

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
NÍVEL MESTRADO

ELVIS PRESLLI PRESTES

DINÂMICAS COMPETITIVAS NO SETOR DA SAÚDE:  
Um Estudo em Instituições Hospitalares Filantrópicas de Porto Alegre

SÃO LEOPOLDO

2012

Elvis Preslli Prestes

DINÂMICAS COMPETITIVAS NO SETOR DA SAÚDE:  
Um Estudo em Instituições Hospitalares Filantrópicas de Porto Alegre

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do título de Mestre, pelo  
Programa de Pós-Graduação em Administração  
da Universidade do Vale do Rio dos Sinos –  
UNISINOS.

Área de atuação: Estratégias organizacionais

Orientador: Prof. Dr. Eduardo de Oliveira Wilk

São Leopoldo

2012

## AGRADECIMENTO

Chegado este momento tão esperado, as devidas referências não se podiam fazer faltar. Quero desde já desculpar-me por não citar todos os nomes das pessoas que de alguma maneira participaram desta minha jornada e que, de forma mais ou menos efetiva, contribuíram com este processo de aprendizagem, crescimento pessoal e de inserção no universo da vida acadêmica.

Ao Prof. Dr. Eduardo Wilk, por atender meu chamado e acreditar em minha proposta de trabalho, orientando-me e não me deixando esmorecer diante das dificuldades, em todos os encontros sempre trazendo uma palavra amiga, fazendo-me crer que o saber está em todas as coisas da vida.

A todos os professores e colaboradores da Unisinos e principalmente, a todos os colegas do Mestrado, com os quais tive o privilégio de conviver, meus sinceros agradecimentos.

Quero agradecer de forma especial a todas as empresas e instituições na figura de seus representantes que me concederam a tão nobre honra de entrevistá-los, e desta forma materializar este projeto de pesquisa. Meu muito obrigado por terem me recebido e me oportunizado aprender um pouco do enorme saber de cada um de vocês.

Ao Dr. Rogério D. Pires, que mesmo sem me conhecer confiou em minha pessoa delegando-me incumbências de extrema perícia e confiança; ao Sr. Aramy S. Pereira, meu eterno mestre, por absolutamente sempre ter acreditado em mim, ter me ajudado nos momentos mais difíceis, por ser o responsável direto por grande parte do profissional que hoje sou; ao Professor Saulo Ramos, que me apresentou ao universo acadêmico; à minha colega e amiga Clair C. Bernardes, sempre disposta a ajudar, e de fato, ajudando em várias fases de minha pesquisa; ao meu colega de profissão e amigo Ramirez M. Filho, por constantemente me apoiar e me motivar durante todo este processo que se chama Mestrado. Para estas pessoas, meu muito obrigado e prometo não decepcioná-los.

Um agradecimento especial aos Senhores Diretores da Fundação Universitária de Cardiologia, que na época, janeiro de 2010, compunha a Direção do I.C - F.U.C: Diretor Presidente Dr. Ivo A. Nesralla, demais diretores Dr. Mauro Moura, Dr. Renato A. K. Kalil, Dr. Renato C. Vaz; ao Presidente do Conselho Diretor do I.C - F.U.C, Dr. Marne F. Gomes, por terem me apoiado, incentivado e me proporcionado condições para cursar e concluir meu Mestrado.

Aos meus pais que me criaram, me protegeram, me educaram e me ensinaram a ser o cidadão que me tornei, por terem sido pacientes comigo e terem dado tudo que um filho poderia receber.

Aos meus irmãos e irmã por estarem sempre por perto, e sempre dispostos a me ajudar, por serem meus eternos parceiros.

Um agradecimento especial, com muito amor e carinho, para minha esposa e meu filho, por terem dividido comigo todas minhas aflições e alegrias, por terem suportado e superado minha ausência, pois neste período tive que despender muita atenção ao mestrado. Cristiane Prestes e Lineker Prestes vocês são a razão de tudo pra mim, eu amo vocês.

