas dos diferentes hospitais, as informações foram consideradas suficientes para a análise deste processo e para responder às questões propostas relativas ao entendimento das alianças estratégicas. Quanto aos hospitais que não responderam ao questionário, ficamos com a hipótese que seus posicionamentos não devem ser muito distintos dos demais, pois trata-se de instituições semelhantes que participam do grupo com os mesmos objetivos e um comportamento não divergente nos trabalhos em grupo.

5.2 Formação do “Grupo de Compras”

A formação do “Grupo de Compras” tem origem em uma decisão dos dirigentes de hospitais que se comunicavam entre si e que estavam organizados em dois grupos: o primeiro de cinco pessoas, composto por diretores presidentes e vices-presidentes eleitos de quatro entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, mantenedoras dos hospitais; o segundo de oito pessoas com Superintendentes e Executivos de sete hospitais, incluindo três do grupo anterior e os demais, dois sem e dois com fins lucrativos. Tais grupos conferiram a um terceiro grupo de oito Gerentes de Suprimentos, compreendendo o conjunto dos hospitais dos dois grupos anteriores, a operacionalização desta tarefa..

Figura 4 - Grupos Participantes da Formação da Aliança Estratégica

Os diretores presidentes e vices-presidente, eleitos como representantes de suas comunidades para governar associações de caráter filantrópico, mantenedoras de hospitais, constituíam um grupo de quatro entidades para discussão de problemas comuns auto denominado “Aliança Estratégica”. Este grupo vem se reunindo periodicamente, há aproximadamente dois anos para a discussão de assuntos

relacionados principalmente às alterações da legislação fiscal referente à condição de filantropia e aos reflexos no equilíbrio econômico-financeiro desses hospitais. A principal consequência desta alteração fiscal é a exigência do recolhimento da cota patronal do INSS e outros tributos, a vigorar a partir de abril de 1999. Em julho de 1999, foi concedida liminar a uma Ação Direta de Inconstitucionalidade impetrada pela Federação Nacional de Saúde contra esta alteração da legislação. Desde então, aguarda-se o julgamento do mérito da ação, não havendo previsão quando isto se dará. Este cenário fortaleceu o envolvimento deste grupo que participou ativamente na operacionalização do processo de contestação da nova legislação.

Experiências estrangeiras de alianças, focadas na redução de custos por meio da aquisição de insumos, utilizando-se da formação de grupos de compras em conjunto, motivaram estas diretorias a estabelecer um grupo semelhante, que teria ainda a finalidade de aproximar esses hospitais a partir de uma atividade comum. Para estas diretorias esta iniciativa constituía o primeiro passo, ou um teste, para o desenvolvimento futuro de atividades conjuntas de maior impacto institucional e setorial.

A literatura procura definir as alianças como estratégicas caso as decisões acordadas ou tomadas em grupo possam trazer, de forma global ou para cada uma das instituições envolvidas, uma alteração substancial em determinada área de atuação da organização. É o caso em que se atribui ao grupo, atuação política ou de representação de um dado segmento do mercado, no qual estas instituições estejam inseridas. Como se trata de ações que exigem a concatenação de tarefas demoradas e um longo período para seus efeitos serem efetivos associa-se, corretamente, ao termo “estratégica” a idéia ou o significado de longa duração para as alianças.

Entretanto, a importância das diretrizes ou das atitudes assumidas, que possam intervir na vida das organizações, são mais significativas do ponto de vista da conceituação da questão estratégica das alianças e não ao tempo em que perdure a aliança, ou mesmo sua abrangência de atuação. Portanto, um núcleo decisório que congregue os diretores de maior envergadura dentro da estrutura da organização é fundamental para a consolidação da aliança e o que apresenta maior possibilidade e capacidade de influenciar os destinos da aliança e de seus componentes.

Os Superintendentes e Executivos dos hospitais vêm se reunindo há mais de uma década para a discussão de tabelas de preços, acordos coletivos com sindicatos de categorias profissionais e estudos de outros assuntos de interesse. Este grupo é, por vezes, denominado “G7”. Com o controle do processo inflacionário e estabilização da moeda, essas atividades sofreram um processo de esvaziamento e só recentemente este grupo voltou a se reunir, tendo em vista o novo cenário de relacionamento com as fontes pagadoras, cada vez mais agressivas no que diz respeito ao controle e redução de preços dos serviços médico-hospitalares. Este grupo recebeu dos seus diretores a orientação de se efetivar a operacionalização de compras em conjunto para todos os hospitais.

Esta orientação foi muito bem aceita pelos executivos. A cobrança dos materiais e medicamentos nas contas hospitalares se dá em separado das taxas de serviços e diárias. Esta diferenciação torna a compra e a venda destes itens um componente de grande importância comercial para os hospitais. Uma vez que os medicamentos e alguns materiais têm preços de venda ao consumidor controlados pelos órgãos oficiais, a possibilidade de aquisição conjunta de medicamentos e materiais médico-hospitalares pode constituir fator importante de redução de custos e

melhoria do resultado financeiro. Outra sugestão para um grupo desta natureza é atuar junto à indústria farmacêutica para que se consiga fornecer ao mercado hospitalar medicamentos embalados em doses unitárias e com código de barras, o que pode representar importante fator de redução de custos de dispensação e suprimento nos hospitais. Vale lembrar que a unitarização e a informatização com código de barras modificou a logística de suprimentos, pois há pouco tempo a embalagem hospitalar usual para os medicamentos orais era o frasco à granel.

A existência de um grupo de representantes do nível executivo com alta capacidade de decisão e influência sobre o nível operacional da organização pode efetivar as atividades que aproximam as instituições, que vão levar ao estabelecimento e continuidade de uma aliança. Isto significa que para as alianças terem uma função estratégica, de elevada importância no posicionamento institucional, devem ser estabelecidos mecanismos para atividades compartilhadas em conjunto para manter a interdependência entre as organizações o que, em última instância, constituem os verdadeiros laços entre elas. Exemplos desses mecanismos, que dependem de decisão superior, são a racionalização de processos e diminuição de custos operacionais nas áreas administrativas e de apoio e o aumento de receita operacional nas áreas assistenciais e administrativas, com conseqüente aumento do resultado financeiro.

Em resumo, a existência coincidente de representantes, vindos de diferentes níveis hierárquicos da organização, constrói um conjunto de elementos facilitadores, estratégicos e operacionais para a formação e desenvolvimento das alianças, entre as mesmas instituições ou com a participação de outras dentro do mesmo processo.

Em 22 de outubro de 1998, teve início uma série de reuniões, que contou com a participação dos Gerentes de Suprimentos e Compras dos oito hospitais. Nessa reunião inicial foi apresentado um breve histórico sobre os contatos que já vinham ocorrendo entre as instituições, com objetivos distintos do então proposto.

Os Gerentes de Suprimentos desses oito hospitais também já se reuniam eventualmente para troca de informações técnicas de suas áreas de atuação. A partir de agora, coordenados por um dos superintendentes, foram incumbidos de realizar um estudo de viabilidade e operacionalização com vistas à criação de uma empresa com o fim de efetuar compras em conjunto. Diante do volume e poder de compra desses hospitais foi cogitado o estudo da viabilidade de constituir uma empresa distribuidora atuante no mercado de medicamentos e materiais médico-hospitalares.

Estabelecer uma atividade operacional específica, como a de compras, para atuação em conjunto por mais de uma organização, representa e caracteriza um elo de ligação entre as instituições participantes desta atividade. O conjunto desses diversos elos, envolvendo níveis hierárquicos diferentes, atribuem a essa relação maior estabilidade operacional e gerencial.

Para atender estes objetivos o grupo de gerentes decidiu: 1) comparar, dentro da padronização adotada pelos hospitais, os itens de maior volume de compra, conforme a curva ABC de consumo e preços; 2) conhecer outras experiências de compras em conjunto; e 3) analisar os aspectos jurídicos envolvidos na eventual constituição de uma empresa distribuidora de materiais e medicamentos.

A comparação dos itens padronizados nos hospitais revelou um grande número de itens comuns tanto em medicamentos, como em materiais médico-hospitalares de maior consumo, como os descartáveis. As divergências mais comuns

ocorreram nos materiais especiais, de maior custo e de menor consumo, e com alguns medicamentos na área dos anti-neoplásicos.

Na reunião inicial do grupo, havia sido mencionada a existência de uma empresa, sediada em Goiânia, que atua como central de compras para as Santas Casas de Misericórdia e outras entidades de saúde similares, localizadas em 17 estados da Federação. Posteriormente, com a análise da documentação coletada, apurou-se que esta central envolve 180 hospitais (alguns deles com fins lucrativos) e cerca de 30.000 leitos, atuando como uma empresa prestadora de serviços que, com base em uma lista comum, negocia contratos de fornecimento de medicamentos e materiais para seus associados. A descrição desta empresa encontra-se no item “Grupo de Compras Hospitalares Assessoria”.

Em dezembro de 1998, estava prevista a realização da reunião anual dos diretores dessa central para a elaboração da lista de materiais a ser adquirida em 1999. O Grupo de Gerentes quis conhecer a sua dinâmica de operação e metas para o ano, mas não foi permitida a participação de nosso representante nesta reunião, nem na condição de ouvinte, sob a alegação de tratar-se de assuntos comerciais com informações sigilosas de hospitais e fornecedores.

Por fim, foram levantados os aspectos legais relacionados à constituição de uma empresa distribuidora e se obteve, de advogados vinculados a uma das instituições, parecer favorável à formalização deste tipo de organização, não havendo impedimento de várias empresas se associarem para se constituir uma distribuidora.

De posse dos dados levantados, o grupo analisou as implicações administrativas, econômico-financeiras e legais para as possíveis atividades em conjunto de:

Cotação de preços, cabendo apenas a cada hospital a negociação e compra;

Cotação de preços e negociação conjuntas, cabendo a compra a cada um dos hospitais;

Cotação de preços, compras e armazenamento em conjunto, mantendo-se a responsabilidade da dispensação dos itens aos hospitais;

Distribuição de materiais e medicamentos tanto para os hospitais do grupo, como para outros interessados;

Processamento e distribuição de materiais e medicamentos como por exemplo, a unitarização de medicamentos.

Foram utilizados, como referência para a análise, dois documentos onde se faz um estudo preliminar das atribuições, requisitos e custos envolvidos na formação de uma central de compras prestadora de serviços e de uma empresa distribuidora, para comércio de materiais, que se encontram no Anexo 3.

Após ampla discussão e analisadas as possibilidades de uma empresa formalmente constituída, este grupo decidiu que, estrategicamente, até que houvesse experiência suficiente para respaldar uma decisão de caráter mais definitivo, o grupo teria a finalidade de estabelecer as negociações dos itens mais relevantes enquanto a aquisição formal e entrega das mercadorias seriam realizadas diretamente em cada hospital. Os fundamentos mais importantes desta decisão de delimitar a atuação do grupo são: a necessidade de uma maior aproximação entre os participantes, antes de um compromisso formal capaz de gerenciar uma situação de maior complexidade;

dificuldades em atender às exigências legais e sanitárias necessárias para a formação de uma empresa de compra, armazenamento, processamento e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares. Neste momento, para desenvolver este papel inicial o grupo se auto-denominou “Grupo de Compras”.

Note-se que dada a responsabilidade ao grupo de gerentes para atuar formalmente em nome dos hospitais, estes optaram que o grupo realizasse exclusivamente a fase de negociação de compras. Esta opção pode significar a cautela e o cuidado que tiveram no processo de aproximação das instituições, tanto de atividades como de pessoas, que necessitam de um conhecimento mais profundo antes de atuarem efetivamente em conjunto em atividades relevantes e de responsabilidade financeira

Em seguida, foi realizado um evento, em ambiente externo aos hospitais, para o lançamento do “Grupo de Compras” e explicações sobre sua operação, com a presença dos oito hospitais e de um expressivo número de fabricantes e de distribuidores de materiais e medicamentos. Poder-se-ia supor que um grupo que faça compras para hospitais com um total de mais de 2000 leitos deva relacionar-se, tratar e negociar diretamente com os fabricantes de materiais e medicamentos, de procedência nacional e para a aquisição de materiais importados, com a maioria dos fabricantes estrangeiros, recorrendo a seus representantes somente quando eventualmente necessário. Entretanto, a cadeia de comercialização de materiais e medicamentos, nacionais e estrangeiros, inclui tradicionalmente a participação do distribuidor. São empresas que, em certos casos, são o único revendedor de alguns fabricantes que adotam na sua política comercial esta representação e, em outros, atuam simultaneamente com outros distribuidores como intermediários de vários

fabricantes garantindo-lhes uma demanda de vendas significativa, seja dividindo o mercado por tipos de serviço ou por critério geográfico. Com frequência, os distribuidores apresentam preços de venda direta inferiores aos dos próprios fabricantes. Assim, desde o evento de apresentação e instalação do “Grupo de Compras”, se incluiu a participação concomitante de fabricantes e de distribuidores para o fornecimento de insumos hospitalares.

Para a operacionalização do grupo foi estabelecido como **objetivo**:- Comprar e suprir materiais médico-hospitalares e medicamentos para os hospitais participantes, buscando obter redução de preços através do ganho em escala.

Como principais **atribuições**:-

Comprar – negociar, através de cotações conjuntas com fornecedores, produtos e períodos definidos pelos hospitais;

Planejar – elaborar plano de compras em conjunto, considerando a política de estoques e as características individuais;

Suprir – acompanhar o plano de compras, a fim de garantir o cumprimento dos prazos de entrega estabelecidos;

Desenvolver e padronizar – identificar opções de novos produtos, bem como a padronização entre os hospitais, visando redução de preços e evolução técnica;

Relatar – elaborar relatórios detalhados, indicando inflação e/ou deflação de preços na média dos produtos adquiridos;

Importar – identificar, no mercado internacional, opções de produtos com custos menores, visando pressionar fornecedores nacionais por menores preços;

Reciclar – trocar e vender produtos obsoletos;

Contratar – elaborar contratos de prestação de serviços e de fornecimento com cláusulas de direitos e obrigações de ambas as partes;

Submeter-se a auditorias – os hospitais poderão, a critério de cada um, realizar auditorias para comprovar a lisura das licitações.

Estrutura Operacional:- Os Gerentes optaram por não se estabelecer uma estrutura própria para apoiar o funcionamento do “Grupo de Compras”.

Itens Selecionados para Compra:- Com base na relação de medicamentos e materiais descartáveis padronizados e classificados como itens A, na curva ABC de consumo de um dos hospitais, foram identificadas, inicialmente, as quantidades médias consumidas mensalmente em cada um dos demais hospitais. A partir daí foram, então, selecionados os itens mais relevantes a partir de dois critérios:

a) itens consumidos pela maioria dos hospitais (pelo menos quatro) e que apresentassem grande impacto no volume mensal de compras;

b) itens de um mesmo grupo ou família de materiais ou medicamentos, ainda que, individualmente, não representassem volume de compras expressivo. Por exemplo: soluções endovenosas; medicamentos com o mesmo princípio ativo, mas com apresentações diferentes; agulhas, seringas e luvas.

Aspectos Técnicos:- Com a constituição do “Grupo de Compras”, ficou estabelecido que a aprovação dos fornecedores dependeria da avaliação resultante de visitas técnicas. Um grupo de farmacêuticos (de diversos hospitais, entre os quais, seis dos integrantes do “Grupo de Compras”) realizava estas visitas às instalações de

distribuidores e fabricantes de insumos médico-hospitalares de interesse. A suspensão das compras de fornecedores que não apresentassem os requisitos técnicos estipulados pelo grupo de farmacêuticos, fez com que duas grandes distribuidoras tradicionais que haviam sido reprovadas, após uma segunda visita, fizessem os ajustes técnicos necessários em 20 dias.

5.3. Observação da Operação do “Grupo de Compras”

O “Grupo de Compras” é constituído pelo conjunto dos Gerentes de Suprimentos dos oito hospitais, coordenados por um dos Superintendentes. Sua operacionalização se dá por meio da comunicação eletrônica entre os gerentes para o envio de listagens, preços, planilhas de distribuição dos materiais e medicamentos e de reuniões de coordenação e para contatos com os fornecedores, quando necessário. As reuniões, quinzenais, são realizadas sempre no mesmo hospital e a reserva, o preparo da sala, a redação, bem como a distribuição das atas das reuniões ficam a cargo de uma de suas secretárias.

O fato de não se estabelecer uma estrutura operacional para o “Grupo de Compras” mantendo-a com os próprios gerentes pode significar: não onerar a operação mantendo os custos dentro dos níveis atuais e manter o controle das negociações sob nível gerencial com o objetivo de apresentar resultados aos dirigentes dos hospitais da atividade de compras em conjunto e de se iniciar um modelo inovador em nosso meio.

No início das atividades, as planilhas contendo as necessidades de compra de cada hospital foram enviadas previamente para este mesmo hospital para compor a planilha geral de compras. Esta consolidação das listagens dos itens a serem cotados para a negociação conjunta ficou a cargo do Subgerente de Compras, sob a supervisão de Gerente de Suprimentos que acompanha todo o processo.

O grupo analisou, também, os custos de medicamentos/leito e de materiais/leito de cada hospital. O volume potencial de compras mensais representava, aproximadamente, R\$7.000.000,00 (sete milhões de reais), caso a totalidade dos itens consumidos pelos hospitais fosse adquirida em conjunto. A partir dos dados disponíveis, obteve-se um valor médio de R\$4.100,00 (quatro mil e cem reais) para o custo global de materiais e medicamentos consumidos, mensalmente, por cada um dos cerca de 1700 leitos oferecidos pelos hospitais do grupo. A monitoração deste índice não pode ser considerado um indicador de desempenho ou de qualidade, uma vez que se observa uma grande diversificação de pacientes e de patologias atendidas, de acordo com a segmentação de seguradoras e planos de saúde em cada um dos hospitais e da incidência de materiais e medicamentos na conta hospitalar, em cada hospital.

A planilha obtida com o estudo dos itens mais relevantes, segundo a curva ABC, revelou um volume potencial de compra mensal (estimado com a utilização dos preços médios pagos por alguns dos hospitais do grupo) de cerca de R\$2.300.000,00 (dois milhões e trezentos mil reais) para medicamentos e de R\$600.000,00 (seiscentos mil reais) para materiais descartáveis. Vale observar que esses números eram conservadores, pois se referiam, predominantemente, aos itens A da curva ABC de compras, em 1999.

Poucos itens de cada grupo (medicamentos ou materiais descartáveis) respondem por um elevado percentual do volume monetário de compras e, portanto, representam uma oportunidade para sua aquisição conjunta. Costumeiramente é o que se observa na análise das curvas ABC de hospitais.

Os hospitais apresentam maior semelhança entre si no que diz respeito aos medicamentos e uma maior diferença nos materiais descartáveis. Favorecem, essa condição de semelhança nas listagens de medicamentos, os sistemas de padronização dos hospitais e o controle governamental de preços. Esse controle é exercido pelo tabelamento de preços publicados pelo Brasíndice. Nesta publicação, constam os preços de compra e de venda ao consumidor para a maioria dos medicamentos comercializados e para alguns materiais.

Um dos desafios iniciais para a operação do “Grupo de Compras”, peculiar em grupos desta natureza, foi promover a aproximação pessoal, profissional e institucional dos integrantes, que permitisse a criação de um clima de confiança e de respeito mútuos. O respaldo das diretorias dos hospitais da “Aliança Estratégica” foi um importante fator facilitador para o desenvolvimento dessas atividades, ou seja, a interferência da Diretoria foi positiva ou negativa, não percebida pelos gerentes. As situações de maior divergência entre os gerentes são as que se referem à escolha de itens similares que podem ser incluídos na relação para compra, em confronto às diferentes padronizações de cada hospital, como os anestésicos endovenosos e inalatórios. Alguns conflitos ocorrem pela desvantagem na aceitação de alguma proposta apresentada por um fornecedor quando o menor preço cotado pelo grupo é superior a um preço obtido, individualmente, por algum dos hospitais do grupo.

Nesta situação, o preço menor cotado individualmente para um hospital deve ser levado ao grupo, para que se faça valer também para a compra conjunta. A solução, em todos os casos, passa pela negociação interna, pelo estabelecimento de critérios claros e adotados por consenso, e principalmente pela intenção de cada hospital ao plano de médio e longo prazos de desenvolvimento do “Grupo de Compras”.

Um dos hospitais tem o gerenciamento de sua farmácia terceirizado, o que o coloca em uma situação diferenciada do restante do grupo, restringindo sua participação à aquisição de materiais e de 12 itens de medicamentos: albumina humana, alguns antibióticos de preços altos ou de grande demanda e os soros injetáveis. A terceirização de farmácias hospitalares não é uma prática comum no mercado, em função do papel comercial que os hospitais exercem com os medicamentos, constituindo uma importante fonte de receita e do resultado financeiro.

Cada hospital do “Grupo de Compras” se diferencia dos demais pelo tipo de clientela atendida, conforme os níveis dentro dos planos de saúde que atenda, pelo grau de complexidade dos procedimentos e serviços realizados, em regime de internação ou ambulatorial e pela importância relativa de cada especialidade médica no rol de pacientes como por exemplo, oncologia, berçário e maternidade ou terapia intensiva - e isso torna a racionalização, por meio de uma mesma padronização de itens, mais complexa de ser operacionalizada. Há insumos que, pela generalidade do uso, são comuns a todos os hospitais como seringas, agulhas, antibióticos, analgésicos e anestésicos, que poderiam ser itens permanentes da compra conjunta. No entanto, o corpo clínico, assim como os demais integrantes da equipe assistencial, exercem grande influência sobre a padronização e, se em uma instituição isolada, a

padronização já é um trabalho árduo e constante, o que dizer de unir vários hospitais, cada um com seu grupo próprio de usuários? Pode-se afirmar que, para atingir a consolidação deste processo, é necessária uma firme disposição das instituições de se estabelecer protocolos clínicos comuns aos hospitais, com padronização de procedimentos e, por consequência, a padronização dos insumos utilizados. As medidas de padronização atuais objetivam uma uniformidade de consumo e uma vigilância mínima sobre a qualidade dos produtos e fornecedores.

O passo seguinte, pode ser o estabelecimento dos protocolos clínicos a todos os hospitais, que traz uma ampliação do escopo da padronização entre os hospitais, garantindo a qualidade não só dos insumos, mas principalmente da assistência prestada. Não basta adquirir os materiais e medicamentos corretos, mas sim adquiri-los conforme o perfil de utilização e qualidade necessários aos processos assistenciais definidos. Seguramente, uma padronização única para os hospitais está muito distante de ser atingida e só será possível com a concordância e a efetiva participação da Direção Clínica e do Corpo Clínico dos hospitais. Durante o segundo semestre de 1999, foram realizadas duas reuniões entre os diretores clínicos, coordenadores e gerentes médicos, com o objetivo de se iniciar este processo, que provavelmente levará alguns anos para ser completado

Observamos que a evolução das reuniões com o grupo mostrou um progressivo entendimento do papel do próprio grupo e dos gerentes que o compõe, ou seja, que a finalidade da atividade conjunta é a racionalização do processo de compras e a diminuição dos custos de aquisição. A racionalização se consegue principalmente pela troca de informações e a diminuição dos custos pelo ganho em

escala, pelo aperfeiçoamento do processo de negociação e pelo aparecimento de oportunidades de compra.

Outro ponto a ser destacado é a compreensão por parte dos gerentes que a atividade em grupo envolvendo outros hospitais e as compras em conjunto pode vir a fortalecer a função dentro de sua própria organização, pois em geral, as funções que conduzem processos de diminuição de custos são valorizadas nas organizações.

Acreditamos que os resultados positivos obtidos pelo “Grupo de Compras” podem ser atribuídos à idéia inovadora de aliança entre os hospitais, que surpreendeu o mercado e que tais resultados não seriam alcançados pela ação isolada de qualquer dos hospitais. No entanto, para que o sucesso se amplie, a idéia de inovação deve ser perseguida, continuamente, buscando novas oportunidades em que o “Grupo de Compras” se consolide neste mercado.

5.4. Primeira Compra em Conjunto

Durante o mês de março de 1999, o “Grupo de Compras” efetuou a primeira cotação conjunta de preços junto a seus fornecedores, objetivando a aquisição exclusivamente de medicamentos para o segundo trimestre de 1999. (ANEXO 2).

A regra estabelecida pelo próprio grupo para a dinâmica de compras determinava o seguinte:

- enviar para os fornecedores, fabricantes e distribuidores a relação dos itens a serem cotados;
- receber as propostas em envelopes lacrados de cada um dos fornecedores;

- reunir o grupo de gerentes para a abertura das propostas;
- elaborar as planilhas de preços por medicamento e por fornecedor atribuindo as quantidades destinadas a cada hospital;
- escolher as empresas para fornecimento ao grupo de hospitais, para o período estipulado, conforme o menor preço cotado, em cada item;
- emitir as ordens de fornecimento individuais pela gerência de cada hospital.

Foram cotados 51 medicamentos classificados pelos hospitais como sendo os mais significativos, tendo como base a curva ABC de consumo e custo.

Na reunião de abertura das propostas apresentadas pelos fornecedores, verificou-se que, para a maioria dos itens, os preços cotados estavam acima daqueles praticados individualmente com cada um dos hospitais. O resultado foi uma compra conjunta restrita, de apenas 9 medicamentos, todos eles fornecidos diretamente pelos respectivos fabricantes.

Foram adquiridos os itens cujos preços unitários encontravam-se abaixo do menor preço praticado, na última compra, por qualquer um dos hospitais.

O valor desta compra conjunta foi de R\$ 406.039,30, muito abaixo dos valores das médias mensais de compras, destes hospitais, considerando-se os itens A da curva ABC de consumo.

Os itens adquiridos, distribuídos por hospital, encontra-se no Anexo 4.

Face ao próprio resultado desta cotação o “Grupo de Compras” concluiu que, aparentemente, houve pouco interesse dos fornecedores em fazer parte do processo. Além disso, aumentos de preços de medicamentos estavam previstos para os meses de abril e maio, conforme acordo do Governo com a Indústria Farmacêutica, o que

pode ter levado os fornecedores a incluir esses reajustes nos preços cotados para março. A carta-convite enviada pelo grupo estipulava preços fixos para os 3 meses de fornecimento. Outra hipótese é que os fornecedores tenham previamente acordado entre si o envio de preços acima dos individualmente cotados como forma de desarticular a consolidação do “Grupo de Compras”.