*Nunca existiu uma grande inteligência sem  
uma veia de loucura.*

Aristóteles

## RESUMO

Em um ambiente de negócios globalizado, que está em constante mudança, as organizações hospitalares vêm evoluindo e adaptando-se às exigências a elas impostas, ora pelo governo através de políticas de saúde pública, ora pelo mercado por meio da pressão natural pela eficiência, efetividade, e pela busca da sustentabilidade econômica. Ao abordar o tema de dinâmicas competitivas no setor da saúde no âmbito das organizações hospitalares filantrópicas de Porto Alegre, o presente estudo investiga sobre as transformações e movimentos estratégicos que ocorrem nestas organizações. As dificuldades financeiras enfrentadas pela maioria das organizações hospitalares filantrópicas brasileiras, que são aquelas que tem um regime especial de isenção de impostos, vêm despertando preocupações de ordem política e social e se tornado, nos últimos anos, um dos maiores desafios enfrentados pelas supracitadas entidades. A escolha do tema justifica-se pelo fato de o setor da saúde ter importância capital para a o bem estar de qualquer sociedade, e isto se dá não só pela natureza de suas operações, mas também por fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico. O objetivo deste estudo consistiu em responder a seguinte questão de pesquisa: quais as dinâmicas competitivas que se manifestam atualmente no ambiente das instituições filantrópicas de saúde de Porto Alegre? O método escolhido teve um caráter qualitativo a partir de um estudo de caso exploratório. Para tanto, foram entrevistados seis diretores de entidades de saúde referenciais de Porto Alegre, o Secretário Adjunto da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, dois ex Secretários Estaduais da Saúde do Rio Grande do Sul, um ex Secretário Nacional da Saúde, o diretor presidente da Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul, o diretor presidente do Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre, o superintendente de uma operadora de saúde complementar, três representantes da cadeia de suprimentos de saúde, e um representante de serviços de imagem e diagnóstico. Foi aplicado um questionário semiestruturado, direcionado para cada categoria de entrevistado, contemplando questões referentes ao ambiente regulatório no segmento de saúde, as implicações da sustentabilidade para diferentes entidades, as estratégias adotadas no setor, as pressões exercidas pelas forças que governam a competição no ambiente da saúde, e elementos referentes a proposição de valor nos serviços médicos. As entrevistas foram gravadas e transcritas, procedendo-se a análise de conteúdo, como método de análise e interpretação dos dados coletados. Os resultados indicam a adoção de estratégias empresariais distintas por parte das entidades pesquisadas, cabendo ressaltar: a cooperação como uma orientação estratégica predominante, a proposição de valor como forma de posicionamento, horizontalização das entidades de saúde e foco em especialidades de alta complexidade. O ambiente regulatório do setor, assim como localização geográfica e porte organizacional são apresentados como elementos que condicionam o teor das respostas das entidades hospitalares pesquisadas.

Palavras-chave: Estratégias. Gestão Hospitalar. Organizações Hospitalares. Proposição de Valor.

## ABSTRACT

In a globalized business environment, which is constantly changing, hospital organizations have been evolving and adapting to the demands imposed on them, either by the government, through public health policies or by the market, through the natural pressure for efficiency and effectiveness, and the pursuit of economic sustainability. When approaching the theme of competitive dynamics in the health section within the philanthropic hospital organizations from the city of Porto Alegre, the present study investigates the transformation and strategic movements that occur in these institutions. The financial difficulties faced by most Brazilian philanthropic hospital health care organizations, which are those with a special tax exemption, have been raising concerns of political and social order and has become, in recent years, one of the biggest challenges faced by the entities already mentioned. The choice of the theme is justified by the fact that the health sector has capital importance, for any society's welfare, not only by the nature of its operations, but also for fostering scientific and technological development. The aim of this study consisted in answering the following question: what are the competitive dynamics that are currently displayed in the environment of the philanthropic health institutions in Porto Alegre? The chosen method had a qualitative character from an exploratory case study. In order to do this, six directors of health care reference entities from Porto Alegre were interviewed, the Secretary of Health of the city, two former Secretaries of Health of Rio Grande do Sul, a former National Secretary of Health, two directors of professional associations, the superintendent of an operator of health security plan, three representatives of the supply chain health, and a representative of imaging services and diagnosis. It was applied a semi-structured questionnaire, directed to each category of respondent, covering issues like the regulatory environment in the healthcare segment, the implications of sustainability for different entities, the strategies adopted in the sector, the pressures imposed by the forces that govern the competition, and elements regarding the value proposition to medical services. The interviews were taped and transcribed, and proceed to content analysis, as analysis method and data interpretation. The results indicate the adoption of distinguished strategies by the surveyed entities, highlighting the cooperation as prevailing strategic orientation, the value proposition as a way of positioning, horizontalization of the health institutions and focus on high complexity specialties. The regulatory environment of the sector, as well as its geographical localization and organizational vessel are presented as elements that subject the contents of the surveyed hospital entities' answers.

Keywords: Strategies. Hospital management. Health services. Hospital organizations, Value Proposition.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Arcabouço Teórico - Conceitual .....	44
Quadro 2 – Características do Hospital Divina Providência .....	49
Quadro 3 - Características do Hospital Instituto de Cardiologia.....	49
Quadro 4 - Características do Hospital Mãe de Deus.....	50
Quadro 5 - Características do Hospital Moinhos de Vento .....	51
Quadro 6 - Características do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.....	51
Quadro 7 - Características do Hospital São Lucas da PUC.....	52
Quadro 8 – Porte e Conformação Estrutural .....	54
Quadro 9 - Relação entre Porte e Sustentabilidade .....	55
Quadro 10 – Processo de Crescimento e Evolução .....	56
Quadro 11 - Histórico das políticas de saúde pública no Brasil.....	59
Quadro 12 – Poder Regulatório do Governo .....	63
Quadro 13 - Movimentações estratégicas dos hospitais filantrópicos de Porto Alegre .....	64
Quadro 14 – Rivalidade Interna no setor.....	69
Quadro 15 – Ameaça de Novos Entrantes.....	71
Quadro 16 – Poder de Negociação de Clientes .....	73
Quadro 17 – Produtos e Serviços Substitutos.....	74
Quadro 18 – Poder de Negociação dos Fornecedores .....	77
Quadro 19 – Estratégias de Expansão .....	79
Quadro 20 – Estratégias de Proposição de Valor .....	82
Quadro 21 – Aspectos de Localização Geográfica.....	86
Quadro 22 – Estratégias Predominantes.....	89
Quadro 23 – Aspectos Complementares .....	92
Quadro 24 – Atores Entrevistados.....	108



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Atores externos que influenciam na estratégia das organizações hospitalares .....	14
Figura 2 – Forças que governam a competição .....	34
Figura 3 - Visão sistêmica do ambiente regulatório .....	58

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E QUESTÃO DE PESQUISA</b> .....	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>4</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>DELIMITAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA</b> .....	<b>21</b>
5.1	ESTRUTURA DO TRABALHO .....	21
<b>6</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
6.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	22
6.2	ESTRATÉGIAS .....	23
6.2.1	Estratégia, Definição e Dimensões .....	23
6.2.2	Estratégias no Setor da Saúde .....	24
6.2.3	Competindo em Valor .....	29
6.3	FORÇAS QUE GOVERNAM A COMPETIÇÃO .....	33
6.3.1	Modelo de Análise da Estrutura da Indústria .....	33
6.3.2	Rivalidade Interna.....	36
6.3.3	Novos Entrantes no Setor da Saúde.....	37
6.3.4	Poder dos Fornecedores .....	38
6.3.5	Poder dos Compradores no Setor da Saúde.....	41
6.3.6	Produtos ou Serviços Substitutos .....	43
<b>7</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>45</b>
7.1	A METODOLOGIA DE PESQUISA .....	45
7.2	JUSTIFICATIVA PARA A ESCOLHA DA METODOLOGIA.....	45
7.3	COLETA DE DADOS .....	46
7.4	UNIDADE DE ANÁLISE.....	46
7.5	ANÁLISE DE DADOS .....	47
<b>8</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PESQUISADAS</b> .....	<b>49</b>
<b>9</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>53</b>

9.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENTIDADES HOSPITALARES FILANTRÓPICAS .....	53
<b>9.1.1 Aspectos Relativos à Sustentabilidade.....</b>	<b>54</b>
<b>9.1.2 Aspectos Relativos ao Processo de Crescimento das Organizações.....</b>	<b>56</b>
9.2 AMBIENTE REGULATÓRIO .....	57
9.3 AMBIENTE COMPETITIVO NO ÂMBITO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES FILANTRÓPICAS .....	64
<b>9.3.1 Aspectos Relativos às Estratégias das Organizações.....</b>	<b>64</b>
<b>9.3.2 Aspectos Relativos à Rivalidade.....</b>	<b>68</b>
<b>9.3.3 Aspectos Relativos à Ameaça de Novos Entrantes .....</b>	<b>70</b>
<b>9.3.4 Aspectos Relativos ao Poder de Negociação de Clientes.....</b>	<b>72</b>
<b>9.3.5 Aspectos Relativos aos Produtos e Serviços Substitutos .....</b>	<b>74</b>
<b>9.3.6 Aspectos Relativos ao Poder dos Fornecedores .....</b>	<b>77</b>
9.4 ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS PREDOMINANTES .....	78
<b>9.4.1 Aspectos Relativos à Estratégia de Expansão .....</b>	<b>78</b>
<b>9.4.2 Aspectos Relativos à Proposição de Valor.....</b>	<b>82</b>
<b>9.4.3 Aspectos Relativos à Localização Geográfica .....</b>	<b>86</b>
<b>9.4.4 Estratégias Predominantes .....</b>	<b>89</b>
<b>9.4.5 Aspectos Complementares.....</b>	<b>91</b>
9.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS .....	94
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>96</b>
10.1 CONCLUSÃO.....	96
10.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....	98
10.3 SUGESTÕES PARA NOVOS ESTUDOS .....	98
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE A – Questões Direcionadas aos Especialistas do Setor, que Exercem ou Exerceram Atividades de Vinculo Governamental, em Entidades de Classes no Setor da Saúde ou em Entidades Hospitalares.....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE B – Questões Direcionadas aos Representantes das Organizações Hospitalares Filantrópicas, Fornecedores, Compradores e Serviços Substitutos do Setor da Saúde .....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE C – Atores Entrevistados no Setor da Saúde .....</b>	<b>108</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Antes do século XVIII, os hospitais configuravam-se como instituições que prestavam assistência aos pobres, tendo em seu escopo uma missão puramente assistencialista: o cliente destas organizações não era o doente, mas sim, as pessoas desassistidas que estavam morrendo; um dos objetivos do hospital, naquela época, não era tratar o enfermo, mas separá-lo da população (FOUCAULT, 1979).