Com o intuito de investigar os motivos desse desinteresse foram contatados os fornecedores habituais e constatou-se que havia um clima de insatisfação e apreensão, principalmente por parte dos distribuidores, com a formação de um “Grupo de Compras”. Foram necessárias várias reuniões com essas empresas, para repassar mais uma vez as informações dadas no evento de lançamento do grupo, quanto à forma de atuação. Apesar das explicações no lançamento, os distribuidores haviam entendido que as aquisições seriam realizadas diretamente com os fabricantes, evitando utilizar o distribuidor como agente intermediário do processo.

Entretanto, uma análise das regras e normas estabelecidas pelo grupo demonstra um processo burocratizado e hermético de licitação e compra com o envio das propostas dos fornecedores em envelopes lacrados. A negociação pelos gerentes de forma conjunta nunca havia ocorrido e portanto, embora a rigidez estruturada do processo garanta a imparcialidade, por outro lado, perde-se o envolvimento e o comprometimento dos gerentes e anula a possibilidade de negociação com os fornecedores. Deve-se considerar que os gerentes encontram-se no papel de representantes de hospitais que têm como referência uma relação competitiva, de concorrência e não de cooperação. Essa nova configuração do grupo, passando de uma abordagem técnica para de interesses comerciais comuns requer uma adaptação com mudança no tipo de relacionamento, entrosamento e confiança em construção.

5.5. Segunda Compra em Conjunto

A segunda compra conjunta, realizada em junho de 1999, visava exclusivamente a compra de medicamentos para o terceiro trimestre do ano (ANEXO 5). Pela experiência da primeira compra, algumas modificações foram realizadas com a finalidade de aperfeiçoar o processo e melhorar os resultados financeiros. Incluiu-se no convite aos fornecedores, a relação de medicamentos a ser cotada, com alguns itens similares e nomes genéricos, ainda que não padronizados no formulário da maioria dos hospitais, a fim de testar a reação do mercado, especialmente dos laboratórios fabricantes e buscar a redução dos preços das marcas consagradas e padronizadas nos hospitais do grupo. Também foi dada a opção aos fornecedores de propor fornecimento para apenas um mês ou de fornecimento integral em uma só entrega, pois novos aumentos de preços estavam previstos para os meses de julho e agosto.

Para esta segunda compra, o grupo de gerentes estabeleceu um novo conjunto de regras para a dinâmica de compras, a saber:

- enviar para os fornecedores, fabricantes e distribuidores a relação dos medicamentos a serem cotados, incluindo-se similares;
- receber as propostas em envelopes lacrados de cada um dos fornecedores;
- reunir o grupo para a abertura das propostas;
- elaborar as planilhas de preços por medicamento e por fornecedor, atribuindo as quantidades destinadas a cada hospital;

- escolher os fornecedores, para o período estipulado, conforme os dois menores preços cotados para cada item;
- reunir-se com os dois fornecedores escolhidos em cada item para estabelecer negociação de preços e forma de pagamento para o grupo de hospitais;
- emitir as ordens de fornecimento individuais pela gerência de cada hospital, estabelecendo os prazos de entrega de acordo com a conveniência do fornecedor e do hospital.

A abertura das propostas evidenciou preços mais compatíveis com os obtidos individualmente pelos hospitais do grupo. Em uma primeira análise, 18 medicamentos foram selecionados para a efetivação da compra, pois os preços cotados eram menores que o menor preço pago pelos hospitais do grupo.

Este número de itens foi considerado insuficiente pelos compradores. Em reunião dos Superintendentes dos hospitais, realizada no dia 24 de junho de 1999, enfatizou-se a importância de, estrategicamente, fortalecer a atuação do “Grupo de Compras” e de buscar ampliar o elenco de itens efetivamente adquiridos. Foi aprovada a inclusão, para negociação com os fornecedores, de outros itens cujos preços cotados para o Grupo estivessem até 6,0% superiores ao menor preço obtido individualmente em cada hospital. Com este percentual como limite permitia-se a inclusão de mais de 20 itens para o processo de negociação entre fornecedores e o “Grupo de Compras”.

O aumento do número de itens e a convocação de dois fornecedores para cada item aumenta, ao final, o número de fornecedores e a consequência é, além do

aumento do espaço concreto de negociação, o aparecimento de novos produtos e similares.

Esta flexibilidade foi fundamental para o aperfeiçoamento do processo de compras, partindo-se de uma simples cotação de menores preços para uma real negociação entre compradores e vendedores desses insumos. Completadas as negociações, o grupo decidiu pela compra de 39 medicamentos, quádruplo da quantidade adquirida na primeira cotação conjunta. A maioria absoluta deles, 30 itens, foi negociada com preços iguais ou abaixo do menor preço obtido individualmente. Em vários casos, conseguiu-se, inclusive, diminuir os preços dos medicamentos já cotados (os 18 citados anteriormente). A tabela com os itens adquiridos, por hospital, encontra-se no Anexo 5.

Estas alterações levaram a uma maior disposição dos fornecedores em participar, com maior flexibilidade das negociações nesta segunda cotação, fossem eles fabricantes ou distribuidores. Com isso, o resultado alcançado foi muito mais significativo do que na primeira compra conjunta.

A tabela seguinte identifica, o número de itens adquiridos pelo hospital, os valores de aquisição destes itens na última compra realizada individualmente pelo hospital, os valores negociados para cada hospital pelo “Grupo de Compras”. Saliente-se que os preços negociados pelo grupo, para esta compra, foram fixos para todas as entregas programadas ao longo do trimestre julho, agosto, setembro.

Tabela 2 - Segunda Compra do Grupo de Compras - Número de itens adquiridos e valores de aquisição, na última compra efetuada individualmente pelos hospitais, valores de aquisição pelo pelo "Grupo de Compras", valor de redução e percentual de redução, para cada hospital e totais, junho 1999.

	Nº de itens	Última Compra	Grupo	Redução	%
H1	23	406.832,40	372.518,75	34.313,65	8,4%
H2	32	1.353.036,25	1.299.663,43	53.372,82	3,9%
H3	20	340.062,52	327.294,62	12.767,90	3,8%
H4	36	1.126.497,58	1.063.162,38	63.335,20	5,6%
H5	35	357.871,28	341.223,90	16.647,38	4,7%
H6	1	11.160,00	11.100,00	60,00	0,5%
H7	19	426.818,16	417.782,70	9.035,46	2,1%
H8	39	641.674,17	591.131,25	50.542,92	7,9%
TOTAL	39	4.663.952,36	4.423.877,03	240.075,33	5,1%

Fonte: Observação Pessoal e Questionários aplicados aos Gerentes de Suprimentos dos Hospitais

Foram calculados os seguintes valores de compra na segunda cotação:

Valor total da compra de medicamentos com os preços negociados: R\$ 4.423.877,03, que equivalem a cerca de 64% do volume de compras de medicamentos feitas pelos hospitais do grupo, em um mesmo período, para os itens A da curva ABC de consumo, o percentual de economia obtido em cada hospital dependeu da cesta de produtos efetivamente adquiridos no trimestre, bem como do preço que vinha sendo obtido individualmente em compras anteriores.

5.6. A Percepção dos Gerentes de Suprimentos

As respostas dos Gerentes de Suprimentos mostram que as práticas de gerenciamento de suprimentos e suprimentos assemelham-se em todos os hospitais

do grupo (“ O sistema de gerenciamento de estoque e compras segue uma linha tradicional...”) (ANEXO 6). O ponto comum é a alegação da necessidade permanente de redução de custos, por meio da diminuição dos estoques e do custo administrativo da área de suprimentos. A principal dificuldade é a atuação de um corpo clínico aberto e autônomo que solicita modificações frequentes na padronização dos itens de consumo. Trata-se de hospitais diferenciados, com corpo clínico que se atualiza com grande velocidade, seja por ligação às faculdades de medicina, seja pela frequência a congressos médicos.

Todos os gerentes compram conforme uma padronização existente nos hospitais, mesmo que parcial, que para os medicamentos se dá pelo princípio ativo e somente um deles se utiliza de medicamentos genéricos. O papel do Corpo Clínico é preponderante na indicação, manutenção e descontinuidade dos itens de estoque, tanto de medicamentos como de materiais médico-hospitalares (“O usuário final pode solicitar a inclusão de novos itens na padronização e participa,...”). O controle da padronização é exercido por uma comissão multi-profissional, sempre com a participação de representantes dos médicos e da comissão ou serviço de controle de infecção hospitalar. São comissões relacionadas às áreas de medicamentos e materiais, que em geral se denominam Comissão de Farmácia e Terapêutica e Comissão de Padronização de Materiais. Dos seis hospitais, cinco têm comissão de padronização de medicamentos e três também para materiais.

Em todos os hospitais existe planejamento e programação de compras que determinam a reposição do estoque ao se atingir níveis mínimos de segurança. Baseiam-se na observação contínua e na revisão periódica da curva ABC de consumo e custo, na avaliação constante do mercado de fornecimento (se local ou no

exterior), do tempo de espera e a criticidade do produto, para todos os itens de materiais e medicamentos. As compras são programadas e os pagamentos faturados a 30 dias da entrega. Os fornecedores são cadastrados e utilizam, em maior ou menor escala, contratos de fornecimento de validade semestral ou anual. As dificuldades que enfrentam são os atrasos dos fornecedores nas entregas dos pedidos, a diminuta quantidade de parcerias e as mudanças significativas no mercado quanto à representação e distribuição dos insumos. Soma-se a isto o grande número e a diversificação de itens necessários para a operação dos hospitais, quais sejam, materiais médico-hospitalares, medicamentos, gêneros alimentícios, materiais de escritório e de informática, materiais de manutenção predial e de assistência técnica de equipamentos médicos. Este amplo espectro de produtos requer um sistema de compras estruturado, área específica de planejamento e recursos humanos com capacitação para atuar nestas diferentes áreas e mercados.

Os Gerentes responderam que nenhum dos hospitais utiliza um sistema informatizado de grande sofisticação técnica, como os atuais sistemas integrados. Sistemas de controle de recebimento, armazenamento e fornecimento com identificação dos produtos, lotes e prazos de validade, por código de barras estão sendo gradativamente implantados, cada hospital em uma fase específica, sendo um deles em fase adiantada de implementação. Os sistemas operacionais que os hospitais utilizam para as atividades administrativas não interferem na sistemática de compras adotada pelo grupo e estes não necessitam qualquer customização. Responderam também que a implantação de um grupo de compras em conjunto não altera as rotinas vigentes de distribuição e fornecimento de materiais e medicamentos às unidades de consumo.

Os valores dos estoques variam de acordo com a complexidade e volume de atendimento da instituição. Em 1999, cada um dos hospitais possuía estoque de materiais e medicamentos acima de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais). Recebiam acima de 1.000 pedidos por mês, o período médio de armazenamento está entre 25 a 30 dias e o número de fornecedores é muito variável, de 600 a 1750.

Os Gerentes interpretaram, diferentemente, a reação dos fornecedores à formação do “Grupo de Compras”: indiferença, apreensão e receio, ou totalmente desfavorável (“...pois temiam e continuam temendo a perda de uma boa fatia do mercado para os fabricantes”. / “... mas com o desenvolvimento das atividades esse risco diminui.”). É provável que um dos motivos que levaram a essas expressivas diferenças seja a importância desses hospitais, como sendo dos maiores no setor privado ou pela significância em volume de vendas, para um ou outro fornecedor.

Pelas respostas obtidas, os Gerentes foram unânimes em afirmar que o clima e o relacionamento interno ao grupo sempre foi muito bom, com alto grau de colaboração entre todos os gerentes e entre o grupo e os fornecedores.

Perguntados quanto à utilização pelo “Grupo de Compras” ou pelos demais hospitais das práticas de administração de materiais adotadas em seus hospitais, os Gerentes individualmente, responderam: módulo de gestão; formulário para padronização de medicamentos; sistema de código de barras; sistema e controle de estoque; e que independentemente da avaliação quanto ao desempenho desses sistemas, o mais importante é a troca de experiências entre as instituições ou seus representantes, o que aliás é um dos resultados esperados das alianças em geral, particularmente a troca de informações quanto a conceitos, idéias ou concepção da função compras (“Nosso sistema de informação, especificamente o módulo de gestão

de materiais, pode apoiar o melhoramento dos sistemas de informação dos outros hospitais.”).

Quanto ao conceitos e práticas que resultaram da participação no “Grupo de Compras”, três dos Gerentes salientaram a troca de informações e planejamento de compras, um referiu-se à integração entre os hospitais e um melhor relacionamento com os fornecedores (“...idéia de que hospitais “rivais” podem se unir para conseguir...”).

Responderam que as melhorias obtidas nos hospitais com a participação e operacionalização do “Grupo de Compras” estão relacionadas ao processo de negociação e novas oportunidades de aquisição de medicamentos e materiais. As de ordem técnica relacionadas foram a padronização e a avaliação dos fornecedores.

Esta é uma condição inerente ao aperfeiçoamento do relacionamento do próprio grupo. A troca de informações técnicas permite uma auto avaliação dos processos por meio da comparação o que resulta em melhorias das diversas rotinas e procedimentos utilizadas na área de compras, absorvendo-se o que é o melhor de cada um. O “Grupo de Compras” pode ser um mecanismo de valorização e necessidade permanente de padronização dos itens de materiais e medicamentos nos hospitais, implantando nos que não têm e aperfeiçoando nos que já a possuem. O fato de se especificar a necessidade de uma comissão de padronização também pode ser um fator de melhoria de qualidade, a par da questão comercial ou econômica.

Quanto às expectativas com o “Grupo de Compras” em 1999, os Gerentes observaram que embora não se tenha estabelecido metas anuais, para três deles elas forma plenamente atendidas, para um parcialmente atendidas, para outro não foram atendidas. Um deles não respondeu à pergunta. Todos salientam, ainda que

individualmente não teriam alcançados os mesmos resultados. As respostas referem-se às questões comerciais e de valores e não consideram o ganho imponderável da melhoria dos processos relacionados à área de compras e de suprimentos (“... está-se questionando a compra através de uma concorrência pura e simples, podendo-se buscar novas...”)

Entendem que a continuidade do “Grupo de Compras” depende da troca de informações constante e da expansão do número de itens a serem programados para compra ou com novas tarefas relacionadas a suprimentos, como embalagem de doses unitárias ou até a implantação de uma Central de Compras ou Distribuidora Comercial.

As respostas quanto a experiências que podem ser desenvolvidas em outras áreas, como as de apoio operacional ou administrativo, são Lavanderia, Central de Esterilização, Manutenção Eletrônica, Limpeza, Segurança Patrimonial, Estacionamento, Auditoria de Contas, Central de Informações, Central de Laudos, Benefícios a funcionários, entre outros.

No cômputo geral, afirmam que com exceção de um dos hospitais, que avaliou não estar auferindo os benefícios esperados, todos os demais apresentaram, em maior ou menor proporção, ganhos financeiros nos processos de compras conjuntas, maior qualificação dos fornecedores e, em virtude da troca de experiências, um aprimoramento coletivo no conhecimento do mercado fornecedor de insumos médico-hospitalares.

5.7. A Percepção dos Diretores e Superintendentes

Os dirigentes de seis hospitais responderam ao questionário. As perguntas iniciais deste módulo buscaram identificar o posicionamento de mercado dos hospitais para permitir ressaltar o segmento que é objeto deste estudo. As respostas desses dirigentes demonstram que estes entendem que as instituições que representam e dirigem estão entre as que lideram o mercado dos hospitais privados. Apontam ainda que a imagem de suas organizações, como prestadores de serviços médico-hospitalares, é de qualidade diferenciada (ANEXO 8).

A população de abrangência desses hospitais é, em sua maior parte, determinada pelo conjunto de integrantes beneficiários dos planos de saúde que mantêm convênios com esses hospitais. Dois deles informam que estimam esta população, um em aproximadamente 800.000 vidas, outro em 1 milhão de pessoas. Os outros quatro não conhecem a população do segmento do mercado médico-hospitalar que atendem. Sem conhecer a população de abrangência, como detectar suas demandas e necessidades? Como se dá o processo de planejamento operacional, de custeio e de investimentos dos hospitais? Por certo este planejamento, quando ocorre, baseia-se na população originária dos planos de saúde, sendo influenciado pelas bases comerciais e de coberturas do plano. Esta limitação contamina as informações quanto às doenças de maior prevalência e seu comportamento clínico, custos de atenção e necessidades específicas da população efetivamente atendida.

Um desses hospitais está iniciando um programa de gerenciamento de doenças, conforme modelo utilizado por grandes hospitais e planos de saúde americanos. Os programas de gerenciamento de doença tem por escopo identificar e

estudar as características das fases de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de uma dada patologia. O objetivo é determinar quais os recursos tecnológicos e profissionais necessários à implementação de programas de atenção a essas patologias em todas estas fases, vinculando uma gama de serviços, com alta qualidade de atenção, de grande efetividade e ao menor custo possível (TODD, NASH 1997).

Isto significa que além dos fatores conhecidos de direcionamento da demanda, um dos mais importantes é o credenciamento do hospital pelas fontes pagadoras (“A participação percentual das três maiores fontes na Receita Operacional Total é de 57%”). Por enquanto, elas ainda não interferem diretamente na determinação da demanda para um hospital, quanto ao tipo de atendimento ou recursos hospitalares, objetivando qualidade de atenção ou adequação da utilização. Existe uma diferenciação do acesso a diferentes níveis de atenção de acordo com uma classificação econômica de cobertura de cada plano de saúde. Este cenário deve se alterar nos próximos anos, com interferência progressiva das fontes pagadoras na atenção prestada pelos provedores, buscando qualidade e produtos a um menor custo, seguindo o modelo americano citado.

A troca de informações entre empresas participantes de alianças ou entre vários componentes de uma dado segmento de mercado é um importante elemento de integração, podendo constituir-se em um dos principais elementos motivadores para a formação das alianças. Para os hospitais estudados, a intensificação da troca de informações poderá vir a ser um dos pontos fundamentais deste processo e poderá ser uma forma eficaz para se conhecer os objetivos e tendências das fontes pagadoras, uma vez que de um modo geral, estes hospitais atendem e competem por clientes das

mesmas empresas de planos de saúde dentro de um universo empresarial bastante restrito.

Com exceção de um dos hospitais, todos têm os mesmos dois planos de saúde, como seus principais convênios. A comercialização e venda dos planos de saúde têm, como fator de diferenciação, o elenco de hospitais que cada um dos níveis do plano dá direito de acesso ao beneficiário. Os compradores individuais e empresariais por certo consideram a preferência por um certo hospital na escolha do produto a ser adquirido, além do custo específico do plano.

Outro fator de determinação da demanda de pacientes aos hospitais é a preferência do profissional médico em internar e utilizar os recursos de determinada instituição. No entanto, observa-se que esta condição vem se tornando de menor relevância pois, cada vez mais, os médicos atendem em vários hospitais, conforme a cobertura contratual de seus pacientes. É comum o médico passar a atender um certo paciente em um novo hospital, em função da transferência de credenciamento da fonte pagadora. O que fundamenta esta situação é que, em geral, o financiamento da atenção vincula o pagamento da conta hospitalar, diretamente pelo convênio, e os honorários profissionais provêm do paciente, por sua própria conta ou por reembolso posterior, parcial ou total.

Em função dessas tendências, as bases do planejamento dos hospitais para atendimento da demanda esperada vêm se alterando no decorrer do tempo, transferindo uma importante parcela de influência do médico e do corpo clínico para o elenco de fontes pagadoras conveniadas.

Outra questão levantada refere-se à influência que alguns fatores podem exercer sobre o desempenho operacional dos hospitais nesses próximos anos. O

questionário estipulava doze quesitos, com cinco níveis de influência possíveis para cada um: muito forte, forte, moderado, pouco e nenhum. As respostas mostram que, em cinco quesitos, houve pouca discordância entre as opiniões, em três moderada e em quatro uma gama maior de respostas diferentes obtidas. Pela ordem decrescente de influência, os quesitos distribuíram-se na seguinte seqüência: *aumento dos custos operacionais, diferenciação de serviços, treinamento de pessoal, avanços na tecnologia de gestão e maior conhecimento gerencial, avanços da tecnologia médica, novos concorrentes, ampliação de mercado, produção de serviços médicos em escala, ambiente econômico externo, verticalização e terceirização*, conforme a tabela abaixo:

Tabela 3 – Fatores de influência no desempenho operacional do hospital, segundo dirigentes de hospitais privados – São Paulo – 1999.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6
Novos concorrentes	M	FF	FF	M	M	FF
Econômico externo	N	M	FF	F	F	M
Tecnologia médica	FF	M	FF	F	M	FF
Tecnologia gestão	F	FF	FF	FF	M	M
Aumento custo operacional	F	FF	FF	F	F	FF
Maior conhecimento gerencial	M	FF	FF	M	M	M
Treinamento pessoal	FF	FF	FF	M	M	FF
Diferenciação serviços	F	M	FF	FF	F	FF
Ampliação mercado	P	FF	FF	FF	F	M
Serv.Med.Assist. em escala	F	M	FF	M	F	M
Verticalização	P	M	FF	N	M	M
Terceirização	M	N	FF	P	M	M

Legenda: FF= muito forte; F = forte; M = moderado; P= pouca; N= nenhuma.

Fonte: Questionário aplicado a dirigentes de hospitais privados.

Aumento de custos operacionais aparece como sendo de “forte” e “muito forte” influência nas respostas de todos os seis hospitais, o que mostra a unânime preocupação com o crescimento constante dos custos hospitalares, devido principalmente aos reajustes dos salários de pessoal, dos insumos hospitalares e da incorporação e renovação de tecnologia médica (terceiro quesito em importância). O aumento dos salários tem dois componentes: o primeiro pelo reajuste anual negociado entre os sindicatos patronal e dos empregados e o segundo pelo aproveitamento crescente de profissionais da área da saúde, com maior especialização e melhoria dos níveis de formação em atividades assistenciais. O aumento dos insumos se concentra principalmente em medicamentos e materiais médico-hospitalares, no qual se somam componentes de diferenciação de utilização dos itens e outro cambial pelo importante montante de importados, ambos com valores crescentes. A incorporação e renovação tecnológica é cada vez mais facilitada aos serviços de saúde, resultado do processo de globalização, porém uma maior utilização de tecnologia avançada traz para o sistema aumento de custos e aumento das necessidades de pessoal, contrariamente ao observado em outros setores da economia.

A formação de um “Grupo de Compras” pelos hospitais, como uma primeira experiência ou passo em direção à formação de uma aliança, é mais uma demonstração da importância da administração do aumento de custos da operação hospitalar.

O quesito que aparece nas respostas de cinco dirigentes como sendo “forte” ou “muito forte” que influencia no desempenho do hospital é a *diferenciação de serviços*. A tendência atual em que os hospitais procuram conhecer cada vez mais as

necessidades da clientela tem trazido um aumento dos tipos de produtos oferecidos. Os modelos e programas de atendimento - de diagnóstico, tratamento e reabilitação - baseados na desospitalização do paciente, incorporação de outras formas de assistência, incluindo-se as práticas alternativas, aproveitamento de outros profissionais de atuação correlata à área da saúde no processo de atenção, são exemplos de atividades que estão sendo desenvolvidas no meio hospitalar e por esse motivo as diferencia e atende às necessidades dos pacientes. Um dos resultados obtidos por esta diferenciação de serviços é o aumento da competitividade do hospital no mercado e melhor posicionamento frente à concorrência, adicionada ao crescimento da população atendida e conseqüente aumento da receita operacional.

Um dos hospitais considerou o *ambiente econômico externo* como “sem” influência e aponta a *ampliação de mercado* como tendo “pouca” influência, mas entende a *diferenciação de serviços* como propulsora no desempenho do hospital nos próximos anos. Isto pode significar que seu foco de planejamento estará voltado à ampliação do escopo de atendimento mesmo mantendo a característica de hospital geral para varias especialidades, buscando atender às diversas necessidades dos pacientes.

O quesito *treinamento de pessoal*, que quatro hospitais apontam como sendo influência “muito forte” no desempenho do hospital é fator que contribui com a diferenciação de serviços e por si só se reveste de importância em função do efeito que provoca na qualidade da prestação de serviços pelo hospital. O treinamento traz especialização e diferenciação para a instituição e desenvolvimento profissional do empregado. O direcionamento de verbas para os programas de treinamento do

peçoal operacional é tido hoje como um investimento para a agregação de valor à instituição.

Um dos quesitos que aparece como de “forte” ou de “muito forte” influência no desempenho hospitalar para quatro dirigentes é o de *avanços na tecnologia de gestão*, onde se atrela outro quesito que é o *maior conhecimento gerencial*. No atual cenário hospitalar e também nos hospitais estudados pode-se verificar uma tendência de crescente profissionalização das atividades gerenciais o que vem trazendo, gradativamente, um aperfeiçoamento da atividade administrativa nos serviços de saúde, que se consolida a partir do oferecimento de bons programas de graduação e especialização encontrados nas universidades locais. Outro fator que colabora com o avanço e melhoria da atividade gerencial é que o setor de saúde e a administração hospitalar têm chamado a atenção de profissionais com formação administrativa geral, profissional ou acadêmica, como uma área de estudos e desenvolvimento profissional especializado. Esta condição pode representar desafios maiores e possíveis ganhos profissionais.

O balanceamento entre a *verticalização* e a *terceirização* de serviços apresenta uma uniformidade tanto de opiniões como de atitudes, ou seja, uma preferencial *verticalização* dos serviços assistenciais e experiências diversas de *terceirização* dos serviços de apoio. Os exemplos de terceirização que temos observado nos hospitais ocorrem nas áreas de Esterilização de Materiais, Lavanderia, Segurança, Limpeza Geral, Seleção de Pessoal e outras. Um dos hospitais do grupo estudado terceirizou todo o serviço de Farmácia, no qual um distribuidor avia a prescrição médica, dispensa os medicamentos aos postos de enfermagem e debita diretamente na conta hospitalar. Poucos são os exemplos de terceirização em

serviços de atenção direta ao paciente e se concentram em alguns serviços de Assistência Domiciliar, Hemoterapia, Laboratório de Análises Clínicas e alguns outros serviços de diagnóstico que não exijam grandes investimentos. Os contratos de equipes médicas com hospitais por meio de pessoas jurídicas, como por exemplo nas Unidades de Terapia Intensiva, não podem ser considerados modelos de terceirização pois os demais recursos dessas unidades são de responsabilidade financeira dos hospitais. Outro motivo pelo pequeno número de serviços terceirizados pode estar relacionado a uma baixa oferta de fornecedores de serviços especializados no setor hospitalar.