No atual contexto dos serviços de saúde, as organizações hospitalares são, em sua essência, prestadoras de um serviço de utilidade pública e de cunho social. Em função da diversidade dos serviços prestados, caracterizam-se por serem organizações complexas em suas operações (MIRSHAWKA, 1994) e, quando comparadas com as empresas modernas dependentes de serviços intensivos em conhecimento, reconhece-se os hospitais como tendo um dos maiores graus de complexidade (MILES, 1995; MIRSHAWKA, 1994).

Para Junior e Vieira (2009), o diferencial destas organizações se dá não só pela amplitude de sua missão, mas, acima de tudo, por operarem com equipes multidisciplinares com um alto grau de autonomia. Constituem, ainda, um espaço de prática de atividades de ensino, aprendizado e produção científica. De todas as empresas modernas, nenhuma outra organização é mais complexa do que o hospital (MIRSHAWKA, 1994).

Gonçalves (1999) reforça que, em um hospital, além das atividades médicas, operam diversos setores que teriam viabilidade econômica fora dele, tais como laboratórios de análises clínicas, serviços de nutrição dietética e lavanderia, entre outros. Mintzberg (1995) compreende a entidade hospitalar como uma organização burocrática profissional pelo ponto de vista estrutural, onde o setor operacional tem relevante importância, fomentando e concentrando o poder na organização.

Conforme Ferreira e Silveira (2007), a partir de 1982 o sistema público brasileiro de saúde iniciou um processo de unificação através das Ações Integradas de Saúde – AIS, que foi intensificado com a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUS. A legislação manteve o financiamento do SUS compartilhado entre as três esferas do poder público, União, Estados e Municípios, através de recursos oriundos da seguridade social, criada para integrar os recursos destinados aos programas de Assistência Social.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços de saúde, houve uma mudança de paradigma. As organizações hospitalares tiveram que se adequar como empresas para fazer frente a essa nova realidade,

pois passaram a ter que vender seus serviços para o governo, mediante contratualização com o SUS.

Contemporaneamente, o hospital, visto pela sociedade como uma empresa, assume, com seu público alvo a expectativa de entrega de serviços com uma lógica semelhante à de outros setores da economia. Além disso, outra abordagem, surgida com o passar do tempo, é a concepção de hospital-hotel.

É importante que o paciente sinta que é alguém, em torno de quem funciona todo o hospital, e que o objetivo do hospital é atendê-lo. Todos os pacientes se sentem como que ancorados de suas rotinas diárias quando entram no hospital, e essa confusão de sentimentos é agravada por doenças, dor e mal estar. O planejamento administrativo deve procurar manter dentro do possível certa continuidade do tipo de vida a que o paciente está acostumado (TAPPAN, 1976, p. 5).

Esta mudança conceitual no modo de conceber o hospital, sua função na sociedade e sua posição em um segmento, que junto com o mesmo, evoluiu e se estruturou como um setor de relevante importância socioeconômica e intensa competição provoca uma reflexão sobre o futuro destas organizações, face às implicações dos novos desafios a que estarão expostas.

Este é o tema central deste trabalho, que analisa as dinâmicas competitivas das organizações hospitalares filantrópicas no Rio Grande do Sul.

## 2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E QUESTÃO DE PESQUISA

Os hospitais são organizações essenciais para uma sociedade e desempenham na cadeia de serviços em saúde um papel crítico, que permite viabilizar o desenvolvimento do bem estar da sociedade.

Conforme Pedroso e Malik (2011):

A saúde é um setor vital na economia mundial. Pelas estatísticas mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), os gastos nessa rubrica foram de 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) do planeta em 2007 – últimos dados disponíveis, um valor estimado em US\$ 5,3 trilhões. Nos Estados Unidos tais despesas correspondem a 15,7% do PIB. No Brasil o segmento também é bastante significativo, representando o equivalente a 8,4%. Além das questões econômicas, as atividades de saúde envolve cuidar da vida, o que as torna extremamente críticas para a sociedade (PEDROSO; MALIK, 2011, p. 59).

Na indústria de cuidados com a saúde encontram-se organizações hospitalares de todas as naturezas, tamanhos e graus de maturidade gerencial. No contexto brasileiro, conforme registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), muitas dessas organizações optaram por ter a certificação de entidade beneficente, o que as obriga a atender os dispositivos da Lei nº 12.101, de 27.12.2009 que regula esta prerrogativa.

De acordo com Portela et al (2004), as organizações hospitalares filantrópicas, no Brasil, são responsáveis por cerca de um terço dos leitos ofertados. Logo, configurando-se como um prestador de relevante importância para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o segmento da saúde complementar.

Os hospitais que se enquadram como entidades beneficentes, obtêm a filantropia, o que lhes confere a isenção tributária. Este benefício vem acompanhado de uma série de atribuições sociais, cabendo ressaltar: o inciso II do art. 4º da lei referenciada que obriga a destinação de no mínimo 60% da produção aos usuários do Sistema Único de Saúde; e o artigo 11º da aludida lei que concede a filantropia para as entidades de saúde de reconhecida excelência, mediante apoio institucional ao SUS. Este artigo, especificamente, envolve estudos de avaliação e incorporação de tecnologias, capacitação de recursos humanos, pesquisas de interesse público em saúde, desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

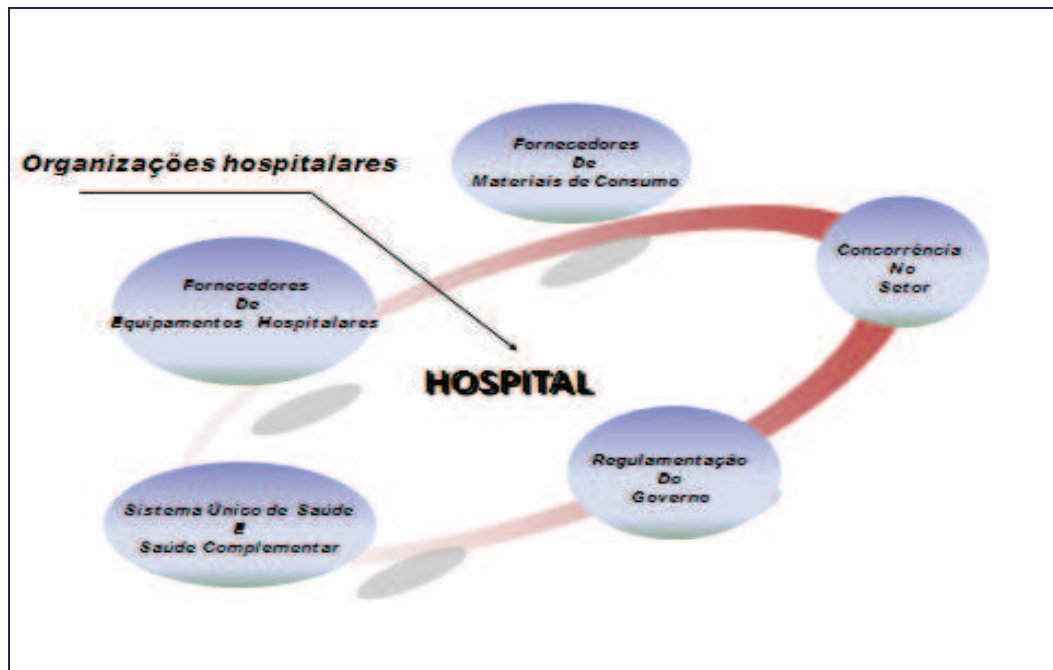
Devido à complexidade de operação dessas organizações que adotam em suas estratégias organizacionais a opção pela filantropia, estudá-las poderá permitir que hospitais menos estruturados possam analisar como os seus similares, economicamente

autossustentáveis, implantam suas práticas de gestão, e o que estão fazendo frente às dinâmicas competitivas do setor da saúde.

Os hospitais brasileiros se encontram em um macroambiente marcado por significativos desafios de ordem econômica, política e social e, em especial, são desafiados pela busca de sustentabilidade financeira e pelos os desdobramentos que os avanços da tecnologia impõem ao setor.

O mercado da saúde compreende em sua cadeia de valor atores poderosos, capazes de influenciar as forças que movimentam o mercado no segmento da saúde, conforme ilustrado na **Figura 1** a seguir:

Figura 1 – Atores externos que influenciam na estratégia das organizações hospitalares



Fonte: elaborado pelo autor

No segmento de equipamentos hospitalares, elencam-se algumas empresas globais que especializaram ramificações de suas atividades para atender demandas específicas do setor de saúde, citando-se em destaque organizações como Siemens, Philips Medical System Ltda., Mitsubishi, Fuji, entre outras. Cabe ressaltar a importância econômico-social que muitas destas empresas possuem, em função da complexidade de seus produtos e do faturamento que as caracterizam. O alto investimento em desenvolvimento de pesquisas confere a estas empresas uma condição tal que se torna muito difícil para as organizações hospitalares, de maneira isolada, contraporem aos interesses dos fornecedores deste segmento.

Nesta mesma linha de importância, estão as principais empresas de insumos hospitalares, que são os fornecedores de medicamentos e material de enfermagem. Destacam-

se gigantes da indústria farmacêutica como Johnson e Johnson, Bayer Health Care, Roche, Laboratório Pfizer Ltda., dentre tantas que, conforme Lima e Filho (2009), constituem um segmento com elevado poder de oligopólio e de capacidade técnico-financeira, capazes de erguer poderosas barreiras à entrada de novos participantes.

Em essência, as organizações hospitalares têm, na conformação de seus principais fornecedores, ora de equipamentos, ora de insumos hospitalares, atores capazes de subjugarlos, tanto pelo poder econômico que possuem, quanto pelo domínio tecnológico que desenvolvem, fazendo com que os hospitais fiquem reféns de suas ações.