As perguntas seguintes têm o objetivo de identificar o quanto cada um dos dirigentes conta com as alianças com às outras organizações para o desenvolvimento dos projetos do hospital. Três dos que responderam ao questionário afirmam que o estabelecimento de alianças está contemplado em seu planejamento estratégico e quatro hospitais, independentemente de um plano estratégico, participam de alguma forma de aliança ou parceria. Estas respostas podem ser fruto de um entendimento heterogêneo entre os dirigentes do significado de Planejamento e Alianças Estratégicas (“O Planejamento Estratégico não prevê, até o momento, ênfase às alianças estratégicas, embora...”). Poucos hospitais divulgam os pontos relevantes de seu plano estratégico, deliberadamente ou por ausência de uma sistemática de utilização de ferramentas administrativas dessa natureza, para as atividades de curto e longo prazos. As situações de aproximação têm diversas finalidades, conforme os hospitais envolvidos, que ainda não caracteriza formação de alianças, tais como fortalecer o posicionamento dos hospitais nas negociações com as fontes pagadoras, participar em grupos de compras, discutir periodicamente problemas comuns e de

condução de projetos de qualidade para melhoria do atendimento aos paciente, entre outros (“Buscar vantagens pela agregação de valor que ocorre ao se compartilhar recursos” / “...defende interesses comuns...”).

Com a formação da aliança espera-se que parte dessas atividades sejam então parte integrante da aliança.

As respostas mostram que as prioridades e objetivos estratégicos desses hospitais, para os próximos anos, são: para três a especialização de serviços e para os outros três, respectivamente, a expansão de mercado e serviços, a manutenção da posição de mercado e o desenvolvimento de projetos de qualidade para a melhoria da assistência. Os hospitais se dividem em gerais e especializados. Os gerais são aqueles no qual não existe o predomínio de uma especialidade médica em relação às demais existentes e que seus recursos sejam divididos para clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria. Os especializados são os que se dedicam a determinada área da medicina, realizando procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação das patologias relacionadas à aquela especialidade médica, portanto, a especialização pode ser entendida como uma vocação hospitalar para a qual ocorre uma concentração de recursos e investimentos com o objetivo de diferenciar o hospital em uma determinada área de atenção à saúde. Os hospitais estudados são gerais, o que significa que aqueles cujos objetivos estratégicos incluem a especialização citada, deverá ser alterado o atual perfil de atendimento, o que implica em mudanças substanciais, principalmente na estruturação e qualificação do corpo clínico e o cumprimento desses objetivos pode não deverão depender da formação de alianças para alcançá-los (“...desenvolvimento de nichos de atuação...”).

Os demais objetivos explicitados, como a expansão de mercado e serviços, a manutenção de posição de mercado e realização de projetos de qualidade são passíveis de serem estabelecidos dentro da conformação de alianças e inclusive serem a própria finalidade de sua formação. A expansão de mercado e o aumento da gama de serviços podem ser estabelecidos na forma de uma rede de pontos de atendimento das instituições participantes da aliança (“... do momento é manter o mercado conquistado...”). Quanto aos programas de qualidade, é possível desenvolvê-los, baseando-se em modelos existentes para a rede de serviços de uma mesma instituição, estabelecendo-se as adaptações necessárias. Dois hospitais consideram que as alianças podem facilitar o alcance desses objetivos e prioridades, dois entendem que o alcance desses objetivos estratégicos não está vinculado ao estabelecimento de alianças. A identificação de áreas vinculadas a uma instituição em que alguns de seus recursos ou serviços são compartilhados com outra instituição estabelece uma situação que, por um lado preserva a individualidade da instituição e, por outro cria uma interdependência e inter-relacionamento entre as instituições, condição característica da formação de alianças estratégicas.

Depreende-se das respostas dos dirigentes, que os motivos principais que os levaram à formação de alianças com outros hospitais são político-estratégicos, relacionados ao cenário externo à instituição que possibilitem atestar o posicionamento do hospital no mercado, explorando-se o pleno conhecimento deste contexto (“... troca de informações e o fortalecimento das negociações...”). A atuação conjunta deve ter como objetivos defender interesses comuns, tais como responder às ações governamentais de forma conjunta, desenvolver novos fornecedores de insumos e serviços e fortalecer a posição de mercado frente ao

processo de globalização com risco de novos concorrentes provenientes de outros países.

Esta dualidade entre objetivos e alianças reforça a condição de independência dos hospitais, ou seja, nem todos os objetivos podem ser alcançados por meio de alianças ou que estejam contemplados na mesma aliança. Mais ainda que o alcance de alguns objetivos pode ser dificultado ou impedido com a formação de alianças.

Os dirigentes afirmam que no caso de inclusão de novas instituições no grupo, ora representado pelos hospitais que participam do “Grupo de Compras”, os critérios que podem ser utilizados para a sua aceitação são os mesmos que aproximaram as instituições atuais e referem-se à semelhança de objetivos institucionais, ideologia social, aspectos culturais, perfil organizacional, nível de qualidade na prestação de serviços médico-assistenciais e segmento de atuação no mercado hospitalar (“... nível de qualidade adequado e semelhante”).

As semelhanças podem ser um fator de aproximação das instituições mas não o suficiente para a formação de alianças e não significa que seus objetivos sejam tratados semelhantemente ou que sejam atingidos com a formação de alianças.

As condições externas às instituições que propiciam a formação de alianças são, para três dos hospitais, as mudanças no relacionamento e crescente necessidade de negociação das condições comerciais com as fontes pagadoras, de forma a assegurar a manutenção da margem de lucro operacional. Os demais hospitais apontam o aumento da competição e da concorrência entre os serviços de saúde, fruto do processo de globalização e das pressões de mercado. Este posicionamento é o mesmo verificado com relação aos dos objetivos estratégicos e pode significar a importância que assumem as transformações por que passa o mercado hospitalar

privado, no momento, decorrente de uma maior agressividade das fontes pagadoras em interferir neste cenário com o objetivo de conseguir mais e melhores produtos a preços inferiores aos que vinham sendo praticados nos últimos anos. As condições internas situam-se em um segundo plano, relacionadas à racionalização de recursos, ao aprimoramento da gestão e ao compartilhamento das atividades de apoio.

A participação em alianças altera positivamente o nível de colaboração entre seus participantes e a competitividade do grupo de hospitais frente ao mercado. O que se verifica é que os efeitos da integração institucional e a obtenção de resultados, provenientes da atuação conjunta e do compartilhamento de encargos, são o aumento progressivo das relações e da colaboração entre os participantes dessas atividades (“Sem dúvida aumentou...”). Cria-se também maiores possibilidades de articulação para enfrentar problemas comuns e inesperados, relacionados à representação política dentro do segmento hospitalar. Quanto a uma competição interna ao grupo, três dirigentes entendem que essa aumenta, um que ela não se altera, um que diminui e um deles não respondeu à questão. Quanto a se estabelecer ou limites para o nível de colaboração, para o compartilhamento das informações empresariais e para o conhecimento interno das organizações, objetivando se evitar o aumento da competição interno no grupo, os dirigentes entendem que se deve aguardar mais tempo com atividades conjuntas, para se conhecer com mais profundidade esta questão, para então estabelecer normas de convivência mais claras e adequadas (“... não há ainda um grande amadurecimento...”).

Estas respostas evidenciam o estágio inicial de formação desta aliança, faltando um entendimento entre as instituições quanto à potencialidade da parceria estabelecida.

Este grupo deve experimentar um aprendizado constante de convivência que se iniciou no momento da seleção dos participantes para a formação da aliança e evolui em um processo que objetiva uma maturidade da própria aliança. Este ponto é mais evidente, quando da necessidade de se discutir questões financeiras relativas a cada um e de custeio dos processos compartilhados. Segundo Kanter (1994), este momento significa a evidência do crescimento institucional da aliança, que iniciou na fase de “namoro”, ou de seleção dos participantes e a fase de “arrumar a casa”, que caracteriza o processo de organização interna da aliança.

Ressaltam os dirigentes que o estabelecimento de alianças pode servir como uma forma de posicionamento conjunto dos hospitais para com as fontes pagadoras, embora não deva ser entendido como uma maneira de se impedir ou dificultar o aparecimento e a instalação de novas instituições no mercado hospitalar e de atenção à saúde.

A expectativa demonstrada pelos dirigentes quanto à reação das fontes pagadoras à formação de alianças é tida por dois hospitais como sendo de fácil aceitação sem que se tenha uma reação negativa ou adversa ao grupo. Entretanto, para os demais existe uma forte possibilidade das operadoras de planos de saúde interpretarem a formação de alianças como uma ameaça à forma de atuação atual das empresas para com os serviços de saúde. É de se imaginar o risco às relações comerciais se ocorrer uma reação conjunta das fontes pagadoras a um grupo de hospitais decorrente de uma situação isolada e negativa envolvendo um plano de saúde e um hospital, por exemplo, pela dificuldade de negociação entre um hospital e uma fonte pagadora para reajuste dos valores da tabela de preços dos serviços

hospitalares (“O fortalecimento dos hospitais através da aliança não é bem aceito pelos convênios...”).

Quanto à preferência de quais atividades realizar em conjunto, os dirigentes de quatro hospitais demonstram interesse em qualquer área ou atividade hospitalar, independentemente de se tratar de unidades com finalidades assistenciais ou de apoio. Dois outros argumentam que existe maior facilidade de implantação e de operação em atividades nas unidades de apoio e que com essas áreas as mudanças organizacionais de adaptação devem ser menores. As unidades assistenciais que mais facilmente poderiam ser operadas em conjunto são aquelas em que a área de processamento técnico não necessita estar no interior do hospital e em contato com os pacientes. Assim, cada hospital preserva sua identidade na atividade assistencial e compartilha custos e resultados financeiros das atividades de produção. São exemplos o Laboratório de Análises Clínicas, o Laboratório de Anatomia Patológica, o Banco de Sangue e a Unidade de Remoção de Pacientes. As unidades de apoio, que podem ter a sua operação realizada em conjunto são inúmeras, como Compras de Insumos Hospitalares, Aquisição de Equipamentos Médicos e prestação de serviço como os de Lavanderia, Manutenção, Segurança, Auditoria Médica e outros.

Quanto à interdependência entre os integrantes da aliança, ou seja, que cada instituição participante da aliança não consiga executar uma atividade independentemente das outras, um dos dirigentes entende esta condição pode ser um fator prejudicial à instituição. Os demais identificam que a situação de risco está especificamente no negócio a ser compartilhado e não na relação de interdependência. Para o caso de uma Lavanderia, de investimentos e operação compartilhadas pelos hospitais, o maior risco estaria no gerenciamento e operação da

unidade e não na dependência de cada hospital a esta lavanderia. Mesmo com o objetivo de se preservar as instituições desse risco, não é plausível estabelecer um limite rígido, a partir do qual, a aliança deva ser desfeita. Cada qual deve estabelecer indicadores e uma monitoração permanente dos benefícios e das perdas financeiras, operacionais ou da imagem institucional, decorrentes das atividades compartilhadas e decidir pela continuidade, diminuição ou incremento das atividades dentro de uma aliança. Dentro destas condições, é possível para uma instituição deixar de participar provisoriamente, ou por um período de tempo, das atividades em conjunto da aliança, voltando a fazê-las em situação mais favorável.

A observação do conjunto, das respostas dos dirigentes dos hospitais mostra que o entendimento para o estabelecimento de alianças, como um processo que aumente a eficácia das estratégias competitivas e benefício mútuo, ainda está no campo das oportunidades a serem avaliadas e analisadas pelo nível central de decisão dos hospitais. Mostra também que este processo de conscientização avança progressivamente e neste momento está focado em uma aproximação das instituições, na forma de se compartilhar as informações, discutir os graves problemas comuns e fortalecer uma posição uniforme de negociação externa em vários níveis (“Estamos dispostos a permanecer em uma aliança, enquanto os riscos...” / “...estamos investindo no desenvolvimento, em parceria...”).

De acordo com este entendimento, as alianças podem vir a ser o motivo pelo qual os hospitais iniciem este processo de integração avaliando, em conjunto, as necessidades internas voltadas à racionalização de recursos, a melhoria do desempenho administrativo e a redução dos custos operacionais. Na seqüência, criar e compartilhar melhores condições operacionais, aumentar a margem de lucro e o

resultado financeiro, para que haja maior competitividade e confronto de seus grandes desafios. São eles: a pressão das fontes pagadoras por menores preços; o aparecimento de novos concorrentes estrangeiros e a ação governamental, alterando a legislação dos planos de saúde e aumentando os impostos.

Não fica claro pelas respostas dos dirigentes a seguinte questão: como se trata de hospitais homogêneos, a convivência cria novas oportunidades de atividades em conjunto, mas por outro lado, essa homogeneidade pode facilitar a exposição institucional aos concorrentes e criar a possibilidade de se conhecer ou concluir sobre informações estratégicas e confidenciais.

As questões finais destinadas aos dirigentes dos hospitais referem-se à implantação do “Grupo de Compras”, focalizando a participação institucional, os objetivos e metas estabelecidos, o entendimento das facilidades, as dificuldades e conflitos relatados pelo nível operacional do “Grupo de Compras”. Como para o nível diretivo cabe ainda a avaliação do desempenho operacional e as expectativas futuras do “Grupo de Compras”, algumas questões buscam compreender este entendimento.

Quanto à formação do “Grupo de Compras”, a maioria dos dirigentes entende que se trata de um meio, ou o modelo inicial, para ver se é possível fortalecer as relações entre os hospitais e haver uma forma preliminar de se experimentar um trabalho em conjunto. Somente um dos dirigentes coloca como importante a oportunidade voltada para aperfeiçoar o processo de compras de medicamentos e materiais médico-hospitalares.

Para o ano de 1999, um único hospital explicitou a meta quantitativa de redução do custo de aquisição dos itens da curva A, em materiais e medicamentos, de

10%. Os demais colocam como objetivo do ano, a consolidação e organização do grupo em uma atividade operacional conjunta. Mesmo assim, cinco hospitais admitem um alcance parcial das metas iniciais sem, entretanto especificar estes valores. É compreensível que somente um dos hospitais tenha especificado metas para a atividade de compras conjuntas uma vez que o grupo encontra-se em uma etapa inicial de teste para a formação de alianças. A maturidade atual do grupo explica a dificuldade em se estabelecer objetivos claros e metas.

Perguntados quanto ao nível de investimento a ser destinado para atividades conjuntas pelos hospitais que participam do “Grupo de Compras”, um dos hospitais é capaz de provisionar para este fim o valor de até 2% das despesas de custeio para materiais e medicamentos, o equivalente a 0,4% da Receita Operacional. Os demais querem limitar os investimentos, em função dos benefícios trazidos pela atuação conjunta na área de compras, sem especificar valores ou percentuais e a distribuição desse investimento.

Os dirigentes desconhecem a existência de conflitos interpessoais que possam ter ocorrido na operação do grupo. As poucas dificuldades referem-se às diferenças de padronização de um hospital para outro e a desconfiança inicial quanto à troca de informações financeiras da área de compras, que foram gradativamente superadas sem necessidade de intervenção por parte da coordenação do grupo. Convém lembrar que a troca de informações financeiras referentes às compras situa-se em um patamar de controle interno de menor relevância.

O desempenho e os resultados a serem obtidos com o “Grupo de Compras” podem estabelecer: a melhoria ou implementação do grupo atual; o interesse dos dirigentes em promover a consolidação e continuidade do “Grupo de Compras”

mesmo que se faça necessário algum tipo de investimento para o suporte operacional; formação de novas e futuras iniciativas de ajuda, participação e integração.

5.8. Comparação com a Literatura

A sequência de eventos relacionados com o comportamento de alianças propostos por GULATI (1998), que são a escolha apropriada do parceiro, e da estrutura da aliança, a dinâmica evolutiva e os relacionamentos desenvolvidos foram aqui observados na formulação do “Grupo de Compras”. Inicialmente, foi feito um processo de seleção e escolha dos integrantes deste grupo, que extrapolava o grupo original da alta direção das instituições. Para operacionalização do grupo, foi decidido utilizar a estrutura de um dos hospitais como núcleo executor das questões administrativas e como local para as reuniões do grupo. A partir de então, ocorreram as discussões do processo de escolha dos itens a serem adquiridos, a apresentação do grupo aos fornecedores e efetivadas as compras. Ao longo da evolução das compras um dos resultados mais significativos foi o estreitamento, em graus variados, das relações interpessoais entre os representantes dos hospitais o que facilitou a aproximação das instituições.

A colaboração e a criação conjuntas de valores relacionados às alianças, conforme KANTER (1994), podem ser melhor explicadas pelos oito principais fatores de sucesso (8 Is) (ZUCKERMAN et al. 1995), quando aplicados ao presente caso. A *Excelência Individual* foi respeitada na questão das compras e a possibilidade futura de relacionamento entre os diretores clínicos para elaboração de

protocolos comuns, aparentemente transfere de uns para os demais componentes da aliança essa excelência tecnológica do conhecimento da atenção médico-hospitalar, o que não deve se confirmar, pois é dependente de outros fatores e não da obediência a protocolos comuns. A *Importância*, dada pela relevância dos propósitos que motivam a participação, está aqui demonstrada pela redução de custos de aquisição dos insumos, preocupação das mais relevantes para estes hospitais, principalmente na atual conjuntura de relacionamento com as fontes pagadoras e da forte competição na área da saúde. A impossibilidade de alcançar sozinho os objetivos pretendidos – a *Interdependência* – é evidenciada pelas vantagens obtidas nas compras em escala. *Investimento* – até o momento não tem maior significado, pelas características do projeto de testar a viabilidade da idéia. Mais à frente, a possibilidade de aquisições em conjunto de equipamentos médicos, com diminuição dos preços de venda, esse fator poderá ser demonstrado. Esta questão independe de que o avanço de incorporação de tecnologia nos serviços de saúde está relacionado a custos crescentes, diferentemente em outros setores da economia. A troca de *Informação* é inerente ao próprio funcionamento do “Grupo de Compras” – padronização, preços, fornecedores, dados técnicos. A *Integração*, no caso estudado, iniciou-se nos níveis hierárquicos superiores com a decisão de se formar, ao nível operacional, um grupo de compras em conjunto. A *Institucionalização* da aliança está identificada, mesmo enquanto só se refira às compras, ao garantir um meio formal para o relacionamento, com a definição do processo decisório e das responsabilidades dos participantes. A *Integridade*, isto é, a ética que garante a confiança mútua está na dependência nas relações pessoais dos dirigentes destas instituições, até que se institucionalize a aliança propriamente dita. (ZUCKERMAN et al. 1995).

Dentre os propósitos mais comuns que a literatura indica para as alianças pode-se considerar que parte deles foi alcançada por meio do “Grupo de Compras”: proteção e fortalecimento da posição competitiva do grupo em relação aos fornecedores; promoção de economia de escala através da compra conjunta; contenção dos custos pela obtenção de menores preços. Outros propósitos dependem do desenvolvimento efetivo da aliança: atração e retenção de recursos humanos e financeiros; provimento de serviços de consultoria e administração; desenvolvimento de novas fontes de rendimento e facilitação do acesso ao capital (DULL et al. 1995; KANTER, 1994; KUMAR, 1996).

Quanto à formulação dada por KANTER (1994) aos tipos de aliança, temos que o “Grupo de Compras” pode ser considerado um exemplo das alianças denominadas “lateral” ou “de serviço”, onde organizações similares, com necessidades equivalentes ou semelhantes, juntam-se para alcançar benefícios como a economia de escala, a obtenção e captação de recursos escassos e aumento do poder coletivo.

O segundo tipo denominado “integrativo” ou “integrador”, onde as organizações agrupam-se por amplos objetivos para colocar posições estratégicas e de mercado e conseguir vantagens competitivas poderá estar caracterizado para o mesmo grupo de hospitais, uma vez alcançados os objetivos da aliança em sua concepção plena inicial.

Segundo ZUCKERMAN et al. (1995), os resultados esperados pela formação de alianças são alavancar as vantagens competitivas, nivelar as capacidades críticas, incrementar o fluxo de inovação e melhorar a flexibilidade de respostas ao mercado e às mudanças tecnológicas. Esses resultados são decorrentes da somatória de forças e

capacidades complementares em áreas de produção, *marketing*, distribuição e tecnologia, que no caso estudado não podem ser identificados enquanto a formação de um grupo de compras em conjunto, anteriormente à formulação de uma nova concepção para a relação entre os hospitais.

O mesmo se pode dizer quanto aos benefícios esperados com desenvolvimento de oportunidades e adaptação a novas competências; o ganho de recursos; o compartilhamento de riscos; a partilha de custos de produção e o desenvolvimento tecnológico; a obtenção de influência, o acesso e domínio de novos mercados; o aumento da habilidade de gerenciar a incerteza e resolver problemas complexos; o ganho de suporte e sinergia mútuas; a resposta rápida às demandas de mercado e oportunidades tecnológicas; a obtenção da aceitação de governos estrangeiros e o fortalecimento da posição competitiva.

Os custos intangíveis, ou desvantagens, não estão claramente identificados neste caso, quanto à perda de superioridade técnica, autonomia e controle, recursos, estabilidade e segurança; o compartilhamento de custos de falhas; a experimentação de conflitos sobre domínio, objetivos e metodologia; os atrasos em soluções de problemas em razão da necessidade de coordenação e a regulamentação de ações governamentais. Da mesma forma outras críticas que consideram que os grupos não possuem grande influência como elemento regulador do volume e da forma como os materiais são consumidos pelos hospitais, na redução do número de fornecedores, no desenvolvimento de indicadores que os avalie e monitore e na padronização dos insumos nos hospitais (CHAPMAN et al. 1998). Entendemos que os motivos que não permitem uma função com estas características para o “Grupo de Compras” são a própria característica da formação isolada deste grupo, de sua fase inicial de

operação sem a necessária maturidade para tal papel e a fase de formação da aliança entre estes hospitais.

5.9. Novas Perspectivas

Alianças Estratégicas podem vir a ser uma etapa intermediária de desenvolvimento do modelo organizacional. Uma possível conformação organizacional é o modelo da fusão. Neste caso, duas ou mais organizações aproximam-se com o objetivo de se tornarem uma única, na maioria das vezes sob estímulo de ameaças externas. O desenvolvimento de uma cultura organizacional a partir de duas outras precedentes não é tarefa fácil. A opção pela fusão, baseada na necessidade de solução de problemas, é uma decisão delicada. A possibilidade de sucesso desta nova configuração é tanto maior quanto mais compartilhadas as estratégias de implementação do novo modelo. Uma outra forma de flexibilidade organizacional, caracterizada por conexões entre as empresas é o modelo de redes. Muitas vezes empresas pequenas associadas a grandes empresas estabelecem relações em redes, encontrando nichos de mercado e empreendimentos cooperativos. Nesta estratégia as empresas estabelecem relações entre mercados e troca de informações entre todos os seus componentes. O investimento é destinado a um conjunto de relações entre empresas em diferentes ambientes institucionais. A unidade organizacional passa a ser o projeto empresarial proporcionado pela rede e não mais pelas empresas individuais.

Gerir com eficácia neste novo cenário, exige com certeza, sistemas e qualificações gerenciais inovadoras e competentes e, no caso de compras em

conjunto, os tempos atuais reservam uma crescente abrangência para a sua atuação nos meios eletrônicos de comunicação, especialmente a Internet, criando redes potentes de comercialização entre compradores e fornecedores, distribuidores, representantes e todos os demais integrantes da cadeia de suprimentos. O “Grupo de Compras” estudado prepara-se para esta participação. Esta competência, se compartilhada, pode levar as alianças a desenvolver atividades conjuntas no campo da virtualidade.

As tendências observadas em outras áreas do setor produtivo são, tradicionalmente, assimiladas na área da saúde com certo atraso. Ultimamente, a intensificação do intercâmbio de informações entre os serviços de saúde e as empresas, vem alterando este contexto. Exemplo disto é o interesse crescente que o mercado de saúde tem despertado junto a profissionais especializados, originados de outras realidades. Além disso, os profissionais da saúde estão buscando conhecimento e capacitação em áreas como administração, economia, informática, *marketing*, entre outras.

Pode ser questionada a possibilidade do “Grupo de Compras” se tornar uma oportunidade concreta de apropriação do valor criado para o cliente, como resultado de uma “rentabilidade transferida” que aumenta a competitividade. De fato, independentemente do potencial do “Grupo de Compras”, poder-se-ia dizer que cabe a cada hospital, individualmente, decidir se lhe interessa repassar as vantagens obtidas aos seus clientes. Porém, com a atuação coletiva, os hospitais podem ser compelidos a atuar como grupo, reduzindo sua margem de manobra.

6. CONCLUSÕES

Existe uma tendência em formar alianças em diversos segmentos empresariais, em várias partes do mundo envolvendo uma ampla gama de funções e atividades. Ademais, com frequência, são denominadas estratégicas, pois constituem uma resposta aos principais, ou aos mais recentes desafios que esses parceiros enfrentam .

Entre esses desafios, ou ameaças, está a emergência de uma intensa concorrência global que torna menos eficazes as estratégias simples, individuais e voltadas a um único objetivo. As empresas que estão caminhando para este modelo de cooperação, na busca de seus propósitos estratégicos, não configuram apenas novas formas organizacionais de operação, mas fontes de obtenção de rapidez e flexibilidade para responder às imposições do ambiente externo.

Com o objetivo de caracterizar as relações entre o ambiente e as organizações, a análise das características dos oito hospitais estudados mostra semelhanças entre eles, quanto ao posicionamento no mercado que se inserem, especificamente o de planos de saúde, de relacionamento com o corpo clínico com predominância de sistemas mistos de relação médicos hospital. Observa-se também diferenças, quanto à complexidade dos serviços ofertados, volume de prestação de serviços, insumos financeiros e estrutura gerencial e de direção.

O estudo mostra que estas semelhanças foram fundamentais para a aproximação institucional. Por exemplo, desde a emergência da nova legislação normatizando relações entre hospitais e operadoras, observou-se um posicionamento conjunto das organizações hospitalares, para com essa evolução da organização e do comportamento dos planos de saúde. As diferenças apresentadas são devidas a aspectos operacionais e financeiros identificados nos dados de produção de atendimento a pacientes internados e a pacientes externos, e não se tornaram barreiras ou fator restritivo à formação do “Grupo de Compras” ou da aliança.

A mudança no discurso e no comportamento atual dos hospitais é uma evidência de sua busca por alternativas para fazer frente a tais ameaças, para isto, consideram a possibilidade de trabalho em conjunto, que pode estar relacionada a obter condições objetivas para suprir deficiências técnicas ou para desenvolver novas competências para o futuro.