Em outro ponto da cadeia de valor das atividades no setor da saúde, estão os seus principais interessados, que são a razão de sua existência, os usuários. Estes se categorizam da seguinte forma: clientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS); clientes oriundos das Operadoras de Planos de Saúde (OPS); e, por fim, clientes particulares.

A interface do Sistema Único de Saúde com as entidades hospitalares se materializa por meio da contratualização que hospitais filantrópicos têm com o SUS, ator que congrega toda a política de saúde pública e que compõe a maioria dos usuários das referidas entidades. O SUS, com todas as especificidades que o fundamentam, caracteriza, de maneira singular, o referido setor no âmbito das organizações hospitalares filantrópicas brasileiras.

As Operadoras de Planos de Saúde Complementar inserem-se no contexto das organizações hospitalares filantrópicas ocupando o espaço que lhe é permitido explorar, conforme regulamentação governamental expressa na Lei nº 12.101, de 27.12.2009.

De acordo com Ocké-Reis (2007), no Brasil, dentre 1.264 Operadoras de Plano de Saúde Complementar, somente oito (8) operadoras que representam 0,6% do total das referidas entidades, detinham cerca de 21% dos usuários da saúde complementar. Esta constatação é tão marcante que se faz plausível imaginar que apenas estas oito empresas, configurando um contexto oligopolista, tenham poder de pressionar por seus interesses, dados os seus indicadores de faturamento e *market share*.

Esta situação, onde poucas operadoras de planos de saúde concentram a maioria do mercado, constitui-se em um grande desafio para as organizações hospitalares na conjuntura atual do setor, pois resulta daí, em síntese, a competitividade das operadoras líderes para vender os produtos que levam a sua “marca”, estabelecendo contratos favoráveis com os prestadores de serviços médico-hospitalares (OCKÉ-REIS, 2007).

Todavia, a influência do governo junto às organizações hospitalares não se restringe aos termos de parceria via contratualização, mas tendo, por meio de secretarias especializadas



e agências reguladoras, mecanismos que impõem, às referidas entidades, uma adequação na gestão da qualidade, atuando como fator de pressão à gestão organizacional hospitalar.

Dentre as exigências que oneram a atividade, podem ser citados os requisitos do manual brasileiro de acreditação hospitalar, especificado na Portaria nº 1.970/GM de 25/10/2001. Estas ações oriundas dos órgãos públicos, que tem como propósito garantir, em um país com dimensões continentais, a equidade, a qualidade, o atendimento às exigências sanitárias e demais requisitos necessários para a adequada execução da assistência médica, provocam, nos estabelecimentos hospitalares, uma situação de constante reconstrução de suas estruturas e de planejamento de suas operações.

Atualmente, a institucionalização dos programas de qualidade recomendados pelo ente público está fortemente relacionada ao crescimento dos custos na execução da assistência hospitalar, quando comparados com o gasto total em saúde (JUNIOR; VIEIRA, 2009).

Entretanto, atender na íntegra todas as exigências solicitadas pelo poder público, significa destinar investimentos substanciais que não são reconhecidos, em contrapartida, por um reembolso maior nas tabelas de preços na prestação de serviços médicos prestados tanto pelo SUS, quanto pelas OPS. Por outro lado, estas ações podem levar muitas entidades hospitalares a um desequilíbrio econômico e consequentes prejuízos à qualidade assistencial.

Para complementar os elementos de mercado que circundam as organizações hospitalares e que compõem o referido setor, é possível destacar:

- i) a crescente concorrência no segmento dos serviços e produtos substitutos, pulverizada pela multiplicação de estabelecimentos de saúde e clínicas menores e especializadas em procedimentos de média e baixa complexidade;
- ii) a migração de hospitais para especializações que geram um reembolso maior e ou custos de operacionalização reduzidos de curta duração.<sup>1</sup>

No entanto, equilibrar a pressão exercida por todos os atores que compõem a cadeia de valor em torno das organizações hospitalares requer, destas entidades, estratégias que sejam capazes de viabilizar suas operações frente aos diversos interesses que se contrapõem.

---

<sup>1</sup> Conforme Neto e Malik (2011) a divisão de complexidade nas atividades de atenção a saúde se dá em três níveis: terciário: hospitais especializados; secundário: hospitais e centros de referência; e primário: unidades básicas de saúde da família.

Ainda de acordo com as normas do SUS, a alta complexidade compreende um Conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde.

Por sua vez, a média complexidade compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

**Fonte: O SUS de A a Z - Páginas 27 e 28.**

Em face da importância do tema, destacando o arcabouço de elementos conjunturais que externalizam a problemática e os desafios inerentes das organizações hospitalares filantrópicas no contexto brasileiro, o presente trabalho se propõe a responder a seguinte questão de pesquisa.

Quais as dinâmicas competitivas que se manifestam atualmente no ambiente das instituições filantrópicas de saúde de Porto Alegre?