Os gerentes e diretores dos hospitais estudados demonstram uma compreensão adequada da aproximação de um cenário incerto, temem pelo futuro e identificam alguns fatores responsáveis por uma possível situação de adversidade:

início da competitividade no mercado de saúde brasileiro;

diversificação das formas de assistência médico-hospitalar no Brasil;

necessidade de eficiência gerencial;

aumento da exigência por parte da clientela;

entrada de novos concorrentes provenientes do exterior (Estados Unidos e América Latina).

Outra linha de atuação sinérgica é a de fortalecer a capacidade competitiva através da cooptação de parceiros, como no caso do “Grupo de Compras”.

Quanto aos tipos de aliança, o grupo estudado, enquadra-se no grupo das alianças laterais ou de serviço, cuja a característica principal é o maior poder de barganha dos seus integrantes com o meio externo e a conseqüente redução de custos, podendo ocorrer uma tendência de utilizar as alianças para criar intrincadas relações comerciais entre hospitais e empresas do setor de atendimento à saúde. Seria a redução de custos proporcionada pelas compras em conjunto uma estratégia estabelecida pelas fontes pagadoras?

A redução de custos, como observado, não foi significativa, embora possa vir a ser. Entretanto, outras evidências são resultados da atividade conjunta:

- a troca de informações técnicas, operacionais e administrativas com conseqüentes processos de melhoria institucional;

- a possibilidade de expansão, ou seja, de crescimento da atuação do “Grupo de Compras”;

- a possibilidade de outras atividades conjuntas entre os hospitais.

Um ponto importante para o melhor conhecimento das conseqüências desta experiência de um “Grupo de Compras” é o acompanhamento da evolução deste grupo nos próximos anos e o desenvolvimento das ações, no sentido do estabelecimento definitivo, ou não, de uma aliança entre os hospitais estudados.

Neste momento, isto não pode ser concretizado em decorrência do fato do processo ainda estar em evolução.

Entretanto, o entendimento da condição de aliança estratégica não é homogêneo entre os entrevistados das instâncias decisórias superiores. Às vezes, está relacionado exclusivamente à realização conjunta de atividades das áreas de apoio operacional e administrativo, que não identificam o envolvimento institucional. Outras vezes, está fundamentado na troca de informações de caráter financeiro e operacional. Esta heterogeneidade pode se dever tanto à intenção de compromisso quanto à percepção das intenções globais.

Para atribuir a condição de “estratégia” à aliança, as atividades conjuntas têm que contribuir para as áreas cruciais da vida da empresa que dependem do envolvimento de níveis superiores de decisão. No presente caso, identifica-se a participação dos empresários e diretores eleitos das sociedades mantenedoras no processo de decisão para a formação da aliança, e na execução de uma atividade conjunta relacionada às questões fiscais dos hospitais.

A aliança estudada atende à definição das condições de posicionamento estratégico, pois todos os hospitais continuam como organizações independentes e não existe evidência de necessidade de alteração desta condição, no âmbito de cada um deles. Além disso, eles começam a perceber a obtenção de vantagens financeiras e de mercado com as atividades conjuntas e se interessam pelo acompanhamento dos resultados, independentemente do volume financeiro envolvido. Também se verifica

que eles contribuem com o intercâmbio de informações estratégicas sobre o relacionamento com seus fornecedores mais importantes e dos mecanismos de padronização.

A consolidação e a continuidade das alianças podem ser estrategicamente alcançadas pela utilização de uma ou de várias atividades operacionais conjuntas, cuja premissa fundamental é a característica habitual e rotineira dessas atividades. Esta característica confere à atividade conjunta uma condição de independência em relação aos níveis superiores da organização que sustentam a aliança.

Finalmente, é possível entender que o estabelecimento desta aliança estratégica encontra-se ainda em formação mas, progressivamente, pode ocorrer uma franca evolução desse processo, pois outras iniciativas de atividades conjuntas despertam interesse e já estão sendo estudados, respeitando-se o limite das áreas de apoio.

A iniciativa da realização de compras em conjunto por meio de um grupo organizado e formado pelos Gerentes de Suprimentos dos hospitais como ponto de partida, experiência ou teste para a formação de uma aliança entre estes hospitais é, sem dúvida, um instrumento eficaz. Isto fica claro para os hospitais representados no “Grupo de Compras” e, simultaneamente, no nível diretivo. Para os que apenas fazem parte do “Grupo de Compras”, trata-se no máximo de atividades conjuntas com bom resultado, sob o ponto de vista de custos. O envolvimento de níveis

distintos da estrutura organizacional é um fator crítico para a caracterização da aliança.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Análise Setorial do Sistema Hospitalar. **Panorama Setorial da Gazeta Mercantil** 1998. v.1-4.

Arruda MC, Arruda ML. Alianças estratégicas internacionais: Formação e estruturação em indústria manufatureiras. **Rev. Admin Empresas**, São Paulo 1997; 37(4):28-37.

[ABRASPE] Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas. Pesquisa do Perfil das Empresas de Autogestão/ABRASPE. São Paulo, ABRASPE, 1997.

Bazzoli GJ et al. A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. **Health Serv. Res.**, Feb 1999.

Blair JD, Buessler J. Competitive Forces in Medical Group Industry: A Stakeholder perspective. **Health Care Management Rev.** 1998; 23(2):7-27.

Boyer Jr J. The basics of High-Performance Supplier Certification. **Hosp. Mat. Management Q.**, ASPICS 1999; 20(3):4-11.

Brandt RA. Visão sobre o sistema de saúde no Brasil. Apresentada na Mesa Redonda **A Saúde no Brasil**; 1998; São Paulo, Brasil.

Brown M. Mergers, networking, and vertical integration: Managed Care and investor-onwed hospitals. **Health Care Management Rev.** 1996; 21(1):29-37.

Campomar MC. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração. **Revista de Administração** 1991; 26(3): 95-97.

Cardwell R, Bolon D. Strategic alliances and hospitals: a US perspective. **J. Management Med.** 1996; 10(2)

Chapman T L, Gupta A, Mango PD. Group purchasing is not a panacea for US hospitals. **McKinsey Q**. 1998; (1).

[CIEFAS] Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde. **A História da Auto Gestão em Saúde no Brasil**, São Paulo, 2000.

Cohn A, Elias PEM. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/Cedec, 1996.

Colonna J, Garvin, M. How saving money can help save lives. **Hosp. Mat. Management Q**. 1997; 22(11):14, 18.

Davis GB, Parker CA. **Writing the doctoral dissertation**: a systematic approach. 2. ed. New York: Barron's Educational Series, 1997. 154p.

Dull SF, Mohn WA, Norén T. Partner. **McKinsey Q** 1995; (4).

Frankel R, Whipple JS, Frayer DJ. Formal versus informal contract: achieving alliances success. **Int J Phys Distrib Logist Management** 1996; 26(3):.

Gillies RR, Shortell SM, Young GJ. Best practice in managing organized delivery systems. **Hosp Health Serv Admin**. 1997; Fall.

Goveia WA. **Materials management**. In: Taylor RJ, Taylor SB. The AUPHA manual of health services management. Maryland: ASPEN, 1994. Cap. 20, p. 386-400.

Greisler DS, Summer CA. "Hospital Materials Management: Potential For Improvement", EUA. **J Purchasing Mat Management** 1985; (Spring):21.

Gulati R. Alliances and Networks. **Strategic Management J** 1998; 19:293-317.

Hamel G, Doz YL, Prahalad CK. Collaborate with your Competitors - and Win. **Harvard Business Rev** 1989; Jan.-Febr.

Hamel G, Prahalad CK. **Competindo pelo futuro** : estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados do amanhã. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

Hamel G. Strategy as revolution. **Harvard Business Rev**, Jul.-Aug.

Holdind pattern. **Modern Healthcare** 1998; :26 May.

Kanter RM. Collaborative advantage: the art of alliances. **Harvard Business Rev** 1994; Jul.-Aug.

Kowalski J. CEOs and CFOs Express concern about material management. **Healthcare Financial Management** 1998; 56-60 May.

Kumar N. The power of trust in manufacturer-retailer relationships. **Harvard Business Rev** 1996; Nov.-Dec.

Laville C, Dionne J. **A Construção do Saber**. Trad. de LM Siman. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999.

Leenders MR, Fearon H. **Purchasing and supply management**. 11 ed. Chicago: Irwin, 1997. p.683.

Levcovitz E. **Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS - um estudo sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde 1974/1996**. Rio de Janeiro; 1997. [Tese de doutorado - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

Machline C, Amaral Junior JB. Avanços logísticos no varejo nacional: o caso das redes de farmácias. **Rev Admin Empresas** 1998; 38(4).

Mays N, Pope C. **Qualitative Research in Health Care**. London: BMJ Publishing Group; 1996.

Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. **BMJ** 2000; 320:50-2.

Meyer J. Using qualitative methods in health related action research. **BMJ** 2000; 320:178-81.

Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**. Brasília/DF: 1997.

Minayo MCS (org.) **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993.

Ohmae K. The Global Logic of Strategic Alliances. **Harvard Business R** 1989; March-Apr.

Pettigrew AM. The character and significance of strategy process researches. England: **Strategy Management J** 1992; 13:10.

Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. **BMJ** 2000; 320:114-6.

Porter ME. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. 9.ed. Rio de Janeiro: Ed. Campus; 1990.

Porter ME. What is strategy? Boston: **Harvard Business R** 1996; 61-78.

Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FM-USP) e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas (EAE-SP/FGV). Indicadores PROAHSA. São Paulo: São Paulo, Edições de abril de 1997 a setembro/outubro de 1998.

Service quality are as important as price. **Hosp Mat Management Q** ASPICS 1999; 20(3):2-11.

Slack N. **Administração da produção**. São Paulo: Atlas, 1997.

Strong JW. Effective alliance-hospital partnering: Beyond price. **Hosp Mat Management Q** 1995; Febr.

Todd W.E, Nash D. **Disease Management A Systems Approach to Improving Patient Outcomes**. American Hospital Publishing Inc; 1997.

Urbano J, Bentes M. Definição da produção do hospital: os grupos de diagnósticos homogêneos. **Rev Port Saúde Pública** 1990; 8(1), jan/mar.

Vecina Neto G, Reinhardt Filho W. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. 12v.

Wentz WJ. **Materials management**. In: Taylor RJ, Taylor SB. The AUPHA manual of Health Services Management. Maryland: ASPEN; 1994. Cap. 19, p.361-84.

Whitman MA. Capitatedly agreements not for everyone. **Hosp Mat Management Q** 1997; 22(2):18-9.

Yin RK. **Case Study Research: design and methods**. EUA: Sage Publication; 1990.

Yin RK. Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research. **Health Services Research** 1999; 34:5(1209-24).

Zenz GJ. **Purchasing and the management materials**. 7th.ed. New York: John Wiley and Sons; 1994.

Zuckerman HS, Kaluzny AD, Ricketts III TC. Alliances in healthcare: What we know, what we think know, and what we should know. **Health Care Manage Rev** 1995; 20(1):54-64.

Zuckerman HS, D'Aunno TA. Hospital alliances: Cooperative strategy in a competitive environment. **Health Care Manage Rev** 1990; 15(2):21-30.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Bowersox DJ. The Strategic Benefits of Logistics Alliance. **Harvard Business Rev** 1990; Jul-Aug.

Campbell DO. Doing more with less: smart stockroom management equals great service. **Hosp Mat Management Q** 1998; 53-60, Nov.

Castells M. **A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura** 3ª edição. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1999. v.1.

Dejohn P. GPOs rushing to web faster than hospitals can get on line. **Hosp Mat Management Q** 1999; 24(1):1-9.

Dejohn P. Integration: It's a long road, but worth the savings. **Hosp Mat Management Q** 1998; 23(12):10-11.

From Pitcher to Backstop: the changing role of hospital.
<<http://www.hss.org/shortell.html>> [1996]

Going it together. **Modern Healthcare** 1998; 35 June.

Harding ML. Design Automatic Resupply Systems. **Hosp Mat Management Q** 1999; 37-41 Febr.

Harding ML. Designing Automatic Resupply Systems. **Hosp Mat Management Q** 1999; 20(3):37-41.

Hegenberg L. **Etapas da investigação científica**: leis, teorias, métodos. São Paulo: EDUSP; 1975. 2v.

Horton V. An exploration of strategic collaboration in the Triad. **Eur Business Rev** 1998; 98.

Louie C. Acquiring capital equipment through shared-risk agreements. **Healthcare Financial Management** 1998; 68-70, Nov.

Marino AP, Edwards DJ, Smith J. Give logistics its own place in the price equation. **Hosp Mat Management Q** 1999; 24(5):10-11.

Maxwell JA. **Qualitative research design**: an interactive approach. London: SAGE; 1996.

O doutor agora fala inglês. **Revista. Exame** 1998; jan 24.

Porter ME. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise da indústria e da concorrência. 8^a ed. Rio de Janeiro: Ed. Campus; 1991.

Premier gets tough. **Modern Healthcare** 1997; :3: June 16.

Santos AM, Maçada ACG. Métodos de gestão da produção aplicados a área de serviços hospitalares. <<http://www.produto.ufrj.br/abepro/enegep96/10/A100019.html>>.

Smith J. Let suppliers help plan purchase needs. **Hosp Mat Management Q** 1999; 24(1):12-13.

Tecnologia cria hospital do futuro. <<http://www.seal.com.br/midia/midia4.html>>.

The deciding vote. **Modern Health Care** 1997; :42, Nov. 24.

Thill M. Supply Chain Automation: From Patient to Producer. <<http://www.medicaldistribution.com/Repertoire/pastissues/marth>>.

Whitson D. **Applying just-in-time systems in health care**. IIE Solutions. Norcross 1997; 2(8):32-7, Aug.

ANEXOS FORMAÇÃO DA ALIANÇA ESTRATÉGICA E DO “GRUPO DE COMPRAS” **A1**

ANEXO 1 – Questionário aplicado aos Dirigentes e Gerentes dos Hospitais participantes do “Grupo de Compras”	A1
ANEXO 2 – Caracterização do Hospitais	A7
ANEXO 3 – Central de Compras e Distribuidora de Materiais e Medicamentos Estudo comparativo entre Central de Compras em conjunto e empresa distribuidora de materiais e medicamentos	A20
ANEXO 4 – Primeira Compra em conjunto – itens adquiridos por hospital	A25
ANEXO 5 – Segunda Compra em conjunto – itens adquiridos por hospital	A26
ANEXO 6 – Gerenciamento de Suprimentos Hospitalares Respostas dos Gerentes de Suprimentos aos questionário aplicado aos hospitais integrantes do “Grupo de Compras”	A27
ANEXO 7 – Utilização e resultados do “Grupo de Compras” Respostas dos Gerentes de Suprimentos ao questionário aplicados aos hospitais integrantes do “Grupo de Compras”	A33
ANEXO 8 – Posicionamento e entendimento do nível diretivo às Alianças Estratégicas Respostas do questionário aplicado aos Dirigentes dos hospitais integrantes do “Grupo de Compras”	A44

ANEXO 1 – Questionário aplicado aos Dirigentes e Gerentes dos Hospitais participantes do “Grupo de Compras”

QUESTIONÁRIO AOS HOSPITAIS PARTICIPANTES DO GRUPO DE COMPRAS

Este questionário deverá ser respondido por escrito, em separado pelo nível Executivo e pela Gerência de Suprimentos. Em seguida haverá uma entrevista de ambos com a Sra. Gisele Ribeiro que recolherá o questionário e as respostas, sendo que, outras informações necessárias serão complementadas nesta entrevista. As entrevistas serão agendadas na próxima semana.

O questionário conta com três partes:

O Capítulo Primeiro caracteriza a instituição e aborda os dados relativos à aquisição de materiais e medicamentos.

O Capítulo Segundo trata das questões estratégicas do Hospital, com relação ao mercado, demais hospitais, fontes pagadoras e do posicionamento do Hospital frente a possibilidade de formação de alianças. Deve portanto, ser respondido pelo nível Executivo ou de Superintendente da instituição.

O Capítulo Terceiro trata do gerenciamento de suprimentos e da operação do Grupo de Compras e deve ser respondido pela Gerência de Suprimentos

O Capítulo Quarto trata dos resultados obtidos com o Grupo de Compras e deve ser respondido pela Gerência de Suprimentos com o acompanhamento do nível executivo.

As entrevistas deverão ser agendadas com aqueles que efetivamente responderam ao questionário.

Obrigado

Capítulo Primeiro - Caracterização da Instituição

Filosofia e Missão da Instituição

Visão de futuro – próximos 10 anos

Características Físicas e Operacionais:

Leitos e divisão

Serviços Médico-assistenciais

Média/mês de Pacientes-dia em 1998 e no 1ºS99

Média/mês de Internações em 1998 e no 1ºS99

Média/mês de Cirurgias e Partos em 1998 e no 1ºS99

Média/mês de Atendimentos Ambulatoriais e Emergências em 1998 e no 1ºS99

Serviços de Apoio Clínico existentes

Média/mês de exames/serviço de diagnóstico para pac. internos e externos em 1998 e no 1ºS99

Média/mês do Quadro de Funcionários e Folha de Pagamento com encargos sociais, em 1998 e no 1ºS99, de:

- Médicos cadastrados no Corpo Clínico
- Médicos funcionários equalizados a 20 hs/semanais
- Enfermagem equalizado a 40 hs/semanais
- Outros profissionais da área da saúde com nível superior equalizados a 40 hs/semanais

Média/mês da Receita Operacional em 1998 e no 1ºS99

Média/mês do Resultado Financeiro Operacional Líquido em 1998 e no 1ºS99

Principais Investimentos em Obras, Equipamentos, Tecnologia de Informação e os valores em 1998 e no 1ºS99

Elaborar uma planilha com a Média Mensal do ano de 1998 e 1ºS99 das Despesas em Aquisição de: Medicamentos, Oxigênio, Material médico-hospitalar utilizados na assistência aos pacientes, Gêneros alimentícios, Material de Manutenção Geral e de Equipamentos, Material de Escritório, Material em geral.

Capítulo Segundo – O Hospital e as Alianças Estratégicas

Qual a posição do Hospital no mercado dos hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, na região metropolitana de São Paulo?

Qual o grau de Influência Populacional do Hospital, ou seja, qual a população de abrangência? Qual a população que pode ter acesso ao Hospital?

Quais as principais Fontes Pagadoras para o Hospital e o grau de interdependência para com elas, nos últimos três anos? Qual a participação das três maiores na Receita Operacional Total?

O Planejamento Estratégico do Hospital prevê o estabelecimento de alianças?

O Hospital participa de alguma outra aliança?

Quais os motivos principais para a formação de alianças com outros hospitais?

Quais os critérios que o Hospital se utiliza para escolha e aceitação de outras instituições para se estabelecer uma aliança?

Quais as condições atuais no cenário interno e externo ao Hospital que propiciam a formação de alianças?

O fato de participar de alianças pode alterar a competitividade do Hospital? Como?

A participação em alianças deve aumentar ou diminuir a competição entre os Hospitais que participam da aliança?

A participação em alianças aumenta o grau de colaboração entre os hospitais?

A existência de alianças entre hospitais pode dificultar ou favorecer o aparecimento de novas instituições hospitalares no mercado médico-hospitalar? Dificultar significa que a aliança é uma barreira à entrada de novas instituições nesse mercado.

Qual a sua expectativa quanto a reação das Fontes Pagadoras à formação de uma aliança entre os hospitais?

A preferência de atividades em aliança com outros hospitais deve ser para as assistenciais, como transporte de pacientes graves, laboratórios e banco de sangue ou em atividades de apoio, como lavanderia, manutenção etc.? Vale dizer, o objetivo do Hospital com as alianças está focado em ampliar o mercado, novos produtos, novos clientes e consequentemente aumento de receita ou em compartilhar serviços, racionalizar recursos e consequentemente diminuir despesas?

Existe risco para o Hospital ao ocorrer uma interdependência entre as instituições participantes de uma aliança? Qual o limite de risco estabelecido pelo Hospital para continuar na aliança?

Quais os motivos que levaram o Hospital a decidir pela participação no Grupo de Compras?

O Grupo de Compras representa um compromisso do Hospital, com os demais participantes do Grupo de Compras, para se estabelecer outras iniciativas em conjunto?

Quais os objetivos e metas planejados para o Grupo de Compras para o ano de 1999? Estão sendo atingidos? Existe uma proposta a ser cumprida a longo prazo?

Qual o nível de investimento que o Hospital está disposto a fazer para incentivar, ou intensificar, as atividades em conjunto com os hospitais que fazem parte do Grupo de Compras? Qual a porcentagem da Receita Operacional que poderia ser destinada para este fim. Comente a questão quanto a áreas prioritárias e estratégicas para o Hospital.

Quais as facilidades e dificuldades de relacionamento com os demais participantes do Grupo de Compras? Quais os conflitos ocorridos? Como foram solucionados?

Qual a sua avaliação final quanto à participação do Hospital no Grupo de Compras?

Qual a intensidade com que cada um dos fatores abaixo poderá influenciar o desempenho do Hospital nos próximos anos? A saber: a) novos concorrentes; b) ambiente econômico externo; c) avanços da tecnologia médica; d) avanços da tecnologia de gestão; e) aumento dos custos operacionais; f) maior conhecimento gerencial; g) treinamento de pessoal; h) diferenciação de serviços; i) ampliação de mercado e serviços; j) produção de serviços médicos em escala; k) verticalização de serviços; l) terceirização de serviços;

Quais as prioridades e objetivos do hospital para os próximos anos, como por exemplo, a conquista de novos mercados ou avanço tecnológico? Estes objetivos podem ser mais facilmente alcançados se desenvolvidos por meio de alianças?

A participação em alianças aumenta o grau de colaboração entre os hospitais?

Está claro qual o limite entre a colaboração e a competição entre os hospitais ao participar de uma aliança? Qual a forma de desenvolver estes limites?

Quais os limites de risco, quanto à perdas financeiras, operacionais ou de imagem institucional estabelecido pelo Hospital para permanecer em uma aliança?

Capítulo Terceiro – Gerenciamento de Suprimentos e Operacionalização do Grupo de Compras

Qual é o sistema de Gerenciamento de Estoques e de Compras no Hospital? Qual o valor do Estoque Total e de seus diversos segmentos, o Custo de Monitorização do Estoque, o Giro do Estoque?

Qual a influência do Corpo Clínico sobre a utilização de materiais e medicamentos no Hospital?

Existe padronização de materiais e de medicamentos em utilização no hospital? São utilizados genéricos?

Como é o relacionamento com os fornecedores habituais?

Qual a reação destes fornecedores à formação do Grupo de Compras?

Qual a estrutura operacional desenvolvida no seu hospital para o funcionamento do Grupo de Compras?

O Sistema de Informações do Hospital ajuda ou dificulta o processo do Grupo de Compras no seu Hospital?

Os meios de racionalização e padronização de materiais e medicamentos utilizados pelos Hospitais auxiliam o processo de seleção de itens e o processo de compras? É possível ter-se uma padronização para todos os componentes da aliança? Depende de quê? Existe algum objetivo neste sentido?

Quais são as possibilidades de outras atividades podem ser realizadas pelo Grupo de Compras? Quais são os mecanismos ou providencias que devem ser tomadas para garantir a continuidade do “Grupo de Compras”?

Quais são os fatores que facilitam e que dificultam as atividades do Grupo de Compras?

Há interferência do nível Diretivo nas decisões de compras do Grupo?

Quais as facilidades e dificuldades de relacionamento com os demais participantes do Grupo? Quais as situações de conflito mais comuns? Como podem ser solucionadas?

Quais as práticas de gerenciamento de suprimentos e compras do seu Hospital que você acha que os demais componentes do Grupo de Compras deveriam praticar?

Quais são as perspectivas de crescimento do Grupo de Compras, frente ao resultado operacional e financeiro alcançado? O resultado operacional e financeiro alcançados pelo “Grupo de Compras” permitem estabelecer uma perspectiva de crescimento?

Quantos são os fornecedores habituais (fabricantes e distribuidores) e qual a forma de relacionamento comercial?

Quais as facilidades e dificuldades internas na implantação do “Grupo de Compras”? Quais os conflitos ocorridos? Como foram solucionados?

Capítulo Quarto - Utilização do Grupo de Compras - Resultados

As expectativas do Grupo de Compras para o ano de 1999 estão sendo atingidos?

Qual o nível de colaboração entre os participantes do Grupo de Compras? Qual o clima organizacional existente entre os participantes do Grupo de Compras?

Quais os itens adquiridos pelo Hospital na primeira compra realizada pelo Grupo?

Qual o resultado financeiro obtido na primeira compra?

Quais os itens adquiridos pelo Hospital na segunda compra realizada pelo Grupo?

Qual o resultado financeiro obtido na segunda compra?.

Quais as melhorias de ordem operacional proporcionadas ao Hospital pelo processo de compras em conjunto? Quais as lições mais significativas?

Quais as melhorias de ordem técnica?

Que outras oportunidades poderiam ser desenvolvidas a partir desta experiência?

Qual a sua avaliação, até o momento, quanto à participação do Hospital no Grupo de Compras?

A participação no “Grupo de Compras” levou à alterações de conceitos, idéias ou de concepção da função compra de materiais e medicamentos?

Os resultados obtidos poderiam ter sido alcançados por meio de ações desenvolvidas internamente pelo próprio hospital?

Quais as possibilidades de outras atividades a serem realizadas pelo “Grupo de Compras”?

ANEXO 2 – Caracterização do Hospitais

HOSPITAL 1

- 1) **Filosofia:** Soluções para a qualidade de vida
- 2) **Missão :** Promover a melhoria da qualidade de vida e a satisfação das pessoas, praticando a melhor medicina, através de uma organização hospitalar auto-sustentável.
- 3) **Visão de futuro:** Ser um referencial continental, com áreas de atuação altamente diferenciadas (próximos 10 anos)
- 4) **Características físicas e operacionais**

a) Número de leitos por Unidade de Internação

TOTAL GERAL de LEITOS	254
Total de leitos hospitalares	
Leitos de UTI Neonatal	10
Leitos de UTI Adulto	13
Leitos de UTI Cirúrgica	04
Leitos de UTI Pediátrica	10
Leitos de Cl. Médico Cirúrgica	217

b) Serviços médico-assistenciais oferecidos

Hospital Geral

c) Dados expressos em médias mensais

Item	1998	1º semestre 99
Pacientes-dia	5.746	6.174
Internações	1.147	1.285
Taxa de ocupação	74.0%	86.5%
Tempo Médio de Permanência (dias)	5.01	4.80
Cirurgias	2.090	2.200
Partos	209	200
Atendimentos Ambulatorial/Emergência	1.906	2.212
SADT	-	-
Quadro de funcionários	1.067	1.114
Folha de pagamento (mil R\$)	1.196.00	1.226.00
Médicos cadastrados no Corpo Clínico	-	3000
Médicos funcionários FTE (40 horas semanais)	-	54
Enfermagem FTE	-	70
Outros profissionais FTE	-	25
Receita operacional (mil R\$)	4.636.00	5.186.00
Resultado operacional líquido (mil R\$)	567.16	790.85
Investimentos (mil R\$)**	11.811.00	2.671.00

(-) - Dados não disponíveis

- - Investimentos em Obras, Manutenção, Tecnologia de Informação e Tecnologia Médica

5) Média mensal de despesas (em R\$) com:

Item (R\$)	1998	1º semestre 99
Medicamentos	394.967,25	553.410,85
Oxigênio	14.283,25	15.521,14
Material Médico Hospitalar	397.138,66	459.667,00
Gêneros Alimentícios	115.852,75	129.544,00
Material de escritório	-	-
Manutenção	-	-
Material em geral	-	-

(-) Dados não disponíveis

6) Recompensa ou promoção aos funcionários

Participação nos resultados (distribuição de lucro) , com base em:

- 60% no resultado geral;
- 20% no resultado individual do funcionário e
- 20% no resultado do grupo a que o funcionário está ligado.

HOSPITAL 2

- 1) **Filosofia:** não informado
- 2) **Missão :** Promover a saúde através do exercício da medicina e da difusão de conhecimentos com excelência de qualidade
- 3) **Visão de futuro:** Ser um padrão de referência hospitalar em qualidade médica, científica, tecnológica e humana, bem como de geração de conhecimentos no Hemisfério Sul.
- 4) **Características físicas e operacionais**

a) Número de leitos por Unidade de Internação

TOTAL GERAL de LEITOS (com extras)	428
Total leitos operacionais	420
Leitos de berçário de normais	30
Leitos de observação UPA	10
Leitos de observação Alphaville	6
Leitos de Day Clinic	23
Triagem obstétrica	4
Total de leitos hospitalares	357
Leitos de Maternidade	30
Leitos de UTI Neonatal	12
Leitos de Berç. Cuidados Intermediários	8
Leitos de UTI Adulto	26
Leitos de SUTI Adulto	35
Leitos de UTI Pediátrica	3
Leitos de SUTI Pediátrica	3
Leitos de TMO	5
Leitos de MI	6
Leitos de Cl. Médico Cirúrgica	205
Leitos de Pediatria Assistencial	4
Leitos de Pediatria Particular	15
Leitos da Unid. Adolescentes e Adultos Jovens	5

b) Serviços médico-assistenciais oferecidos
Hospital Geral

c) *Médias mensais*

Item	1998	1º semestre 99
Pacientes-dia	8.782	9.326
Internações	2.314	2.233
Taxa de ocupação	66,9%	73,0%
Tempo Médio de Permanência (em dias)	3,80	4,16
Cirurgias – Eletivas e de Urgências	667	695
Cirurgias – Ambulatorial	554	673
Partos	198	204
Atendimentos Ambulatorial/Emergência	5.017	5.272
SADT	Planilha anexa abaixo	
Quadro de funcionários	3.136	3.047
Quadro de funcionários hospital	3026	2942
Folha de pagamento (mil R\$)	5.425	6.712
Médicos cadastrados no Corpo Clínico	6.571	2.400
Médicos funcionários FTE (40 horas	142	160
Enfermagem FTE	1.115	845
Outros profissionais FTE	1.382	950
Receita operacional (mil R\$)	18.720	20.398
Resultado operacional líquido (mil R\$)	2.660	622
Investimentos (mil R\$)*	-	48.519

(-) Dados não disponíveis

* - Investimentos em Obras, Manutenção, Tecnologia de Informação e Tecnologia Médica

i) *Dados do SADT*

EXAMES/ PROCEDIMENTOS	Média Mensal					
	1998			1º semestre 1999		
	Internad	Externos	Total	Internados	Externos	Total
Análises Clínicas		13.083	43.079		13.820	43.076
Anat. Patológica		190	787		184	967
Angiografia	-	-	-	-	-	-
Banco de Sangue		1.388	16.436		1.098	15.157
Banco de Tecidos		10	15	0	6	7
Cardiotocografia		22	59	25	8	33
Cine		17	77	57	15	72
Dermatologia		276	292	7	291	298
Doppler Vascular		18	40	17	14	31
Ecocardiografia		181	477		164	465
Eletrofisiologia		18	24	4	12	17
Endoscopia		229	491		282	560
Medicina Nuclear		223	329	91	246	337
Métodos Gráficos					303	724
Neurofisiologia		122	197	67	115	182
Pneumologia		42	56	13	45	58
Radiologia (*)		2.505	4.646		2.830	4.853
Radiologia Vascular				24	11	34
Ressonância Mag.		499	677		531	678
Tomografia		575	1.107		528	938
Ultrassonografia		869	1.475		986	1.546
Urodinâmica		29	44	7	38	45
TOTAL		20.296	71.700		25.970	74.518

* - Incluem as mamografias

5) Média mensal de despesas (em R\$) com:

Item (R\$)	1998	1º semestre 99
Medicamentos	1.069.077,00	1.391.668,00
Oxigênio	36.897,00	42.953,00
Material Médico Hospitalar	988.499,00	1.334.038,00
Gêneros Alimentícios	-	-
Material de escritório	335.263,00	399.403,00
Manutenção	-	130.093,00
Material em geral	-	-

(-) Dados não disponíveis

6) Recompensa ou promoção aos funcionários

Não informado

HOSPITAL 3

- 1) **Filosofia:** não informado
- 2) **Missão :** não informado
- 3) **Visão de futuro –** não informado
- 4) **Características físicas e operacionais**

a) Número de leitos por Unidade de Internação

TOTAL GERAL de LEITOS *	215
--------------------------------	------------

* - Não informado o número de leitos por especialidade

b) Serviços médico-assistenciais oferecidos
Clínica Médica, Obstetria, Pediatria e Geral

c) Médias mensais

Item	1998	1º semestre 99
Pacientes-dia	4.575	4.804
Internações	1.446	1.395
Taxa de ocupação	62,2%	69,2%
Tempo Médio de Permanência (em dias)	3,17	3,25
Cirurgias e Partos – Ambulatoriais, Eletivas e	1.520	1.575
Atendimentos Ambulatorial / Emergência	2.651	2.929
SADT	Planilha anexa abaixo	
Quadro de funcionários	1.084	1.094
Folha de pagamento (mil R\$)	1.765	1.581
Médicos cadastrados no Corpo Clínico	-	-
Médicos funcionários FTE (40 horas	-	-
Enfermagem FTE	-	-
Outros profissionais FTE	-	-
Receita operacional (mil R\$)	5.857	5.913
Resultado operacional líquido (mil R\$)	1.211	1.143
Investimentos (mil R\$)*	-	-

(-) Dados não disponíveis

* - Investimentos em Obras, Manutenção, Tecnologia de Informação e Tecnologia Médica

i) *Dados do SADT*

EXAMES/ PROCEDIMENTOS	Média Mensal					
	1998			1º semestre 1999		
	Internados	Externos	Total	Internados	Externos	Total
Análises Clínicas	-	-	-	-	-	-
Anat. Patológica	-	-	-	-	-	-
Angiografia	22	21	43	32	19	51
Banco de Sangue	-	-	-	-	-	-
Banco de Tecidos	-	-	-	-	-	-
Cardiotocografia	-	-	-	-	-	-
Cinecoronariografia	-	-	-	-	-	-
Dermatologia	-	-	-	-	-	-
Doppler Vascular	-	-	-	-	-	-
Ecocardiografia	-	-	-	-	-	-
Eletrofisiologia	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	-	-	-	-	-	-
Mamografia	19	164	183	29	93	122
Medicina Nuclear	-	-	-	-	-	-
Métodos Gráficos	-	-	-	-	-	-
Neurofisiologia	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	-	-	-	-	-	-
Radiologia	662	1.397	2.059	759	1.526	2.285
Radiologia Vascular	-	-	-	-	-	-
Ressonância Magnética	23	185	208	19	132	151
Tomografia	107	218	325	102	185	287
Ultrassonografia	231	849	1.080	183	707	890
Urodinâmica	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1.064	2.834	3.898	1.124	2.662	3.786

(-) – Dados não disponíveis

5) Média mensal de despesas (em R\$) com:

Item (R\$)	1998	1º semestre 99
Medicamentos	351.631	384.594
Oxigênio	22.565	27.113
Material Médico Hospitalar	299.616	410.876
Gêneros Alimentícios	73.412	88.082
Material de escritório	18.946	23.884
Manutenção	38.343	34.472
Material em geral	224.270	109.686

(-) Dados não disponíveis

6) **Recompensa ou promoção aos funcionários**
Não informado

HOSPITAL 4

- 1) **Filosofia:** não informado
- 2) **Missão :** não informado
- 3) **Visão de futuro –** não informado
- 4) **Características físicas e operacionais**

a) Número de leitos por Unidade de Internação

TOTAL GERAL de LEITOS	268
Total de leitos hospitalares	
Leitos de CTI Adulto	22
Leitos de CTI coronariana	18
Leitos de SUTI	24
Leitos de Oncologia	23
Leitos de Cl. Médico Cirúrgica	160
Leitos de Pediatria Particular	21

b) Serviços médico-assistenciais oferecidos
Hospital Geral, exceto obstetria

c) Médias mensais

Item	1998	1º semestre 99
Pacientes-dia	5.766	6.138
Internações	1.066	1.194
Taxa de ocupação	74,0%	75,0%
Tempo Médio de Permanência (em dias)	5,30	5,40
Cirurgias– Ambulatoriais, Eletivas e de	862	1.010
Atendimentos Ambulatorial / Emergência	3.118	3.629
SADT	Planilha anexa abaixo	
Quadro de funcionários	-	-
Folha de pagamento (mil R\$)	-	-
Médicos cadastrados no Corpo Clínico	-	500
Médicos funcionários FTE (40 horas semanais)	-	101
Enfermagem FTE	-	191
Outros profissionais FTE	-	82
Receita operacional (mil R\$)	13.251,00	13.847,00
Resultado operacional líquido (mil R\$)	692,00	1.148,00
Investimentos (mil R\$)*	10.645,00	9.964,00

(-) Dados não disponíveis

- - Investimentos em Obras, Manutenção, Tecnologia de Informação e Tecnologia Médica

i) *Dados do SADT*

EXAMES/ PROCEDIMENTOS	Média Mensal					
	1998			1º semestre 1999		
TIPO	Internados	Externos	Total	Internados	Externos	Total
TOTAL	13.178	8.211	21.389	11.879	9.195	21.074

5) Média mensal de despesas (em R\$) com:

Item (R\$)	1998	1º semestre 99
Medicamentos	1.071.046	1.264.960
Oxigênio	17.340	16.286
Material Médico Hospitalar	884.873	1.067.205
Gêneros Alimentícios	272.373	281.672
Material de escritório	-	-
Manutenção	-	-
Material em geral	-	-

(-) Dados não disponíveis

6) Recompensa ou promoção aos funcionários
Não informado

HOSPITAL 5

- 1) **Filosofia:** não informado
- 2) **Missão / Visão :** O Hospital dedica-se à assistência integral à saúde, com alta qualidade e resolutividade. Busca sempre a excelência em suas ações e liderança nas especialidades de sua vocação. Incentiva o vínculo com o desenvolvimento e aperfeiçoamento da medicina, sempre atento ao dever social de aplicar significativos recursos em atividades filantrópicas
- 3) **Visão de futuro** – não informado
- 4) **Características físicas e operacionais**

a) Número de leitos por Unidade de Internação

TOTAL GERAL de LEITOS (com extras)	185
Total de leitos hospitalares	
Leitos de UTI Neonatal	6
Leitos de CTI Adulto	16
Leitos de CTI Pediátrica	10
Leitos de Cl. Médico Cirúrgica*	153

* - Incluem os leitos de Maternidade

b) Serviços médico-assistenciais oferecidos
Hospital Geral

c) Médias mensais

Item	1998	1º semestre 99
Pacientes-dia	4.195	4.215
Internações	1.005	972
Taxa de ocupação		
Tempo Médio de Permanência (em dias)		
Cirurgias e Partos – Ambulatoriais, Eletivas e de	621	599
Atendimentos Ambulatorial / Emergência	9.190	9.204
SADT	Planilha anexa abaixo	
Quadro de funcionários	-	-
Folha de pagamento (mil R\$)	2.674,00	2.479,00
Médicos cadastrados no Corpo Clínico	-	600
Médicos funcionários FTE (40 horas semanais)	-	2
Enfermagem FTE	103	103
Outros profissionais FTE	50	50
Receita operacional (mil R\$)	7.270,00	6.970,00
Resultado operacional líquido (mil R\$)	690,00	582,00
Investimentos (mil R\$)*	4.000,00	1.800,00

(-) Dados não disponíveis

* - Investimentos em Obras, Manutenção, Tecnologia de Informação e Tecnologia Médica

i) *Dados do SADT*

EXAMES/ PROCEDIMENTOS	Média Mensal					
	1998			1º semestre 1999		
	Internados	Externos	Total	Internados	Externos	Total
Análises Clínicas	-	-	28.562	-	-	28.553
Anat. Patológica	-	-	-	-	-	-
Angiografia	-	-	229	-	-	251
Banco de Sangue	-	-	800	-	-	887
Banco de Tecidos	-	-	-	-	-	-
Cardiotocografia	-	-	-	-	-	-
Cinecoronariografia	-	-	-	-	-	-
Densitometria Óssea	-	-	438	-	-	432
Dermatologia	-	-	-	-	-	-
Doppler Vascular	-	-	-	-	-	-
Ecocardiografia	-	-	-	-	-	-
Eletrofisiologia	-	-	70	-	-	64
Endoscopia	-	-	307	-	-	298
Fisioterapia	-	-	4.473	-	-	5.805
Litotripsia	-	-	38	-	-	46
Mamografia	-	-	-	-	-	-
Medicina Nuclear	-	-	632	-	-	593
Métodos Gráficos	-	-	-	-	-	-
Neurofisiologia	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	6.734	-	-	6.573
Radiologia Vascular	-	-	-	-	-	-
Ressonância Magnética	-	-	315	-	-	316
Tomografia	-	-	689	-	-	635
Ultrassonografia	-	-	1.597	-	-	1.691
Unidade Cardiológica	-	-	730	-	-	690
Urodinâmica	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	45.614	-	-	46.834

(-) Dados não disponíveis

5) Média mensal de despesas (em R\$) com:

Item (R\$)	1998	1º semestre 99
Medicamentos	334.800,00	391.900,00
Oxigênio	21.500,00	28.200,00
Material Médico Hospitalar	199.100,00	239.200,00
Gêneros Alimentícios	119.200,00	117.100,00
Material de escritório	28.700,00	40.000,00
Manutenção	10.100,00	8.000,00
Material em geral	-	-

(-) Dados não disponíveis

6) Recompensa ou promoção aos funcionários
Não informado

HOSPITAL 6

- 1) **Filosofia:** não informado
- 2) **Missão :** Assistência com calor humano, alta capacidade de resolução, com preços justos. Nosso valor essencial é a preservação da saúde e da vida, em parceria com médicos, convênios, fornecedores e força de trabalho, dentro da mais absoluta ética.
- 3) **Visão de futuro –** Desejamos ser a melhor instituição de nossa região, desenvolvendo as melhores técnicas e incorporando as mais novas tecnologias.
- 4) **Características físicas e operacionais**

a) *Número de leitos por Unidade de Internação*

TOTAL GERAL de LEITOS	247
Total de leitos hospitalares	
Leitos de CTI Adulto	25
Leitos de CTI coronariana	15
Leitos de SUTI	19
Leitos de Cl. Médico Cirúrgica	188

b) *Serviços médico-assistenciais oferecidos* Hospital Geral , exceto obstetrícia

c) *Médias mensais*

Item	1998	1º semestre 99
Pacientes-dia	5.435	5.253
Internações	1.287	1.236
Taxa de ocupação	77,0%	75,0%
Tempo Médio de Permanência (em dias)	4,33	4,5
Cirurgias e Partos – Ambulatoriais, Eletivas e	1.156	1.085
Atendimentos Ambulatorial / Emergência	-	-
SADT	-	-
Quadro de funcionários	1.260	1.258
Folha de pagamento (mil R\$)	2.989,00	3.182,00
Médicos cadastrados no Corpo Clínico	-	-
Médicos funcionários FTE (40 horas semanais)	-	-
Enfermagem FTE	-	-
Outros profissionais FTE	-	-
Receita operacional (mil R\$)	6.328,00	6.242,00
Resultado operacional líquido (mil R\$)	102,00	96,00
Investimentos (mil R\$)*	10.645,00	9.964,00

(-) Dados não disponíveis

* - Investimentos em Obras, Manutenção, Tecnologia de Informação e Tecnologia Médica

i) *Dados do SADT*

EXAMES/ PROCEDIMENTOS	Média Mensal					
	1998			1º semestre 1999		
	Internados	Externos	Total	Internados	Externos	Total
Análises Clínicas	-	-	28.562	-	-	28.553
Anat. Patológica	-	-	-	-	-	-
Angiografia	-	-	229	-	-	251
Banco de Sangue	-	-	800	-	-	887
Banco de Tecidos	-	-	-	-	-	-
Cardiotocografia	-	-	-	-	-	-
Cinecoronariografia	-	-	-	-	-	-
Densitometria Óssea	-	-	438	-	-	432
Dermatologia	-	-	-	-	-	-
Doppler Vascular	-	-	-	-	-	-
Ecocardiografia	-	-	-	-	-	-
Eletrofisiologia	-	-	70	-	-	64
Endoscopia	-	-	307	-	-	298
Fisioterapia	-	-	4.473	-	-	5.805
Litotripsia	-	-	38	-	-	46
Mamografia	-	-	-	-	-	-
Medicina Nuclear	-	-	632	-	-	593
Métodos Gráficos	-	-	-	-	-	-
Neurofisiologia	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	6.734	-	-	6.573
Radiologia Vascular	-	-	-	-	-	-
Ressonância Magnética	-	-	315	-	-	316
Tomografia	-	-	689	-	-	635
Ultrassonografia	-	-	1.597	-	-	1.691
Unidade Cardiológica	-	-	730	-	-	690
Urodinâmica	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	45.614	-	-	46.834

(-) Dados não disponíveis

5) Média mensal de despesas (em R\$) com:

Item (R\$)	1998	1º semestre 99
Medicamentos	334.800,00	391.900,00
Oxigênio	21.500,00	28.200,00
Material Médico Hospitalar	199.100,00	239.200,00
Gêneros Alimentícios	119.200,00	117.100,00
Material de escritório	28.700,00	40.000,00
Manutenção	10.100,00	8.000,00
Material em geral	-	-

(-) Dados não disponíveis

6) Recompensa ou promoção aos funcionários

Não informado

ANEXO 3 – Central de Compras e Distribuidora de Materiais e Medicamentos
Estudo comparativo entre Central de Compras em conjunto e
empresa distribuidora de materiais e medicamentos.

Estudo comparativo entre a implantação de uma Central de Compras e uma Empresa de Compras e Distribuição pelos hospitais participantes do “Grupo de Compras”.

1- CENTRAL DE COMPRAS

OBJETIVO:

Comprar e suprir materiais médico-hospitalares e medicamentos para hospitais conveniados, buscando obter redução de preços através do ganho em escala.

PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES:

Comprar – Negociar através de licitações com fornecedores, produtos e períodos definidos pelos conveniados.

Planejar – Elaborar plano de compras juntamente com conveniados, considerando política de estoques e características individuais.

Suprir – Acompanhar o plano de compras, a fim de garantir o cumprimento dos prazos de entrega estabelecidos.

Desenvolver e padronizar – Identificar, no mercado, opções de novos produtos, bem como a padronização entre conveniados, visando redução de preços e evolução técnica.

Relatar – Elaborar relatório por conveniado indicando inflação / deflação de preços na média de produtos.

Importar – Identificar, no mercado internacional, opções de produtos com custos menores, visando pressionar fornecedores nacionais.

Reciclar – Trocar / vender produtos obsoletos.

Elaborar Contratos – Elaborar contrato de prestação de serviços com cláusulas de direitos e obrigações de ambas as partes.

Submeter-se à Auditoria – Os hospitais conveniados poderão a critério de cada um, realizar investigações para comprovar a lisura das licitações.

CUSTOS:

Dimensionado para compra de 3.000 itens com valor mensal em torno de **R\$ 5.440.000,00**.

Pessoal

1 Administrador

1 Supervisor

5 Compradores

2 Auxiliares

R\$ 40.000,00 / mês com 105% de encargos

Instalações

Aluguel mensal de imóvel com 150m² de área útil em bairro de classe média.

R\$ 2.500,00.

Tributos

I.S.S 5%	=	R\$ 2.720,00
I.R 5%	=	R\$ 2.720,00
Cofins 3%	=	R\$ 1.632,00
PIS 0,65%	=	R\$ 353,00
		R\$ 7.425,00

Resumo**Fixo / mês**

Funcionários	=	R\$ 40.000,00
Aluguel Imóvel	=	R\$ 2.500,00
Aluguel Telefone	=	R\$ 1.200,00
Utilização Telefone	=	R\$ 600,00
Água / Luz	=	R\$ 200,00
Condomínio	=	R\$ 350,00
Tributos	=	R\$ 7.425,00
		R\$ 52.275,00

INVESTIMENTOS:

Móveis e utensílios	=	R\$ 5.000,00
Microcomputadores	=	R\$ 12.500,00
1 aparelho de fax	=	R\$ 500,00
		R\$ 18.000,00

REMUNERAÇÃO:

Os hospitais conveniados pagarão mensalmente, à Central de Compras, 1,0% (um por cento) sobre o valor total de compras do período acordado.

Exemplo – Um dos hospitais gasta em média, R\$ 800.000,00 / mês por 250 leitos, o que corresponde a R\$ 3.200,00 / leito.

Considerando-se que os hospitais juntos somam 1.700 leitos, ter-se-ia um volume mensal por volta de R\$ 5.440.000,00, gerando uma receita para Central de Compras em torno de R\$ 54.400,00.

RESUMO:

Receita mensal	=	R\$ 54.400,00
Despesas mensais	=	R\$ 52.275,00

2- CENTRAL DE COMPRAS E DISTRIBUIDORA

OBJETIVO:

Comprar, suprir e distribuir materiais médico-hospitalares e medicamentos a hospitais conveniados ou não, buscando obter otimização de estoques e redução de preços através do ganho em escala.

PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES:

Comprar – Negociar através de licitações com fornecedores, produtos e períodos definidos pelos conveniados.

Planejar – Elaborar plano de compras juntamente com conveniados, considerando política de estoques e características individuais.

Suprir – Acompanhar o plano de compras, a fim de garantir o cumprimento dos prazos de entrega estabelecidos.

Desenvolver e padronizar – Identificar, no mercado, opções de novos produtos, bem como a padronização entre conveniados, visando redução de preços e evolução técnica.

Relatar – Elaborar relatório por conveniado indicando inflação / deflação de preços na média de produtos.

Importar – Identificar, no mercado internacional, opções de produtos com custos menores, visando pressionar fornecedores nacionais.

Reciclar – Trocar / vender produtos obsoletos.

Distribuir – Suprir hospitais conveniados conforme programação prévia, visando otimizar estoques.

Manusear / Preservar – Manter integridade dos produtos fornecidos, preservando as características originais conforme determinação do fabricante.

Fracionar – Unitarizar medicamentos sólidos conforme necessidade de cada hospital.

Transportar – Assegurar que o transporte entre a distribuidora e os hospitais seja seguro, confiável e que mantenha as características originais do produto.

ASPECTOS LEGAIS:

Todos os produtos fornecidos deverão possuir registro no Ministério da Saúde;

Constituir empresa – C.G.C / Inscrição Estadual;

Termo de Responsabilidade Técnica (Vigilância Sanitária Estadual);

Licença de funcionamento (Vigilância Sanitária Estadual);

Inscrição de empresa no C.R.F. (Conselho Regional de Farmácia);

Assunção de responsabilidade – C.R.F.;

Autorização de fabricantes para o distribuidor comercializar seus produtos;

Licença de comercialização para entorpecentes.

CUSTOS:

Dimensionado para 3.000 itens com valor de estoque mensal em torno de **R\$ 5.440.000,00**.

Funcionários

1 Administrador
 1 Supervisor de Compras
 5 Compradores
 2 Auxiliares de Compras
 1 Supervisor de Logística
 1 Encarregado de Movimentação
 1 Farmacêutico
 1 Almoxarife
 6 Auxiliares de Almoxarifado
 4 Boys (fracionamento)

R\$ 57.000,00 com 105% de encargos

Imóvel

Galpão com 1.400 m² (referência: Lavanderia do Socorro)

R\$ 8.890,00.

Transporte

Aluguel de 2 caminhões pequenos com motorista = R\$ 5.500,00 (Referência: Lavanderia do Socorro)

Seguranças

1 Segurança por 24h (no imóvel) = R\$ 4.548,00

Não foi considerado o custo da segurança para o transporte

Tributos

Considerando-se que o faturamento mensal equivale ao valor de estoque.

R\$ 5.440.000,00

Cofins 3%

PIS 0,65%

I.R (sobre lucro presumido) 5%

8,65%

R\$ 470.560,00

Custo do estoque

Aplicação financeira mensal líquida 2,4% sobre **R\$ 5.440.000,00** = R\$ 130.560,00.

RESUMO:

Despesas mensais

Funcionários	=	R\$ 57.000,00
Aluguel	=	R\$ 8.890,00
Custo estoque	=	R\$ 130.560,00
Tributos	=	R\$ 470.560,00
Transporte	=	R\$ 5.500,00
Segurança	=	R\$ 4.548,00
		R\$ 677.058,00

INVESTIMENTOS:

Equipamentos e instalações

Geladeiras, carrinhos e embalagens para transporte, prateleiras, bancadas, ar condicionado
R\$ 15.000,00

Móveis e utensílios

Microcomputadores	=	R\$ 15.000,00
Móveis	=	R\$ 5.000,00
		R\$ 20.000,00

3- COMPARAÇÃO DOS DOIS MODELOS

Central de Compras

V a n t a g e n s

Redução de preços;
Padronização da qualidade de materiais;
Otimização de estoques.