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral desta pesquisa consiste em identificar quais são os principais movimentos estratégicos adotados pelas organizações hospitalares filantrópicas localizadas em Porto Alegre visando responder as pressões competitivas do setor da saúde.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São os seguintes os objetivos específicos do presente trabalho:

- a) caracterizar a estrutura e grau de complexidade das entidades hospitalares filantrópicas do Rio Grande do Sul;
- b) descrever os principais aspectos do ambiente regulatório no âmbito das entidades hospitalares filantrópicas no contexto nacional;
- c) identificar as forças competitivas que influenciam o ambiente de negócios das organizações hospitalares filantrópicas de Porto Alegre.
- d) identificar as orientações estratégicas predominantes e o posicionamento das instituições hospitalares filantrópicas de Porto Alegre.

#### 4 JUSTIFICATIVA

As organizações hospitalares, com o passar do tempo, evoluíram de uma concepção puramente assistencial para uma conformação de empresa que enfoca a assistência e que também contempla o ensino, a pesquisa, a inovação e a evolução tecnológica. Estas novas atribuições do hospital atraem o interesse mercadológico de vários segmentos da sociedade, bem como o interesse acadêmico em compreender as orientações estratégicas no setor da saúde, no âmbito entidades hospitalares filantrópicas brasileiras.

Logo, o presente trabalho se faz importante por:

- ✓ demonstrar o ponto de vista das instituições pesquisadas a respeito das implicações e respostas para cada uma das forças que governam a competição no setor da saúde;
- ✓ demonstrar as estratégias predominantes para cada categoria de organização hospitalar;
- ✓ ressaltar a importância e influência do poder de regulação do Estado para a sustentabilidade das entidades de saúde.

Conforme a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB (2011), as dificuldades financeiras enfrentadas pela maioria das organizações hospitalares filantrópicas brasileiras têm sido nos últimos anos, um dos maiores desafios a serem superados pelas referidas entidades. O agravamento desta situação impacta diretamente na viabilidade e sustentabilidade econômica das instituições hospitalares. Para a CMB, no Rio Grande do Sul, em 2010, o atendimento para o SUS, que é o principal tomador de serviços dos hospitais filantrópicos, apresentou um déficit de R\$ 310 milhões, onde a remuneração pelos serviços prestados não ultrapassou os R\$ 565 milhões contra um custo efetivo no atendimento à população de R\$ 875 milhões.

Conforme Farias et al (2011), apesar dos hospitais filantrópicos terem reconhecida importância e participação fundamental no Sistema Único de Saúde, padecem de crises determinadas por fatores relacionados às políticas de financiamento e ao seu perfil assistencial. Para os autores, a trajetória sinalizada para a modernização dos hospitais públicos, tais como flexibilização nas contratações e aquisições de insumos, já faz parte da realidade destas instituições filantrópicas. Entretanto, ainda demonstram uma grande incapacidade na condução gerencial, necessitando, por vezes, de aporte governamental.

A escolha do tema justifica-se pelo fato do setor da saúde ter um significativo apelo social, não só pelo seu objetivo específico, mas também por sua relevância econômica. As

organizações hospitalares, conforme Pedroso e Malik (2011), encontram-se num setor intensivo em conhecimento, e este conhecimento está em plena evolução. Cerca de 30 mil novas citações são inseridas a cada mês no *Medline*, banco de dados on-line sobre periódicos médicos. No Brasil este é um tema também com relevante produção destacando-se, os trabalhos de Foucault (1979), Bittar e Mieldazis (1992), Mirshawka (1994), Pereira e Gonçalves (1999), Malik e Patrus (2005), Cherchiglia e Dallari (2006), Teixeira et al (2007), Ocké-Reis (2007), Lima e Filho (2009), Veloso e Malik (2010), Albuquerque et al (2011), Neto e Malik (2011), Pedroso e Malik (2011).

Contudo, em regiões como Porto Alegre concentram-se instituições importantes as quais são fortemente imbricadas no contexto de saúde brasileiro, e estudar seus movimentos competitivos é relevante como exemplo ilustrativo da trajetória deste setor.

## 5 DELIMITAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA

Pesquisas no campo das ciências sociais vêm sendo desenvolvidas no decorrer dos anos, objetivando compreender os elementos propulsores de mudanças estratégicas nas mais diversas organizações empresariais e setores, assim como, contribuir com um melhor entendimento sobre os fatores que levam ao sucesso ou fracasso das organizações. O tema de interesse desta pesquisa centra-se no estudo das estratégias empresariais e das implicações do ambiente competitivo para organizações do setor de saúde.

Especificamente, investiga-se o ambiente competitivo das organizações hospitalares filantrópicas de Porto Alegre - RS, analisando as interações entre hospitais, fornecedores, compradores, prestadores de serviços substitutos, concorrentes e novos entrantes, entre diversos atores entrevistados, visando compreender os movimentos estratégicos e posicionamentos destas organizações.