D e s v a n t a g e n s

Perda de poder / controle pelos hospitais.

Central de Compras e Distribuidora

V a n t a g e n s

Redução de preços;
Padronização da qualidade de materiais;
Redução de estoques;
Maior agilidade no atendimento;
Redução de espaço para armazenagem de materiais / medicamentos nos hospitais.

D e s v a n t a g e n s

Interferência na administração (Grupo de Hospitais);
Aumento de custos (em relação à opção A);
Maior fiscalização por órgãos públicos;
Maior risco de assaltos.

ANEXO 4 – Primeira Compra em conjunto – itens adquiridos por hospital

Tabela 1 - Primeira Compra Conjunta
Itens adquiridos

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Flebocortid I. 100mg	A	A	A	A	A	–	A	A
Liquemine FR	–	A	–	–	A	–	–	A
Lisador V.O	–	A	A	A	A	–	A	A
Tilatil V.O 20mg	A	A	–	A	A	–	A	A
Victrix I. 40mg	–	A	A	A	A	–	A	A
Victrix V.O. 20mg	–	A	A	A	A	–	–	A
Xylocaina I. 1% S/AD	A	–	–	A	A	–	–	A
Xylocaina I. 2% S/AD	A	A	A	A	A	–	–	A
Xylocaina Spray 2% S/AD	A	A	–	A	A	–	A	A

Legenda: A = adquirido / -- = não adquirido

Fonte: Análise de Planilhas e Questionários aplicados aos Gerentes de Suprimentos de Hospitais

ANEXO 5 – Segunda Compra em conjunto – itens adquiridos por hospital

Tabela 2 - Segunda Compra do Grupo de Compras - Itens Adquiridos por Hospital, junho1999

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Albumina Humana 20% 50ml	--	A	A	--	A	A	A	A
Claforan I.	--	A	--	A	A	--	--	A
Clexane I 20mg	A	A	A	A	A	--	A	A
Clexane I 40mg	A	A	--	A	A	--	--	A
Dalacin I 600mg	A	--	A	A	A	--	A	A
Diprivan I 20ml	A	A	A	A	A	--	--	A
Diprivan PFS 1%	--	A	--	A	A	--	--	A
Dobutrex I. 250mg	A	A	A	A	A	--	A	A
Dormonid I. 15 mg	A	A	A	A	A	--	A	A
Dormonid I. 5 mg	A	--	--	A	A	--	A	A
Dormonid I 50mg	--	--	--	A	--	--	A	A
Flagyl I 500mg	A	A	A	A	A	--	--	A
Flebocortid I 100mg	A	A	A	A	A	--	A	A
Fortaz I 1,0mg	A	--	A	A	A	--	--	A
Granulokine I	A	A	--	A	A	--	--	A
Lanexat I. 0,5mg	A	A	A	A	A	--	--	A
Liquemine 5ml	--	A	--	A	A	--	--	A
Lisador V.O	--	A	A	--	A	--	A	A
Losec I 40mg	--	A	A	A	A	--	A	A
Luftal V.O	A	A	--	A	A	--	--	A
Maxcef I 1gr	A	A	--	A	A	--	A	A
Meronen I 1,0gr	A	A	--	A	A	--	A	A
Rocefin IM 1g	--	A	A	A	A	--	--	A
Rocefin IV 1,0 gr	--	A	A	A	A	--	A	A
Targocid I 200mg	A	A	--	A	A	--	--	A
Targocid I 400mg	--	--	--	A	A	--	A	A
Tilatil V.O 20mg	A	A	--	A	A	--	--	A
Tilatil I 20mg	A	A	A	A	A	--	--	A
Tracrium I 50mg	--	A	--	A	A	--	A	A
Victrix I 20mg V.º	--	A	A	--	--	--	--	A
Xylocaina 2% S/AD	A	A	--	A	A	--	--	A
Xylocaina 1% S/AD	A	--	--	A	A	--	--	A
Xylocaina 10% Spray	--	A	--	A	A	--	A	A
Zinacef I 750mg	A	A	--	A	A	--	A	A
Zofran I 4mg	--	A	A	A	A	--	--	A
Zofran I 8mg	A	--	A	A	--	--	--	A
Zoltec FA 200mg	A	A	A	A	A	--	A	A
Zovirax I 250mg	--	A	--	A	A	--	--	A
Zylum I 50mg	--	A	A	A	--	--	--	A

Legenda: A= adquirido / -- = não adquirido

Fonte: Análise de Planilhas e Questionários aplicados aos Gerentes de Suprimentos dos Hospitais

ANEXO 6- Gerenciamento de Suprimentos Hospitalares

Respostas dos Gerentes de Suprimentos aos questionário aplicado aos hospitais integrantes do “Grupo de Compras”

Qual é o sistema de Gerenciamento de Estoques e de Compras no Hospital? Qual o Valor Total do Estoque, o Custo de Monitorização do Estoque e o Giro do Estoque.

Hospital 1 -

Utilizamos o processo Kanban para gerenciamento e reposição do estoque.

O valor médio do nosso estoque é de R\$1.800.000,00 (hum milhão e oitocentos mil reais).

O valor total do estoque de materiais e medicamentos é de 1.400.000,00 (hum milhão e quatrocentos mil reais)

O custo do giro de estoque é de R\$36.000,00 (trinta e seis mil reais) / mês.

Média mensal de pedidos - 5100 pedidos

Período médio de pagamento - 28 dias

Período médio de cobrança - 28 dias

Período médio de estocagem mês - 25 dias

Hospital 2 -

O Hospital utiliza um sistema de revisão periódica do consumo para o planejamento de estoques e de compras dos seus materiais de consumo regular (materiais médico-hospitalares; medicamentos; gêneros alimentícios; materiais de escritório/informática; materiais de manutenção predial e de assistência técnica de equipamentos eletro-médicos). O nível de estoque e, conseqüentemente a programação de compras (periodicidade, volume de compras e forma de entrega), levam em conta a curva ABC de valores de consumo, o mercado de fornecimento (se local ou no exterior), o tempo de espera e a criticidade dos materiais.

Não dispomos dos dados relativos ao valor do estoque e o custo do giro do estoque.

Mensalmente, são colocados 1.000 pedidos de compra, em média. Normalmente, negocia-se pagamento faturado para 30 dias após a entrega.

Hospital 3 -

Estoques: através de estudos e planejamentos consegue-se elaborar um programa onde determina-se o volume para estoques máximos, médio e de segurança. Leva-se em consideração uma abordagem diferenciada para os materiais e medicamentos da curva ABC.

Compras: todos os materiais, medicamentos, insumos e demais produtos são adquiridos através de cotações, levando-se em consideração qualidade e adequação dos mesmos.

Trabalha-se, também, com contratos e programações diversas.

Período médio de pagamento - 31,53 dias.

Período médio de cobrança - 46,30 dias.

Período médio de estocagem - 68,10 dias

Hospital 4 -

Nossa política de estoque é baseada em ponto de reposição e trabalha-se com os seguintes parâmetros para estoque máximo: 25 dias para itens “A”, 30 dias para itens “B” e 45 dias para itens “C” da Curva ABC.

Valor do estoque - R\$ 2.200.000,00

Custo do giro de estoque - R\$ 3.000.000,00

Custo da colocação de pedido - R\$ 14,70

Média Mensal de pedidos - 1.700 pedidos

Prazo médio de pagamento - R\$ 34 dias

Prazo médio de cobrança - R\$ 30 dias

Período médio de estocagem - 25 dias

Hospital 5 -

Trabalha-se com ponto de reposição, lote de compra e curva ABC. Não utiliza-se nenhum tipo de planejamento especial.

Valor do estoque - R\$ 1.080.000,00

Média mensal de pedidos - 1100 pedidos

Período médio de pagamento - 30 dias

Período médio de estocagem - 30 a 35 dias

Hospital 6 -

O sistema de gerenciamento de estoques e compras segue uma linha tradicional, onde os fornecedores são acionados quando o estoque atinge o ponto de pedido e a compra é realizada a partir de uma planilha de preços para decisão da Diretoria. Os valores solicitados não são disponíveis.

**Existe padronização de materiais e de medicamentos em utilização no hospital?
São utilizados medicamentos genéricos?**

Hospital 1 -

Há um comitê de padronização de materiais e outro de medicamentos para manter atualização contínua. Estes comitês são orientados por regimentos e são formados por profissionais multidisciplinares. A coordenação é de um Superintendente, com a participação de enfermeiros, farmacêuticos, médicos, representantes do Serviço de Controle de Infecção e da área de Suprimentos.

Utiliza-se genéricos como essência do nosso sistema, tendo nosso controle de estoque, cotação de preços e disponibilidade para pesquisa. A solicitação se dá parcialmente em prescrição eletrônica, com uma expectativa de evolução muito rápida para totalidade das prescrições.

Hospital 2 -

Sim, existe padronização dos materiais e medicamentos utilizados no Hospital. Tem-se constituída uma Comissão de Padronização de Materiais (CPM), que tem por objetivo padronizar os materiais medico-hospitalares e conta com a representação das áreas de enfermagem, fisioterapia, serviço de anestesia, apoio diagnóstico, farmácia e planejamento de estoque. Quanto à padronização de medicamentos, tem-se constituída a Comissão de Farmácia e Terapêutica, com a participação de médicos (integrantes da CFT ou especialistas colaboradores), farmacêuticos e representante da enfermagem.

O usuário final pode solicitar a inclusão de novos itens na padronização e participa, quando for o caso, dos testes de amostras encaminhadas pelo fornecedor (fabricante ou distribuidor). Contudo, nenhuma inclusão, alteração ou exclusão de itens é feita sem a ciência da Gerência de Suprimentos (especialmente, da sua área de planejamento de materiais, que avalia o estoque e os itens afins e analisa a relação custo x benefício dos itens a serem padronizados, ou excluídos da padronização).

O Hospital não utiliza genéricos (conforme conceituado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde). Existe interesse em vir a fazê-lo, desde que se comprove uma adequada qualidade técnica (ratificada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica), os preços sejam competitivos e ocorra uma adesão do corpo clínico à sua utilização.

Hospital 3 -

Sim. Participam um farmacêutico, quatro médicos, um enfermeiro, um representante da área de Suprimentos e Compras e um membro eventual que participa de acordo com a especificação do produto.

Não há utilização de genéricos e a adequação à legislação será feita a medida que esta for se implementando. O princípio ativo é usado como critério para padronização e credenciamento

de marcas que podem ser cotadas e adquiridas para uso no Hospital. A prescrição é feita por marca e a substituição é feita automaticamente em função da disponibilidade de estoque. Não são esperados problemas na adequação, todas as marcas credenciadas fazem parte das listas de medicamentos de referência. O trabalho virá com o cadastro e a atualização das fichas técnicas de cada produto para garantir a correta substituição da prescrição. Como a liberação de registros deve ocorrer gradativamente, não se estima o tempo para a conclusão dos critérios de intercâmbio.

Hospital 4 -

Está sendo iniciado um projeto de padronização de medicamentos. O trabalho está sendo coordenado por representantes do corpo clínico e conta com a participação técnica de farmacêuticos.

Não há utilização de genéricos.

Hospital 5 -

Uma comissão foi criada há 1 ano e é composta por representantes do corpo clínico, enfermagem, compras e Comissão de Infecção Hospitalar. Todos os materiais e medicamentos são submetidos à Comissão. O controle e a padronização se dão pelo princípio ativo.

A principal dificuldade é o costume e o hábito dos médicos a certas marcas. Está sendo difícil introduzir uma nova filosofia, como o uso dos genéricos, entretanto, estamos funcionando com o sistema de padronização por princípio ativo.

Hospital 6 -

Existe a comissão de padronização.

Não são utilizados genéricos. Sua utilização irá depender de normas ministeriais, treinamento do Corpo Clínico e da pressão das Fontes Pagadoras.

Qual a influência do Corpo Clínico sobre a utilização de materiais e medicamentos no Hospital?

Hospital 1 -

A definição dos produtos padronizados são definidos pelo Corpo Clínico através dos Comitês de Especialidades.

Hospital 2 -

Tanto os médicos (seja do grupo de médicos contratados, como do de credenciados pelo Hospital), como outros integrantes da equipe multiprofissional de assistência ao paciente (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas etc.) exercem grande influência sobre os tipos, marcas e apresentações dos materiais médico-hospitalares e medicamentos que se mantêm em estoque. São estes usuários que, efetivamente, prestam assistência ao paciente, aqueles que definem os insumos a serem utilizados (por exemplo, cada equipe cirúrgica – independentemente da sua especialidade – tem preferência por determinados materiais médicos, cuja qualidade já foi comprovada por seus componentes ou cujo manuseio é bem conhecido).

Hospital 3 -

A influência se dá através da Comissão de Padronização. O percentual de compra de produtos não padronizados gira em torno de 7,5%. As solicitações de medicamentos não padronizados são justificadas e submetidas à Comissão de Padronização.

Hospital 4 -

Noventa e nove por cento da influência sobre a utilização de medicamentos é do corpo clínico e 1 por cento é do farmacêutico.

Hospital 5 -

Bastante forte.

Hospital 6 -

O Corpo Clínico cria a demanda por novos materiais e medicamentos, sendo que sua introdução depende da análise de uma comissão formada pelo próprio Corpo Clínico, Corpo de Enfermagem e da Direção.

Quantos são os fornecedores habituais (fabricantes e distribuidores) e qual a forma de relacionamento comercial?

Hospital 1 -

Temos 800 (oitocentos) fornecedores. Os fornecedores considerados A são os laboratórios de medicamentos e alguns de material médico-hospitalar, com contratos de médio e longo prazo.

Hospital 2 -

O Hospital dispõe de cerca de 6.000 fornecedores cadastrados; porém, habitualmente mantêm-se negociações com pouco menos de 10% desse total, que representam em torno de 80 a 90% do volume mensal de compra do Hospital. Entre os grandes fornecedores, encontram-se diversos fabricantes de materiais médico-hospitalares e/ou de medicamentos: Abbott, Astra-Zeneca, Bayer, Baxter, Becton-Dickinson (BD), Bristol, B. Braun, Glaxo-Wellcome, Johnson & Johnson, Em geral, a programação de compra é feita para um período de dois meses. Em alguns casos específicos, podem ser firmados contratos de fornecimento por um período mais longo (como regra, de até 6 meses).

Hospital 3 -

Tem-se atualmente 1750 fornecedores cadastrados. Há alguns contratos com prazo máximo de 12 meses.

Hospital 4 -

Cadastro com 5.000 fornecedores sendo que apenas 1.200 são considerados ativos, ou seja, possuem pedidos no último ano.

Menos de vinte fornecedores são habituais, concentrando-se sessenta por cento do valor das compras nesses fornecedores. E o prazo máximo para contratos de fornecimento é de 1 ano.

Hospital 5 -

Há cerca de 700 fornecedores sendo que perto de 100 podem ser considerados habituais, existem pouquíssimos contratos de médio ou longo prazo.

Hospital 6 -

O número habitual de fornecedores é de aproximadamente 120, existindo um contrato com uma distribuidora de medicamentos para o fornecimento a pagamento mensal dos itens consumidos.

Qual a reação destes fornecedores à formação do “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

Houve uma expectativa grande por parte dos fornecedores, por insegurança sobre como o grupo atuaria, principalmente o receio de ficarem fora deste mercado que é considerado dos principais do país.

Hospital 2 -

Inicialmente, os fornecedores tiveram uma atitude de retração frente à notícia da criação do “Grupo de Compras”. Isto ocorreu, principalmente, com os distribuidores, que entenderam – erroneamente – que o “Grupo de Compras” passaria a comprar apenas dos fabricantes.

Hospital 3 -

A princípio, ficaram apreensivos principalmente os distribuidores, pois, temiam e continuam temendo a perda de uma boa fatia do mercado para os fabricantes. Mesmo assim, houve o reconhecimento pela iniciativa e a decisão de serem nossos parceiros. Em relação às indústrias, não houve, no início, a receptividade esperada, no entanto, percebe-se que, pouco a pouco, que essa mentalidade já está se modificando para melhor.

Hospital 4 -

Inicialmente os distribuidores achavam que seriam prejudicados com a implantação do “Grupo de Compras”, mas com o desenvolvimento das atividades esse receio diminuiu.

Hospital 5 -

Não são favoráveis.

Hospital 6 -

Sentimento de indiferença

Qual a estrutura operacional desenvolvida no seu hospital para o funcionamento do “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

As atividades foram incorporadas pelos profissionais já atuantes na estrutura de compras.

Hospital 2 -

Mantido o processo atual de funcionamento do grupo, não há necessidade de se desenvolver uma estrutura operacional especial no hospital.

Hospital 3 -

Ainda não houve necessidade do desenvolvimento de uma estrutura dedicada ao grupo. Provavelmente, a médio e longo prazo, uma reestruturação do Departamento de Compras e Suprimentos, para estabelecer a interface com o “Grupo de Compras”.

Hospital 4 -

Não foi desenvolvida uma estrutura especial. Mas, entende-se que o próprio “Grupo de Compras” deva contar com uma estrutura própria.

Hospital 5 -

Não há nenhuma estrutura especial.

Hospital 6 -

Não há necessidade.

O Sistema de Informações do Hospital facilita ou dificulta o processo do “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

O sistema de informações atual está compatível com as necessidades geradas pelo “Grupo de Compras”.

Hospital 2 -

Atualmente, o Hospital passa por uma fase de transição no que diz respeito ao controle informatizado da área de suprimentos. Superada esta fase, crê-se que o Sistema de Informações (que, hoje, apresenta falhas) será de grande auxílio para o processo do “Grupo de Compras”.

Hospital 3 -

Ajuda, pois já há um programa informatizado para controle de estoque de medicamentos e materiais, desde sua aquisição até a dispensação. Embora precise ainda de alguns ajustes, o sistema fornece as informações necessárias para subsidiar a participação no “Grupo de Compras”.

Hospital 4 -

O sistema de informações fornece todas as informações necessárias para participar do “Grupo de Compras”.

Hospital 5 -

Nosso sistema de informação fornece todas as informações necessárias. Não dificulta em nada.

Hospital 6 -

O sistema de informações não está ajustado às necessidades do “Grupo de Compras”.

Quais as práticas de gerenciamento de suprimentos e compras do Hospital que os demais participantes do “Grupo de Compras” poderiam utilizar?

Hospital 1 -

Nosso sistema de informação, especificamente, o módulo de gestão de materiais pode apoiar o melhoramento dos sistemas de informação dos outros hospitais.

Hospital 2 -

Um aspecto relevante é a existência de um formulário (medicamentos padronizados) elaborado por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, tecnicamente qualificada e contando com o apoio da Coordenação Médica e da Diretoria do Hospital.

Hospital 3 -

Ainda é cedo para opinar, embora o código de barras já implantado, facilite bastante o gerenciamento de estoque e dispensação.

Hospital 4 -

Sistema de gerência de estoque e de compras merece destaque.

Hospital 5 -

Não respondeu.

Hospital 6 -

Não respondeu.

ANEXO 7 – Utilização e resultados do “Grupo de Compras”

Respostas dos Gerentes de Suprimentos ao questionário aplicado aos hospitais integrantes do “Grupo de Compras”

O Anexo 3 apresenta as respostas às entrevistas e ao questionário aplicados aos Gerentes de Suprimentos dos hospitais estudados, com relação à operação e ao desempenho do “Grupo de Compras”:

Quais os itens adquiridos pelo Hospital na primeira compra realizada pelo “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

Fortaz Inj. 1,0 gr., Flebocortid Inj. 100 mg., Victrix Inj. 40 mg., Losec Inj. 40 mg., Xylocaína Inj. s/Adr. 2,0%, Xylocaína Inj. s/Adr. 1,0%, Xylocaína Spray 10%, Zofran Inj. 2mg., totalizando Cr\$ 50.761,50 .

Hospital 2 -

O Hospital adquiriu 8 dos 9 medicamentos negociados, em conjunto, pelo “Grupo de Compras”: Victrix Vo. 20 mg, Victrix Inj. 40 mg ., Xylocaína s/Adr. 2,0%, Xylocaína spray 10%, Lisador Vo., Tilatil Vo. 20 mg, Lique mine e Flebocortid Inj. 100 mg.

Hospital 3 -

Albumina Humana 20% 50 ml., Lisador Vo., Victrix Inj. 40 mg ., Zylum Inj. 50 mg..

Hospital 4 -

Não respondeu

Hospital 5 -

Não respondeu

Hospital 6 -

Não respondeu.

Qual o resultado financeiro obtido na primeira compra?

Hospital 1 -

Cr\$ 31.180,40 (Trinta e um mil, cento e oitenta reais e quarenta centavos).

Hospital 2 -

Comparando o valor total da compra, com os preços negociados em conjunto (R\$ 96.019,46) e com os últimos preços obtidos individualmente pelo Hospital (R\$ 95.672,16), houve uma diferença a mais de R\$ 347,30 (em razão do fato de os preços negociados de dois dos itens – Xylocaína s/Adr. 2% e Flebocortid – serem maiores que os últimos preços que o Hospital havia obtido). Como o valor da diferença era muito pequeno, o Hospital tomou a decisão de privilegiar o fortalecimento do “Grupo de Compras” (em sua primeira cotação conjunta de preços) em detrimento de um ganho efetivo de preços.

Hospital 3 -

Resposta incompreensível.

Hospital 4 -

Não respondeu

Hospital 5 -

Não respondeu

Hospital 6 -

Não respondeu.

Quais os itens adquiridos pelo Hospital na segunda compra realizada pelo “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

Clexane Inj. 20 mg., Clexane Inj. 40 mg., Dalacin C Inj. 600 mg. Diprivan Inj. 20 ml., Dobutrex Inj. 250 mg., Dormonid Inj. 15 mg., Dormonid Inj. 5 mg., Flagyl Inj. 500 mg., Flebocortid Inj. 100 mg., Fortaz Inj 1,0 gr., Granulokine Inj., Lanexat Inj. 0,5 mg., Luftal Vo. 10 ml., Maxcef Inj. 1 gr., Meronem Inj. 1,0 gr., Targocid Inj. 200 mg., Tilatil Vo. 20 mg., Tilatil Inj 20 mg., Xylocaina s/Adr. 2,0%, Xylocaina s/Adr. 1,0%, Zinacef Inj. 750 mg., Zofran Inj. 8 mg., Zoltec FA 200 mg.

Hospital 2 -

O Hospital adquiriu 32 dos 39 medicamentos negociados, em conjunto, pelo “Grupo de Compras”: Albumina Humana 20% 50 ml., Claforan Inj., Clexane Inj. 20 mg., Clexane Inj. 40 mg., Diprivan Inj. 20 ml., Diprivan PFS 1%, Dobutrex Inj. 250 mg., Dormonid Inj. 15 mg., Flagyl Inj. 500 mg., Flebocortid Inj. 100 mg., Granulokine Inj., Lanexat Inj. 0,5 mg., Lique mine 5 ml, Lisador Vo. , Losec Inj. 40 mg., Luftal Vo., Maxcef Inj. 1,0 gr., Meronem Inj. 1,0 gr, Rocefin Inj. 1,0 gr., Rocefin Inj. 1,0 gr., Targocid Inj. 200 mg., Tilatil Vo. 20 mg., Tilatil Inj. 20 mg., Tracrium Inj. 50 mg., Victrix Inj. 20 mg., Xylocaina s/Adr. 2,0 %, Xylocaina spray 10%, Zinacef Inj. 750 mg., Zofran Inj. 4 mg., Zoltec FA 200 mg., Zovirax Inj. 250 mg., Zylium Inj. 50 mg..

Hospital 3 -

Albumina Humana 20% 50 ml., Clexane 20 mg., Dalacim C 600 mg, Diprivan PFS 1%, Dobutrex Inj. 250 mg., Dormonid Inj. 15 mg., Flagyl Inj.500 mg., Flebocortid Inj. 100 mg., Fortaz Inj. 1,0 gr., Lanexat Inj. 0,5 mg., Lisador Vo., Losec Inj. 40 mg., Rocefin Inj. 1,0 gr., Rocefin Inj. 1,0 gr., Tilatil Inj. 20 mg., Tracrium Inj. 25 mg., Victrix Inj. 20 mg., Zofran Inj. 4 e 8 mg., Zoltec FA., Zylium Inj. 50 mg..

Hospital 4 -

Não respondeu.

Hospital 5 -

Não respondeu

Hospital 6 -

Não respondeu.

Qual o resultado financeiro obtido na segunda compra?

Hospital 1 -

R\$34.314,00 (trinta e quatro mil trezentos e quatorze reais)

Hospital 2 -

Comparando o valor total da compra, com os preços negociados em conjunto (R\$ 1.299.663,00) e com os últimos preços obtidos individualmente pelo Hospital (R\$ 1.353.036,00), houve uma redução de R\$ 53.373,00 (cinquenta e três mil, trezentos e três reais) ou cerca de 3,94% para o conjunto de medicamentos adquiridos.

Hospital 3 -

Valor total da segunda compra em grupo - R\$ 330.665,13

Se comprado individualmente, seriam gastos - R\$ 345.464,46

Resultado financeiro - R\$ 14.799,33 (quatorze mil, setecentos e noventa e nove reais, trinta e três centavos) (4,5%).

Hospital 4 -

Não respondeu.

Hospital 5 -

Não respondeu

Hospital 6 –

Não respondeu.

As expectativas com o “Grupo de Compras” para o ano de 1999 estão sendo observadas?

Hospital 1 -

Sim

Hospital 2 -

O Hospital não estabeleceu metas numéricas para a sua participação no “Grupo de Compras”, ao longo do ano de 1999. No entanto, os objetivos mais gerais, de fortalecer a aliança estratégica dos hospitais, de estabelecer uma nova relação com o mercado de insumos hospitalares (fornecedores) e de obter melhores condições de preços para os itens adquiridos conjuntamente, foram atingidos.

Hospital 3 -

Não. Os objetivos não foram alcançados em sua totalidade, pois era esperado obter maior participação dos fabricantes, o que não ocorreu. Esperamos que a partir de janeiro de 2000, seja possível obter a aliança.

Hospital 4 -

Todos foram atingidos. Podemos citar, por exemplo, a realização de 3 compras durante o ano e o desenvolvimento do conhecimento mútuo e dos procedimentos necessários para operacionalizar as compras.

Hospital 5 -

O objetivo não foi completamente atingido. O problema fundamental para o cumprimento dos objetivos é a concentração de fornecedores. Muitos materiais e medicamentos possuem fornecedores exclusivos. Frente a esses fornecedores o “Grupo de Compras” não possui muita força.

Hospital 6 -

Não respondeu

A participação no “Grupo de Compras” levou à alterações de conceitos, idéias ou de concepção da função compra de materiais e medicamentos?

Hospital 1 -

O “Grupo de Compras” agregou muitos conceitos em relação à importância e o poder que se constrói com a união de grandes Instituições, permitindo que cada profissional busque idéias inovadoras na troca de informações e conhecimento para concepção de compra para o seu Hospital.

Hospital 2 -

A principal inovação consistiu na aceitação e operacionalização da idéia de que hospitais “rivais” podem se unir para conseguir melhores preços nas negociações. Isto, certamente, causou uma ampla discussão no mercado – para dizer o menos – e levou os fornecedores à necessidade de analisar como passaria a ser seu comportamento diante de um grupo de hospitais que se aliou.

Hospital 3 -

Passou-se a trabalhar com mais programação mesmo para os medicamentos que não comprados através do “Grupo de Compras”.

Anteriormente, estávamos um tanto fechados onde as informações pareciam ser somente nossa. Com a troca de informações descobrimos que poderemos cada vez mais enriquecer nossos conhecimentos. O grupo aumentou a confiança mútua favorecendo a troca de informações.

Hospital 4 -

As definições e as condutas do “Grupo de Compras” foram introduzidas naturalmente no Hospital. Modificamos bastante nosso relacionamento com fornecedores e passamos a trabalhar de uma forma mais padronizada

Hospital 5 -

Sim, levou. Nossa participação permitiu que fossem realizadas comparações entre os processos de vários hospitais. Aprendeu-se muito com a troca de informações.

Hospital 6 -

Não respondeu.

Qual o nível de colaboração entre os participantes do “Grupo de Compras”?
Qual o clima organizacional existente entre os participantes do “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

O nível de colaboração do grupo é elevado.

Hospital 2 -

A colaboração entre os participantes foi excelente, inclusive com trocas explícitas de informações sobre preços de compra e sobre propostas apresentadas, individualmente, pelos fornecedores (e que eram levadas ao grupo, para que se fizessem valer também na compra conjunta).

Hospital 3 -

Embora seja um grupo homogêneo, alguns participam mais até mesmo em relação as tarefas (trabalhos). O clima organizacional flui normalmente, pois, sempre prevalece o respeito e a ética.

Hospital 4 -

O nível de colaboração é de 100% e o clima organizacional é muito bom.

Hospital 5 -

O nível de colaboração é bastante bom. O clima organizacional é bom e a troca de informações muito eficiente.

Hospital 6 -

Não respondeu.

Quais as facilidades e dificuldades de relacionamento com os demais participantes do “Grupo de Compras”? Quais as situações de conflito mais comuns? Como podem ser solucionadas?

Hospital 1 -

As dificuldades encontradas no grupo ocorreram em uma fase de amadurecimento e da formação dos ideais do grupo. As situações mais comuns de conflitos estão voltadas à padronização. A solução está voltada ao trabalho que vêm sendo desenvolvido com o grupo de Farmacêuticas.

Hospital 2 -

A solução, em todos os casos, passa pela negociação, pelo estabelecimento de critérios claros e adotados por consenso, e pela adequação das posições de cada hospital ao plano de médio e longo prazo para o desenvolvimento da aliança estratégica.

Hospital 3 -

Facilidades: devido todos os membros do grupo serem profissionais capacitados, o trabalho é facilitado. É bom salientar que esse “Grupo de Compras” é bem visto dentro e fora das instituições que representam.

Dificuldades: nenhuma que mereça destaque.

Hospital 4 -

O passo mais difícil foi desenvolver a confiança mútua. Nesse momento empenha-se no desenvolvimento de uma linguagem única junto ao mercado fornecedor.

Os elementos facilitadores foram a receptividade dos participantes e as ferramentas de comunicação utilizadas.

Os conflitos sempre existirão e o “Grupo de Compras” cresce na busca de soluções. Não identifica-se um conflito como o mais comum. Entretanto, acredita-se que uma liderança mais presente poderia favorecer a solução dos conflitos de uma forma mais eficiente.

Hospital 5 -

Depois que a confiança mútua foi estabelecida não existiram grandes dificuldades. As situações de conflito existem mas são contornadas de forma natural.

Hospital 6 -

Não respondeu.

Quais as melhorias de ordem operacional proporcionadas ao Hospital pelo processo de compras em conjunto? Quais as lições mais significativas?

Hospital 1 -

a) Ao nível operacional no momento da emissão da Ordem de Compra os valores e a condição de pagamento já haviam sido negociados.

b) Em relação à lições mais significativas tem-se a abertura de negociação em uma única cotação com vários distribuidores qualificados por todo grupo e laboratórios.

c) Negociações a longo prazo de todos os produtos de uma mesma família por laboratório.

Hospital 2 -

Efetivamente, não se pôde observar melhorias de ordem operacional – a não ser o fato de se ter modificado a programação de compras por 3 meses ao invés de 2 meses (nas duas compras conjuntas de medicamentos). A lição mais significativa é a de que é perfeitamente possível a aliança de instituições – a princípio concorrentes/competidoras – para atingir um objetivo comum. Isto se tornou possível dentro de um regime de confiança mútua e em um clima muito favorável. Há grande possibilidade de evolução do “Grupo de Compras”, mas certamente um outro alicerce precisa ser mais efetivo – a padronização de procedimentos médicos para que se consiga racionalizar o volume dos itens comuns aos hospitais e potencializar as compras junto aos fornecedores (produção de itens específicos para os hospitais do grupo, por exemplo)

Hospital 3 -

Não notou-se melhoria pois, não houve alteração no processo operacional envolvendo compras, recebimento, armazenamento e distribuição. Em relação à melhoria técnica não houve alteração, uma vez que mantivemos a compra dos produtos regularmente utilizados.

Hospital 4 -

Como melhoria operacional pode-se citar a redução de atividades em razão da negociação de lotes de compras maiores (3 meses) para os itens “A” da curva. Agora dispõe-se desse tempo para melhorar outras negociações.

Hospital 5 -

Através do “Grupo de Compras” de compras identificou-se pontos fortes e fracos. Não era sabido se comprava-se bem ou não. Desse modo pode-se avaliar os processos. Por exemplo, está se questionando a compra através de uma concorrência pura e simples e podendo-se buscar novas formas para comprar.

Não se conhece as possibilidades

Hospital 6 -

Não respondeu.

Quais as melhorias de ordem técnica?

Hospital 1 -

a) O volume utilizado pelo conjunto de hospitais permite um poder de negociação muito forte.

b) Possibilidade: aumento do número de itens dos hospitais para negociação.

Hospital 2 -

A principal melhoria de ordem técnica foi a introdução de uma avaliação dos fornecedores quanto a requisitos técnicos estabelecidos pelo conjunto de farmacêuticos dos hospitais.

Hospital 3 -

Não respondeu.

Hospital 4 -

Não foram identificadas melhorias de ordem técnica.

Hospital 5 -

O grupo influi na valorização dos grupos de padronização e de farmácia, que passam a ser fundamentais para que o “Grupo de Compras” atinja seus objetivos.

Hospital 6 -

Não respondeu.

Os meios de racionalização e padronização de materiais e medicamentos utilizados pelos Hospitais auxiliam o processo de seleção de itens e o processo de compras? É possível ter-se uma padronização para todos os componentes da aliança? Depende do que? Existe algum objetivo estabelecido pela aliança neste sentido?

Hospital 1 -

Hoje, existe uma diferença significativa na padronização dos Hospitais. O grupo de Diretores Clínicos e de Farmacêuticos dos Hospitais da aliança podem contribuir muito para se idealizar uma padronização mais próxima. Com isto, ter-se-ia ganho maior na competitividade de fornecedores e no aumento do volume de compra dos hospitais.

Hospital 2 -

Cada hospital do grupo pode se diferenciar dos demais pelo tipo de clientela atendida, pelo grau de complexidade dos procedimentos/serviços realizados (em regime de internação ou ambulatorial) e pela importância relativa de cada especialidade médica na demanda de seus pacientes – por exemplo, oncologia, berçário/maternidade, terapia intensiva etc – e isso torna a racionalização, por meio de uma mesma padronização de itens, mais complicada. É claro que existem insumos que, pela generalidade do uso, são comuns a todos os hospitais

(seringas, agulhas, antibióticos, analgésicos, anestésicos etc.) e podem fazer parte do objetivo da compra conjunta. No entanto, conforme citado anteriormente, o corpo clínico (assim como os demais integrantes da equipe assistencial) exerce grande influência sobre a padronização, e, se em uma instituição isolada, a padronização já é um trabalho árduo e constante, o que dizer de unir vários hospitais, cada um com seu grupo próprio de usuários? O que é possível afirmar é que existe uma firme disposição de estabelecer protocolos clínicos comuns, com padronização de procedimentos e, por consequência, com a padronização dos insumos utilizados, eis que o “Grupo de Compras” é entendido pela Diretoria (e, crê-se, pela dos demais hospitais) apenas como um dos alicerces da aliança estratégica formada pelos diversos hospitais.

Hospital 3 -

Não existe uma uniformidade completa entre os participantes do grupo, mas a padronização é compatível com a maioria dos participantes. O trabalho tem sido voltado com marcas que garantam a qualidade dos serviços que se oferece.

Hospital 4 -

Ainda não se implantou a padronização no Hospital. Sem dúvida, é possível padronizar os principais medicamentos da curva “A” para todo o grupo.

A padronização de materiais e medicamentos depende da padronização dos procedimentos clínicos desempenhados pelos hospitais.

A aliança implantou uma comissão formada pelos diretores clínicos dos hospitais com o objetivo de padronizar os procedimentos necessários para a padronização dos materiais e medicamentos. Porém, essa comissão ainda não apresentou resultados.

Hospital 5 -

A padronização interna é espetacular para o Hospital e auxilia muito todo o processo de compra.

Acho que a longo prazo a padronização deve ser estendida ao grupo.

A padronização de medicamentos no “Grupo de Compras” depende da troca de informações e do relacionamento efetivo entre os diretores clínicos e as comissões de medicamentos dos hospitais participantes.

A aliança tem por objetivo a padronização do maior número de medicamentos possível.

Hospital 6 -

A padronização ajudaria a operação do “Grupo de Compras” e deve ser um passo importante para a sua consolidação.

Quais os fatores que facilitam e que dificultam as atividades do “Grupo de Compras”? Quais os mecanismos ou providências devem ser tomadas para garantir a continuidade do “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

Atualmente, forma-se um vínculo muito forte entre os gerentes dos hospitais pela convivência contínua, e principalmente pela confiabilidade e a abertura que cada um busca compartilhar no desenvolvimento dos trabalhos. Para dar continuidade ao “Grupo de Compras”, o trabalho que vêm sendo desenvolvido, mostra a importância da aliança pelos ganhos alcançados.

A oxigenação dos subgrupos contribuirá para a continuidade do “Grupo de Compras”.

Hospital 2 -

Muitas ações já foram desenvolvidas – umas com sucesso, outras ainda não – para que se incremente a relação de insumos que farão parte das compras em conjunto. Como exemplo, pode-se citar os materiais médico-hospitalares comuns a todos, ou que representam grande valor financeiro nas compras mensais de cada hospital (seringas e agulhas, fios de sutura,

tubos de intubação traqueal). A ampliação da linha de itens a serem comprados, certamente contribuirá para a continuidade e para o fortalecimento do “Grupo de Compras”.

Hospital 3 -

O grupo busca a curto prazo que as especificações técnicas de apresentação e armazenamento sejam idênticas às marcas atualmente padronizadas. A médio prazo, pretende-se a uniformização da estrutura física das farmácias e almoxarifados, para ampliar o leque de especificações técnicas de armazenamento. A longo prazo, pretende-se a uniformização de técnicas, procedimentos e faturamento para expansão dos itens trabalhados em conjunto.

A continuidade é consequência da obtenção do apoio da Diretoria e Superintendentes das instituições, e trabalhar em uma parceria multidisciplinar composto pelas diretorias clínicas, farmacêuticos e enfermagem.

Hospital 4 -

Há necessidade de uma padronização que forneça mais alternativas de medicamentos para um mesmo procedimento. Hoje muitos medicamentos são exclusivos e não promovem a concorrência e a redução de custo necessárias para o sucesso do “Grupo de Compras”. É vital para a sua continuidade, o estabelecimento de novas alternativas de materiais e medicamentos.

Hospital 5 -

A troca de informação funciona como o mecanismo básico do desenvolvimento da confiança mútua. A continuidade do “Grupo de Compras” depende de uma troca de informação a cada dia maior.

Outro ponto importante para a continuidade é que a definição de objetivos específicos não ocorra a dispersão. A troca de informação sobre o sistema de gerenciamento de estoque é um bom exemplo de uma área onde poder-se-ia trabalhar em conjunto, favorecendo a continuidade do “Grupo de Compras”.

Hospital 6 -

Seria importante a criação de metas e de indicadores.

Existe interferência do nível diretivo dos hospitais nas decisões do “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

Já ocorreram interferências nas decisões do grupo mas foram oportunas, principalmente pelo momento que contribuíram para definições importantes nas primeiras compras onde ainda buscava-se a melhor forma de efetivação de compras no grupo. Como os objetivos do “Grupo de Compras” são objetivos das Instituições que representamos, certamente outras interferências ocorrerão sempre que se fizer necessário.

Hospital 2 -

As diretrizes da Diretoria são trazidas para o nível das Gerências de Suprimentos e de Compras, pelo Superintendente principal executivo do Hospital.

Hospital 3 -

Não. Há na verdade participação e acompanhamento.

Hospital 4 -

Houve na Segunda compra quando deram algumas diretrizes. Normalmente não há interferência.

Hospital 5 -

Não influenciam.

Hospital 6 -

Há influência do nível diretivo nas decisões, mas estas tem sido positivas.

Os resultados obtidos poderiam ter sido alcançados por meio de ações desenvolvidas internamente pelo próprio hospital?

Hospital 1 -

Não.

Hospital 2 -

Os resultados positivos – conforme citado anteriormente – podem ser atribuídos à idéia inovadora da aliança entre os hospitais, que acabou por surpreender o mercado. Nesse sentido, crê-se que não seriam alcançados pela ação isolada do Hospital. No entanto, para que o sucesso se amplie, a idéia de inovação deve ser perseguida, continuamente, buscando outras atividades em que o “Grupo de Compras” marque sua presença no mercado.

Hospital 3 -

Não

Hospital 4 -

Acho que não se poderia alcançar os resultados que não são mensuráveis. Mas considerando-se apenas os resultados financeiros, acredita-se que seria possível alcançá-los através de ações do próprio Hospital

Hospital 5 -

Não

Hospital 6 -

Não respondeu.

Quais as possibilidades de outras atividades serem realizadas pelo “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

Muitas atividades podem ser desenvolvidas em conjunto para melhoria contínua dos processos dos Hospitais, trocando informações sobre indicadores utilizados, custos, realização de eventos que fortifiquem as instituições perante os órgãos públicos e sociedade. Não há dificuldades no desenvolvimento das atividades pela facilidade dos meios de comunicação existentes e que se tem acesso.

Hospital 2 -

Entre outras atividades, o “Grupo de Compras” poderia estabelecer contatos com os fabricantes de insumos de uso hospitalar para obter uma padronização nas embalagens e para a identificação de cada item por meio de etiqueta com código de barras (contendo, não só o código do produto, mas também quando for o caso, o número do lote e a validade). Acredita-se que o “Grupo de Compras” tende a evoluir para uma Central de Compras, como entidade própria e desvinculada – em termos fiscais - dos hospitais. Esta atividade eventualmente poderá trazer ganhos mais significativos que os conseguidos na compra conjunta, como ela é atualmente, em que não se configura uma autonomia fiscal.

Hospital 3 -

A médio prazo, poder-se-ia trabalhar na implantação do código de barras e na melhoria do sistema de informações entre os hospitais e a padronização de alguns procedimentos, tais como kit cirúrgicos, kit curativos e outros. Ou, ainda, a elaboração de pacotes mediante protocolos.

Fatores que facilitam: sendo todos os hospitais de renome, torna-se uma vitrine onde todos gostariam de expor seus produtos e serviços. Portanto, o “Grupo de Compras” tem e terá muita força e poder de barganha, para tanto deve-se dar continuidade séria ao projeto.

Fatores que dificultam: devido ao número de itens, comuns a todos ser, um volume pequeno, acaba dificultando a elaboração da listagem para cotação. Assim, quanto mais produtos forem padronizados entre o grupo, maior será nosso poder de negociação.

Hospital 4 -

Não há concordância com o desenvolvimento de outras atividades pelo mesmo grupo. Deve-se concentrar as atividades na troca de informações comerciais.

A principal dificuldade está relacionada com a falta de uma estrutura específica para o “Grupo de Compras”. Atualmente, as reuniões são muito operacionais e demandam muito tempo dos gerentes. Caso exista uma estrutura específica, os gerentes poderão participar somente dos processos de análise e decisão.

Hospital 5 -

O “Grupo de Compras” pode ampliar suas atividades para abranger todas as funções envolvidas com suprimentos. Não se acredita que o mesmo grupo possa tratar de outras atividades que sejam comuns a todos os hospitais.

Hospital 6 -

Importação de medicamentos e materiais.

Que outras oportunidades poderiam ser desenvolvidas a partir desta experiência?

Hospital 1 -

Troca de informações em áreas como Lavanderia, Esterilização, Manutenção, buscando padronizações de produtos ou protocolos de utilização e/ou procedimento visando redução de custos e aumento da qualidade.

Similarização de indicadores na área de Suprimentos ou outras áreas com o objetivo de comparação de resultados para visualização de crescimento através de macro visão.

Hospital 2 -

Esta resposta já foi oferecida anteriormente.

Hospital 3 -

Padronização de procedimentos e outros

Hospital 4 -

Difícil citar outras oportunidades no momento.

Hospital 5 -

Explorar toda a área de suprimentos, não só compras. E muitas outras como lavanderia.

Hospital 6 -

Não respondeu.

Quais são as perspectivas de crescimento do “Grupo de Compras”, frente ao resultado operacional e financeiro alcançado? Os resultados operacional e financeiro alcançados pelo “Grupo de Compras” permitem estabelecer uma perspectiva de crescimento?

Hospital 1 -

Sim

Hospital 2 -

Sim, desde que persista o clima de confiança e se busque desenvolver outras atividades (como relatado acima).

Hospital 3 -

Há perspectiva de crescimento a partir de fevereiro/março de 2000, quando sem dúvida haverá um leque maior de produtos para compras em conjunto. Também, haverá mais empresas para concorrer com os fornecedores atuais de materiais médicos, esse segmento é muito concentrado. O “Grupo de Compras” está promovendo a entrada desses fornecedores no mercado nacional para estimular a concorrência.

Hospital 4 -

Sem dúvida nenhuma. Apesar dos resultados financeiros estarem aquém das perspectivas da Diretoria, acredita-se no crescimento do “Grupo de Compras”. Ressalta-se que os maiores ganhos não são mensuráveis.

Hospital 5 -

Sim. Sem dúvida

Hospital 6 -

Não respondeu.

Qual a sua avaliação, até o momento, quanto à participação do Hospital no “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

O fortalecimento através do intercâmbio de informações aumenta o profissionalismo, com isto contribuindo para redução de custos nas aquisições como um todo e conseqüentemente um melhor desempenho operacional.

Hospital 2 -

Por tudo o que foi exposto anteriormente, não se pode deixar de concluir com uma avaliação bastante positiva desta experiência de atuar conjuntamente com outros hospitais, na criação de uma nova mentalidade na área da saúde privada e no mercado fornecedor de insumos médico-hospitalares.

Hospital 3 -

Para nós administradores, não deixa de ser um desafio a implantação de uma nova metodologia de trabalho, em conjunto com diversos hospitais na área de suprimentos. No entanto, está dando certo e os objetivos aos poucos estão sendo alcançados.

Hospital 4 -

Considera-se que não se pode prescindir de participar. Todavia, é necessário ressaltar que o “Grupo de Compras” estará fadado ao fracasso se não contar com uma participação mais atuante do coordenador no próximo ano.

Hospital 5 -

Muito boa e altamente positiva. A participação ocorreu com todo o interesse.

Hospital 6 -

Não respondeu.

ANEXO 8 – Posicionamento e entendimento do nível diretivo frente às Alianças Estratégicas
Respostas do questionário aplicado aos Dirigentes dos hospitais integrantes do “Grupo de Compras”

O Anexo 4 apresenta as respostas às entrevistas da parte II do questionário aplicados aos Diretores ou Superintendentes dos hospitais estudados, com relação ao posicionamento mercadológico do hospital e com relação à compreensão da formação de Alianças e do “Grupo de Compras”:

Qual a posição do Hospital no mercado dos hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, na região de influência do Hospital?

Hospital 1 -

Reconhecidos como líder em termos de imagem, marca, credibilidade e qualidade.

Hospital 2 –

Posição de liderança de mercado, em atendimento hospitalar geral, eletivo e de urgência e de algumas especialidades de média e alta complexidade e elevada participação de serviços ambulatoriais de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Hospital 3 –

Está entre os 7 grandes hospitais do mercado, tendo em vista sua tradição, seu corpo clínico, sua tecnologia de ponta e diversidade de serviços oferecidos.

Hospital 4 -

Hospital especializado, de alta complexidade, de grande porte, filantrópico. Há a tentativa de ser um dos melhores em gastroenterologia, urologia e oncologia e isto está sendo conseguido.

Hospital 5 -

Hospital sem fins lucrativos, posicionado entre os 5 principais hospitais em termos de qualidade e imagem.

Hospital 6 -

Encontra-se entre os cinco melhores hospitais de sua região, aberto à maior parte dos planos de saúde mais importantes.

Qual o grau de Influência Populacional do Hospital, ou seja, qual a população de abrangência, ou qual a população que pode ter acesso ao Hospital?

Hospital 1 -

20%

Hospital 2 –

Um pouco mais de um milhão de pessoas.

Hospital 3 –

O Hospital trabalha com grande número de convênio médicos e atende também particulares. Esse seria seu público alvo. A limitação eventual ocorre em função dos próprios convênios, que não oferecem todos os serviços/atendimentos disponíveis.

Não se conhece o número de pessoas cobertas por cada seguro/plano que dá direito aos nossos serviços.

Hospital 4 -

Não se conhece o volume de cada plano que dá direito aos serviços do Hospital.

Hospital 5 -

Não se dispõe desta informação.

Hospital 6 -

Atinge uma população de 700 a 800 mil vidas.

Quais as principais Fontes Pagadoras para o Hospital e o grau de interdependência com elas? Qual a participação das três maiores na Receita Operacional Total?

Hospital 1 -

Unimed, Golden Cross, Bradesco Seguros, Sul América

Sim, o Hospital tem alto grau de dependência da Unimed

A participação percentual das três maiores fontes na Receita Operacional Total é de 57%

Hospital 2 -

Bradesco (14%), Sul-América (8%), Omint/Itau (6%), Amil, Porto Seguro, Marítima, etc.

Hospital 3 -

Amil, Porto Seguro, Sul América, CESP, CABESP,

Duas delas tem participação importante no movimento do Hospital.

Hospital 4 -

Sul América 25%, Bradesco 12%, Itau/Omint 8%, CABESP 6%.

Sim, a Sul América.

Hospital 5 -

Interclínicas 30%

Sul América 16%

Classes Laboriosas 8%

Sim, Interclínicas.

Hospital 6 -

As principais fontes pagadoras são: Amil, Golden Cross, Sul-América, Classes Laboriosas e Bradesco. As três primeiras representam 20% da receita operacional, não havendo dependência maior a qualquer dos planos.

Qual a intensidade com que cada um dos fatores abaixo poderá influenciar o desempenho do Hospital nos próximos anos?

Influencia fortemente = 5

Influencia = 4

Influencia moderadamente = 3

Influencia pouco = 2

Não influencia = 1

Novos concorrentes

Hospital 1 - 3

Hospital 2 - 5

Hospital 3 - 5

Hospital 4 - 3

Hospital 5 - 3

Hospital 6 - 5

Ambiente econômico externo

Hospital 1 - 1
Hospital 2 - 3
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 4
Hospital 5 - 4
Hospital 6 - 3

Avanços da tecnologia médica

Hospital 1 - 5
Hospital 2 - 3
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 4
Hospital 5 - 3
Hospital 6 - 5

Avanços da tecnologia de gestão

Hospital 1 - 4
Hospital 2 - 5
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 5
Hospital 5 - 3
Hospital 6 - 3

Aumento dos custos operacionais

Hospital 1 - 4
Hospital 2 - 5
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 4
Hospital 5 - 4
Hospital 6 - 5

Maior conhecimento gerencial

Hospital 1 - 3
Hospital 2 - 5
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 3
Hospital 5 - 3
Hospital 6 - 3

Treinamento de pessoal

Hospital 1 - 5
Hospital 2 - 5
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 3
Hospital 5 - 3
Hospital 6 - 5

Diferenciação de serviços

Hospital 1 - 4
Hospital 2 - 3
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 5
Hospital 5 - 4
Hospital 6 - 5

Ampliação de mercado e serviços

Hospital 1 - 2
Hospital 2 - 5
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 5
Hospital 5 - 4
Hospital 6 - 3

Produção de serviços médicos em escala

Hospital 1 - 4
Hospital 2 - 3
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 3
Hospital 5 - 4
Hospital 6 - 3

Verticalização de serviços

Hospital 1 - 2
Hospital 2 - 3
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 1
Hospital 5 - 3
Hospital 6 - 3

Terceirização de serviços

Hospital 1 - 3
Hospital 2 - 1
Hospital 3 - 5
Hospital 4 - 2
Hospital 5 - 3
Hospital 6 - 3

O Planejamento Estratégico do Hospital prevê o estabelecimento de alianças?

Hospital 1 -
 Sim.

Hospital 2 -
 Sim. Como uma forma de alcançar seus objetivos estratégicos.

Hospital 3 -
 Prevê alianças, com outras empresas e com serviços médicos, principalmente.

Hospital 4 -

Não.

Hospital 5 -

Formalmente não.

Hospital 6 -

O Planejamento Estratégico não prevê, até o momento, ênfase às alianças estratégicas, embora venha se discutindo esse assunto com interesse.

O Hospital participa de alguma outra aliança? Qual?

Hospital 1 -

Sim.

ASCON – uma associação que reúne 4 hospitais e dezoito clínicas cujo objetivo principal é discutir problemas relacionados com a qualidade dos serviços oferecidos

Hospital 2 -

Não.

Hospital 3 -

Sim.

“Grupo de Compras” de Materiais e Medicamentos e Projetos de Qualidade no Atendimento.

Hospital 4 -

Sim.

Há a participação de um acordo de transferência de tecnologia com um hospital no exterior.

Hospital 5 -

Sim, participa-se de outros grupos que reúnem hospitais para tratar de assuntos de natureza comercial e estratégica.

Hospital 6 -

Não

Quais as prioridades e objetivos do hospital para os próximos anos, como por exemplo, a conquista de novos mercados ou avanço tecnológico? Estes objetivos podem ser mais facilmente alcançados se desenvolvidos por meio de alianças?

Hospital 1 -

Definição da visão de longo prazo voltada para especialidades conquistando novos mercados, com avanço tecnológico e focos em grandes procedimentos. Através da aliança conseguiu-se a troca de informações e o fortalecimento das negociações, fundamentais para o crescimento programado.

Hospital 2 -

Os objetivos estratégicos estabelecidos pelo Hospital são: expansão de mercado, aumento da qualidade, redução de custos, descentralização administrativa, desenvolvimento de pessoal, ensino e pesquisa.

Hospital 3 -

Definição de áreas de atuação diversificadas, intensificação (melhoria de qualidade) das existentes.

As alianças com terceiros são importantes, em algumas áreas, mas não necessárias em sua totalidade. São mais utilizadas em implantação de serviços que fogem às características de hospital.

Hospital 4 -

Crescer e se aprofundar na especialização das áreas escolhidas como estratégicas; desenvolver e priorizar a disseminação do conhecimento médico através de uma área destinada ao ensino e à pesquisa.

Sim, as alianças podem ajudar o Hospital a alcançar seus objetivos estratégicos.

Hospital 5 -

O planejamento estratégico está centrado em dois objetivos: a renovação do Hospital e o desenvolvimento de nichos de atuação (p.e., neurologia, oncologia, cardiologia, ortopedia).

Para a renovação não há a concordância de que uma aliança facilitaria o processo. Contudo, para as áreas de especialização a cooperação técnica e científica na área médica pode fazer parte de uma aliança.

Hospital 6 -

A prioridade do momento é manter o mercado conquistado, definindo melhor o segmento de atuação. A principal motivação de alianças com outros hospitais é prevenir e evitar a concorrência predatória.

Quais os motivos principais para a formação de alianças com outros hospitais?

Hospital 1 -

Construção de um modelo comum politicamente estratégico.

Unificação de objetivos com a promoção da integração e troca de experiência.

Fortalecimento das negociações.

Hospital 2 -

Buscar vantagens pela agregação de valor que ocorre ao se compartilhar recursos.

Hospital 3 -

Primeiro foi um decorrência de uma aliança maior. Os motivos principais estão relacionados aos custos cada vez mais altos, as pressões dos convênios em cima da margem de comercialização, e até a uma racionalização de compras, baseada no exemplo praticado pelos demais hospitais.

Hospital 4 -

Racionalizar recursos ou difundir conhecimento.

Hospital 5 -

Conhecer o mercado de atuação; defender interesses comuns; tratar de ações governamentais, aumentar o volume; desenvolver novos fornecedores; fortalecer contra a concorrência externa.

Um ponto a ser tratado em conjunto pelos hospitais é a reformulação da tabela de preços dos hospitais que ficou deturpada, em consequência dos longos anos de inflação alta.

Hospital 6 -

Não respondeu

Quais os critérios que o Hospital se utiliza para escolha e aceitação de outras instituições para se estabelecer uma aliança?

Hospital 1 -

Entidades com objetivos comuns, mesma cultura e princípios e ideologia comuns.

Hospital 2 -

Mesma ideologia, capacidade de agregar valores e melhoria de qualidade, mercado e interesse comuns.

Hospital 3 -

Instituições sérias e transparentes, que apresentem nível de qualidade adequado e semelhante.

Hospital 4 -

Hospitais que tenham os mesmos interesses, o mesmo perfil e uma postura de mercado compatível.

Hospital 5 -

Hoje os critérios são totalmente subjetivos. Houve a tentativa de associação aos hospitais que atuam no mesmo segmento de mercado em termos de imagem, tecnologia e público-alvo.

Hospital 6 -

Porte e complexidade semelhantes e que disputem o mesmo segmento de mercado.

Quais as condições atuais no cenário interno e externo ao Hospital que propicia a formação de alianças?

Hospital 1 -

O cenário de relacionamento com as fontes pagadoras (cada vez mais agressivo).

Hospital 2 -

Cenário de relacionamento mais agressivo com as Fontes Pagadoras, concentração de renda, diminuição da margem de lucro, tecnologia e excelência de serviços, maior competição, racionalização de recursos e globalização da economia.

Hospital 3 -

Cenário Interno: estudos de avaliações de necessidades, e disposições da Diretoria.

Cenário Externo: demanda por alianças está crescendo, em vista das dificuldades econômicas, advento da globalização.

Hospital 4 -

Do ponto de vista da racionalização de recursos, há necessidade de melhorar os resultados, reduzindo custos, enfim, melhorar competitividade.

Com relação à proposta de criação de uma área de ensino e pesquisa que envolva a absorção e a difusão do conhecimento, é necessário o relacionamento com outras organizações, tanto para buscar o conhecimento como para disseminá-lo.

Hospital 5 -

As condições podem ser descritas pela pressão da concorrência externa, pressões governamentais e pressões das fontes pagadoras. Também observa-se a conscientização das administrações dos hospitais no sentido de trocar informações e realizar *benchmark*. E, ainda, buscar o fortalecimento da imagem através das associações.

Como fator interno identifica-se a busca de uma administração mais profissional.

Hospital 6 -

A ampliação da atuação e poder das operadoras de planos de saúde tem reduzido a rentabilidade dos hospitais, paralela a uma desorganização da classe médica, a que mais perdeu com as mudanças em curso. Esses dois elementos forçam os hospitais a repensarem o modelo de prestação de serviço às operadoras.

**O fato de participar de alianças pode alterar a competitividade do Hospital?
Como?**

Hospital 1 -

Sim, pelo fortalecimento da marca e pela redução do custo obtido na negociação de produtos.

Hospital 2 -

Deve ocorrer fortalecimento da marca, aumento da competitividade e redução de custos operacionais, tecnologia de ponta em maior escala de consumo e aparecimento de novos mercados.

Hospital 3 -

Pode ou não aumentar a competitividade. Em caso positivo, acredita-se que seja em função do fortalecimento das instituições parceiras e do maior domínio do conhecimento de mercado.

Hospital 4 -

Com certeza, reduzindo custos e absorvendo tecnologias inovadoras, e dessa forma, firmando a imagem do Hospital.

Hospital 5 -

Sim. Alianças como o “Grupo de Compras” favorecem a redução dos custos e aumentam a competitividade. As alianças com outras organizações de referência ajudam na construção da imagem e nos avanços tecnológicos.

Hospital 6 -

As alianças podem alterar para melhor, a competitividade do hospital, em relação aos hospitais que não estão aliados, mas perde em se tratando de competição entre pares, que de alguma forma compartilham o mesmo segmento de mercado.

A participação em alianças deve aumentar ou diminuir a competição entre os Hospitais que participam da aliança?

Hospital 1 -

Deve diminuir.

Hospital 2 -

Aumenta, na medida em que conhece o que os demais fazem melhor. A troca de informações adiciona mais valor do que a redução de custo e serve para todos os participantes.

Hospital 3 -

Não respondeu

Hospital 4 -

Deve aumentar a capacidade competitiva de cada hospital, mas não acirra a competição entre os participantes.

Hospital 5 -

Não diminui. Mantém ou aumenta. A partir do conhecimento das informações dos concorrentes, a reação normal é a adoção de medidas para neutralizar ou fortalecer os pontos em que o Hospital está mais fraco.

Hospital 6 -

Resposta anterior.

A participação em alianças aumenta o grau de colaboração entre os hospitais?

Hospital 1 -

Sim.

Hospital 2 -

Pode ser.

Hospital 3 -

O grau de participação sempre aumenta. Mas é preciso, em cada caso, aferir se não é apenas fachada. O que de concreto acontece.

Hospital 4 -

Ainda é cedo para avaliar, mas aparentemente sim.

Hospital 5 -

Sem dúvida aumentou, a troca de informação é uma evidência clara.

Hospital 6 -

Aparentemente, pouco influi no grau de colaboração entre os hospitais.

Está claro qual o limite entre a colaboração e a competição entre os hospitais ao participar de uma aliança? Qual a forma de desenvolver estes limites?

Hospital 1 -

Sim.

Através da elaboração de estatutos de atuação

Hospital 2 -

Em geral não é claro. Pode-se conseguir com uma adequada definição do papel de cada participante e os limites financeiros podem auxiliar nesta determinação.

Hospital 3 -

Nem sempre fica claro o limite entre colaboração e competição. Pode-se desenvolver esses limites com prévia e clara definição de papéis, por exemplo.

Hospital 4 -

Não está claro. Os limites são definidos individualmente por cada participante. Cada um decide até onde deve compartilhar as informações sobre sua empresa.

A definição de limites só será possível após o amadurecimento do grupo.

Hospital 5 -

No “Grupo de Compras” está claro. Mas nos outros grupos, os limites ainda não estão bem definidos. Como as alianças são recentes os limites estão meios nebulosos.

A forma de definir limites é estabelecer os objetivos e as formas de atuação das alianças.

Hospital 6 -

Determinar limites entre aliança e competição é tarefa muito difícil, uma vez que não há ainda um grau de amadurecimento no clima de confiança que deve existir entre hospitais.

A existência de alianças entre hospitais pode dificultar ou favorecer o aparecimento de novas instituições hospitalares no mercado médico-hospitalar? Dificultar significa que a aliança é uma barreira à entrada de novas instituições nesse mercado.

Hospital 1 -

O aparecimento de novas instituições no mercado médico-hospitalar representa um fator independente e isolado à criação de alianças entre hospitais.

Hospital 2 -

Aparentemente sim, porém de difícil avaliação, entretanto, será possível definir com maior precisão com o amadurecimento da aliança.

Hospital 3 -

Entende-se que mais favorece do que dificulta.

Hospital 4 -

Não se vê as alianças como um mecanismo que dificulte a entrada de novos concorrentes no segmento. Na verdade, elas desenvolvem a capacidade competitiva do hospital mas fica difícil avaliar até onde as alianças podem constituir uma barreira efetiva à entrada de novos concorrentes.

Hospital 5 -

As alianças não deveriam ser uma barreira em termos de formação de uma reserva ou cartel. Mas alianças como uma competência tende a estabelecer uma barreira a novos entrantes no segmento.

Hospital 6 -

As alianças, quando bem construídas e com alto poder de barganha junto às operadoras podem inibir o aparecimento de outros competidores. No momento, acredito que não tenhamos transposto a barreira da civilidade, o mercado é ainda muito selvagem e propício a aventuras.

Qual a sua expectativa quanto a reação das Fontes Pagadoras à formação de uma aliança entre os hospitais?

Hospital 1 -

O fortalecimento dos hospitais através da aliança não é bem aceito pelos convênios, pois os hospitais ficam fortalecidos e criam-se barreiras na negociação.

Hospital 2 -

Aparentemente, as Fontes Pagadoras devem entender como uma ameaça a formação de alianças entre os hospitais.

Hospital 3 -

Não vejo nenhum problema, uma vez que a quantidade de alianças não deve ser grande, em função da própria individualidade de cada uma, e não tradição para esse prática. Há desconfiança no meio hospitalar e as instituições não se abrem. Toda troca é difícil, e raramente é completa.

Hospital 4 -

Existe uma certa curiosidade com relação às outras alianças. No caso do grupo de compra não se percebe nenhuma reação. Mas existe uma preocupação com relação à incorporação de tecnologia que quase sempre pode significar aumento dos custos.

Hospital 5 -

Acho que a reação se assemelhará à reação dos laboratórios e fabricantes, adversa no início, mas com o tempo aceitam e participam normalmente das cotações.

Hospital 6 -

Para as Fontes Pagadoras, as alianças entre hospitais são sempre uma ameaça. Mesmo o “Grupo de Compras” pode ser visto como uma ameaça, na medida que as operadoras terão dificuldades para fornecerem, diretamente, os produtos médico-hospitalares a seus beneficiários.

A preferência de atividades em aliança com outros hospitais deve ser para as assistenciais, como transporte de pacientes graves, laboratórios e banco de sangue ou em atividades de apoio, como lavanderia, manutenção etc.? Vale dizer, o objetivo do Hospital com as alianças está focado em ampliar o mercado, novos produtos, novos clientes e consequentemente aumento de receita ou em compartilhar serviços, racionalizar recursos e consequentemente diminuir despesas?

Hospital 1 -

As atividades em aliança podem atingir qualquer área da instituição

Hospital 2 -

As alianças são possíveis e trazem ganhos aos seus componentes ao se estabelecerem tanto para as áreas fins da atividade principal da instituição, como para as áreas da atividade-meio.

Hospital 3 -

As duas posições são de interesse, dependendo da época, oportunidade e parceiro. Atualmente, pensa-se mais na primeira hipótese (assistenciais), embora se esteja participando de aliança ("Grupo de Compras"), que está mais para diminuição de despesas.

Hospital 4 -

O Hospital não acredita em alianças na área fim, pois o risco de descaracterização frente ao mercado é muito grande. Por outro lado, estamos abertos a qualquer iniciativa nas atividades de apoio.

Hospital 5 -

Pode-se desenvolver alianças nos dois lados. Busca-se no "Grupo de Compras" a racionalização de recursos, e em outra experiência mais recente a possibilidade de ampliação de serviços. Entretanto, o Hospital não estabeleceu uma posição com relação à questão.

Hospital 6 -

As alianças que objetivam redução de custos operacionais e compartilhamento de serviços de apoio são, à primeira vista, mais simples de serem absorvidas e aceitas, sem grandes mudanças na cultura organizacional.

Existe risco para o Hospital ao ocorrer uma interdependência entre as instituições participantes de uma aliança?

Hospital 1 -

Não existe risco, pois são acordadas estratégias em conjunto mas as operacionalizações são isoladas.

Hospital 2 -

É uma condição que não deve ser tomada como de risco, uma vez que em toda aliança ocorre uma condição de interdependência.

Hospital 3 -

A Instituição (qualquer uma), pelo fato de existir, já corre risco. No nosso caso, leva-se muito em conta o risco que comprometa o nome ou a imagem do Hospital.

Hospital 4 -

Os riscos são maiores na área fim. Nas áreas que se possui alianças, o risco de interdependência é pequeno.

Hospital 5 -

Hoje nossas alianças envolvem um risco pequeno, limitado. Quando se partirem para parcerias efetivadas através de novos negócios, passa a existir o risco do próprio negócio

Hospital 6 -

As alianças, qualquer que sejam, têm um risco de criar dependência.

Quais os limites de risco, quanto à perdas financeiras, operacionais ou de imagem institucional estabelecido pelo Hospital para permanecer em uma aliança?

Hospital 1 -

Não existe risco, pois cada hospital continua atuando individualmente, apenas buscando estratégias comuns.

Hospital 2 -

Os riscos devem ser avaliados e tomados à medida dos benefícios a serem alcançados.

Hospital 3 -

Não respondeu.

Hospital 4 -

Os riscos envolvidos na aliança não podem comprometer a imagem ou a operação do Hospital. Estamos dispostos a permanecer em uma aliança, enquanto os riscos forem compatíveis com os resultados esperados.

Hospital 5 -

É difícil estabelecer um limite. Para o “Grupo de Compras” o Hospital assumiu algum risco quando estabeleceu que compraria através do grupo mesmo que o preço alcançado pelo “Grupo de Compras” fosse maior do que o preço que o Hospital consegue individualmente. Arriscamos para investir na credibilidade junto aos fornecedores, mas não podemos quantificar.

Também estamos investindo no desenvolvimento, em parceria com outro hospital, de uma pesquisa de mercado.

Hospital 6 -

Não existe determinado um limite de perda, uma vez que seu compromisso é pequeno e pode ser rompido ao menor sinal de desconforto, que dirá de perdas.

Quais os motivos que levaram o Hospital a decidir pela participação no “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

Fortalecimento nas negociações pelo volume negociado.

Hospital 2 -

Por fazer parte de um projeto piloto ou inicial de formação de alianças estratégicas entre hospitais abrangendo várias de atuação.

Hospital 3 -

Primeiro foi um decorrência de uma aliança maior. Os motivos principais estão relacionados aos custos cada vez mais altos, as pressões dos convênios em cima da margem de comercialização, e até a uma racionalização de compras, baseada no exemplo praticado pelos demais hospitais.

Hospital 4 -

Buscar uma forma mais eficiente para os processos de compras.

Hospital 5 -

O Hospital já tinha participado de algumas compras conjuntas em outras ocasiões e os resultados foram considerados aceitáveis. Além dos objetivos financeiros também se pretendia aumentar o poder de negociação frente aos laboratório. Ou reduzir a pressão que os laboratórios e fabricantes exercem.

Hospital 6 -

O suprimento de medicamentos do Hospital é realizado de forma terceirizada, mas optou-se pela participação para não estar alijado deste movimento e como um processo de aprendizado, como também para servir como experiência a outras formas de alianças.

Quais os objetivos e as metas estabelecidas para o “Grupo de Compras” para o ano de 1999? Estão sendo atingidos? Existe uma proposta a ser cumprida a longo prazo?

Hospital 1 -

Redução de 10% no custo da compra dos itens da curva A .

Sim.

Aquisição de produtos incluindo a curva B .

Hospital 2 -

O objetivo principal é o de fortalecer as relações entre os hospitais. Os objetivos financeiros estão sendo parcialmente alcançados e a proposta a ser cumprida a longo prazo é a consolidação da aliança.

Hospital 3 -

O primeiro ano sempre é mais difícil. Considera-se que o principal era a criação do “Grupo de Compras”, a definição de suas atividades, atribuições de tarefas, organização e sua instalação no mercado, como força efetiva de um grupo formado por 7 entre 8 de grandes hospitais.

Nos parece estar sendo atingido

Não parece existir proposta a longo prazo, mas sim uma expectativa de que o grupo cresça, tenha regras definidas, seja fortalecido e reconhecido, e realmente traga benefícios aos hospitais.

Hospital 4 -

O primeiro objetivo foi consolidar o grupo como tal, desenvolver a colaboração efetiva, desenvolver a forma de funcionamento e construir a imagem do grupo frente aos fornecedores.

A meta principal foi a elaboração de uma cesta de medicamentos, consolidá-la e desenvolver uma cesta básica de materiais.

Sim. Estão sendo atingidos.

Sim. Desenvolver uma estrutura específica para a operação das atividades do grupo e de outras atividades que seriam incorporadas.

Hospital 5 -

O Hospital não definiu objetivos e metas quantitativas. O principal objetivo era contribuir para que o “Grupo de Compras” desse certo.

Sim. Muito mais para medicamentos do que para materiais. De modo geral está dando certo.

Existe. Não foi quantificado, mas existe. Pretende-se incluir na cesta do “Grupo de Compras” todos os itens “A” da curva de materiais e medicamentos.

Hospital 6 -

Pelas suas particularidades o Hospital não obteve benefícios diretos expressivos com o “Grupo de Compras” em 1999, mas espera obtê-los nos demais itens a serem comercializados em grupo.

Qual o nível de investimento que o Hospital está disposto a fazer para incentivar ou intensificar as atividades em conjunto com os hospitais que fazem parte do “Grupo de Compras”? Qual a porcentagem da Receita Operacional que poderia ser destinada para este fim? Haveria diferenças no valor desse investimento em função de alianças em áreas prioritárias ou estratégicas para o Hospital? Quais são essas áreas?

Hospital 1 -

O investimento deve ser compatível com os ganhos almejados pelo Hospital, portanto, em compras, o ganho deve superar o gasto com a operacionalização.

Hospital 2 -

O investimento deve ser estabelecido em função da área de atuação, dos benefícios esperados e da importância estratégica da área ou atividade. Para a atividade de compras em conjunto pode estabelecer um limite de 2% das despesas em materiais e medicamentos, o que equivale a 0,4% da Receita Operacional.

Hospital 3 -

Não há previsão do valor de investimento necessário. O que existe é o compromisso assumido, de estar junto e com o grupo, e o que for decidido será cumprido. Cada investimento é importante, sendo difícil priorizar eventuais diferenças.

Hospital 4 -

Há disposição de fazer qualquer investimento, desde sejam compatíveis com os resultados esperados.

Hospital 5 -

É difícil quantificar o nível de investimento, mas é proporcional aos benefícios potenciais. Quanto ao percentual, não se têm idéia, pois a decisão é de nível estratégico. Acredita-se que os montantes seriam diferentes em caso de investimento em áreas estratégicas. As áreas com maior potencial para receber investimentos são as que visam a capacitação tecnológica e o atendimento de novos mercados.

Hospital 6 -

Não há ainda uma proposta a longo prazo e não existe necessidade de investimentos.

Quais as facilidades e dificuldades internas na implantação do “Grupo de Compras”? Quais os conflitos ocorridos? Como foram solucionados?

Hospital 1 -

Não houve dificuldades.

Hospital 2 -

Não houve dificuldades para a implantação do “Grupo de Compras” em nível interno, devido às poucas alterações estruturais e de funcionamento necessário e da diretriz da Diretoria apoiando o projeto.

Hospital 3 -

O “Grupo de Compras” foi proposto, internamente, pela própria Diretoria, o que facilitou sua aceitação. A Direção Superior foi sensível à proposta, e está acompanhando de perto sua evolução.

Hospital 4 -

Não houve nenhuma dificuldade interna. O apoio da alta direção facilitou a viabilização da implantação interna do grupo.

Hospital 5 -

A primeira dificuldade foi decidir quem seriam os primeiros a fornecer as informações. Também surgiram algumas dificuldades na padronização dos medicamentos que seriam trabalhados e na definição dos critérios de compra e de participação no grupo. Existiam desconfianças em um primeiro momento mas foram sendo eliminadas ao longo do processo.

A solução dos conflitos sempre baseou-se na adoção de um critério claro. Para solucionar a definição dos medicamentos que comporiam a cesta do grupo o critério adotado foi baseado no volume que poderia favorecer a negociação junto aos fornecedores.

A participação no “Grupo de Compras” de um Hospital que possui sua farmácia terceirizada também gerou discussões, mas o grupo decidiu pela participação baseado no critério de fortalecimento do grupo.

Hospital 6 -

Não respondeu.

Quais as facilidades e dificuldades de relacionamento com os demais participantes do “Grupo de Compras”? Quais os conflitos ocorridos? Como foram solucionados?

Hospital 1 -

Não houve dificuldades.

Hospital 2 -

As facilidades de relacionamento entre os participantes são decorrentes do apoio institucional ao projeto e não houve a ocorrência de conflitos interpessoais.

Hospital 3 -

O relacionamento foi tranquilo, estamos convictos de que foi acertada a escolha dos parceiros.

Hospital 4 -

O grupo é muito heterogêneo, diferenças nos objetivos econômicos e na complexidade dos hospitais dificultam a definição da cesta de medicamentos e a padronização de marcas.

Os principais conflitos estavam relacionados com a falta de compromisso com o “Grupo de Compras”. Alguns participantes compraram itens da cesta fora do grupo.

Outro conflito está relacionado com a utilização de medicamentos de 2ª linha. Muitos hospitais continuaram a comprar materiais e medicamentos de 2ª linha, quando a padronização do grupo é baseada em materiais e medicamentos de 1ª linha, pois a maioria dos participantes utiliza 1ª linha.

A solução dos conflitos depende da convergência dos participantes para um perfil mais homogêneo, dessa forma os conflitos serão minimizados.

Hospital 5 -

Os problemas de relacionamento existiram, por exemplo, a desconfiança, mas foram solucionados e administrados adequadamente pela coordenação informal de um dos participantes. O surgimento dessa postura informal foi um fator facilitador.

Hospital 6 -

Não respondeu

O “Grupo de Compras” representa um compromisso do Hospital, com os demais participantes do “Grupo de Compras”, para se estabelecer outras iniciativas em conjunto?

Hospital 1 -

Sim.

Hospital 2 -

Sim, principalmente em função de um projeto já estabelecido entre algumas das instituições participantes de ampliação da aliança existente.

Hospital 3 -

O que vai determinar o estabelecimento de outras iniciativas em conjunto não é o compromisso assumido em relação ao “Grupo de Compras”, mas sim a relação entre as instituições, entre suas diretorias e entre seus serviços. É o compromisso de fidelidade, de ajuda, de participação. No caso das compras, tem dado certo, mas não determina compromisso para outras atividades em conjunto, embora possa até facilitar o caminho.

Hospital 4 -

Com certeza. Há o compromisso com o desenvolvimento de outras iniciativas.

Hospital 5 -

Sim. O “Grupo de Compras” sinaliza que pretende-se participar de outras iniciativas. Já houve a participação do grupo de farmacêuticos, que se originou do “Grupo de Compras”.

Hospital 6 -

Sim

Qual a sua avaliação, até o momento, quanto à participação do Hospital no “Grupo de Compras”?

Hospital 1 -

O fortalecimento através do intercâmbio de informações aumenta o profissionalismo, tendo com isto contribuído para a redução de custos nas aquisições como um todo e conseqüentemente um melhor desempenho operacional.

Hospital 2 -

Bastante positiva frente aos objetivos parciais estabelecidos.

Hospital 3 -

O resultado final, até o momento é positivo. Houve economia, o relacionamento melhorou (principalmente na área de suprimento), o mercado sentiu (e reagiu). Apesar do retorno financeiro não ter sido totalmente extraordinário, foi interessante. Mas é preciso evoluir muito, ainda, para realmente justificar o trabalho e o movimento realizados

Hospital 4 -

Está sendo uma experiência para definir se o processo de negociação conjunta é viável para a posterior formação de uma aliança formal.

Um ganho indireto muito interessante foi a possibilidade da avaliação da performance da área de suprimentos através da troca de informações entre os participantes.

Hospital 5 -

Bastante proveitosa. A perspectiva é muito boa. O ano de 1999 foi de aprendizado, para o próximo ano os ganhos serão mais significativos. Também se espera que o aumento do número de itens de materiais a serem tratados pelo “Grupo de Compras”.

Hospital 6 -

A participação do Hospital no “Grupo de Compras” pouco modificou as perspectivas internas atuais.