### 5.1 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está estruturado da seguinte forma:

- os capítulos de 1 a 5 apresentam a Introdução, Definição do Problema e Questão de Pesquisa, Objetivos, Justificativa, Delimitação do Tema de Pesquisa e a Estrutura do Trabalho;
- o capítulo 6 apresenta o referencial teórico. Neste capítulo são delineadas as considerações para a escolha da fundamentação teórica, tratando dos conceitos de estratégia, suas definições e dimensões, estratégias no setor da saúde, competição baseada em proposição de valor e, por fim, as forças que governam a competição em uma indústria;
- o capítulo 7 apresenta os procedimentos metodológicos;
- o capítulo 8 apresenta a caracterização das organizações hospitalares pesquisadas;
- o capítulo 9 apresenta os resultados da pesquisa;
- o capítulo 10 traz as considerações finais apresentando a conclusão, limitações da pesquisa e sugestões para novos estudos.

## 6 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente trabalho tem o foco voltado para a dinâmica da competição no setor da saúde. Para tanto, o arcabouço teórico que dá o embasamento para o estudo compreende conhecimentos no tema de estratégias organizacionais, centrando-se no modelo de análise da indústria, baseado nas cinco forças de Porter (1986). Os conceitos de estratégias, definição e dimensões, estratégia no setor da saúde e proposição de valor inserem-se neste trabalho, complementando a fundamentação teórica e contribuindo no entendimento das ações estratégicas adotadas pelas organizações hospitalares filantrópicas.

### 6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A partir de seu surgimento, o modelo de análise da indústria, baseado nas cinco forças de Porter (1986) constituiu-se em um dos instrumentos de formulação de estratégias aceito e amplamente utilizado na indústria de bens e produtos. O setor da saúde apresenta uma dinâmica singular porém, os fenômenos competitivos ali presentes compreendem aspectos como fornecedores, clientes, concorrência, novos entrantes e serviços substitutos da mesma forma que outras indústrias. Besanko, Dranove e Shanley (2000) salientam ainda a força oriunda do poder público, que como agente regulador influencia o resultado do setor.

Cleverley e Harvey (1992) postulam que a formulação da estratégia no setor da saúde deve levar em conta as forças competitivas que moldam o mercado, assim como ocorre em outros segmentos econômicos. As organizações hospitalares têm evoluído de uma indústria que estava praticamente isolada das pressões do mercado tradicional, face uma relação governamental estreita de regulação de entrada e reembolso de despesas, para uma relação em que os fatores competitivos de mercado influenciam, praticamente, todas as decisões estratégicas.

Diante destes argumentos, o presente trabalho adotou a estrutura da análise da indústria representada pelo modelo das cinco forças de Porter para elaboração do arcabouço teórico de base, que auxiliou na construção do roteiro de pesquisa e questionários. Os elementos teóricos utilizados são apresentados a seguir.

## 6.2 ESTRATÉGIAS

### 6.2.1 Estratégia, Definição e Dimensões

Estratégia é um tema que desperta o interesse das mais diversas organizações empresariais, sejam elas filantrópicas, não filantrópicas ou governamentais. Dentro das Ciências Sociais, o tema tem sido objeto de inúmeros estudos e correntes teóricas.

De acordo com Cabral (1998), são vários os autores que fomentam e discutem o conceito de estratégia (CHANDLER, 1969; MINTZBERG, 2000; PORTER, 1986, 1989; HENDERSON, 1989; PRAHALAD; HAMEL, 1995). Porém, a complexidade e magnitude do tema corroboram para não haver um consenso a respeito de sua definição, embora haja muitos pontos congruentes.

Quanto às correntes ideológicas, conforme Whittington (2002), as estratégias são classificadas segundo quatro escolas: a clássica, a evolucionária, a processual e a sistêmica. Para a escola clássica, o planejamento é um processo racional, vislumbrando o longo prazo, devendo priorizar a lucratividade máxima. A abordagem clássica da estratégia atribui muita confiança na prontidão e na capacidade dos gerentes de atingir tais conceitos. Esta abordagem postula que a execução das ordens ocorre livremente sem problemas, garantida por uma disciplina militar.

De acordo com Whittington (2002), Alfred Sloan, ex-presidente da General Motors, foi um dos precursores da escola clássica. Sloan postulava que o problema estratégico fundamental deveria ser o posicionamento da empresa nos mercados em que se poderiam alcançar os maiores índices de lucratividade. Whittington também cita Alfred Chandler e Igor Ansoff como pertencentes a esta escola.

A escola evolucionária destaca, em sua abordagem, que o ambiente faz a seleção da melhor estratégia e não os gerentes, conforme a escola anterior, por meio de processos formais de planejamento. Em vez de contar com seus gerentes, os evolucionistas esperam que os mercados garantam a maximização do lucro. Nesta mesma linha, os adeptos desta corrente asseveram que as empresas devem desenvolver suas capacidades adaptativas (WHITTINGTON, 2002).

Para Hannan e Freeman (1988), os processos de seleção organizacional favorecem organizações com estruturas relativamente inertes, organizações que não podem mudar a estratégia e a estrutura quando o ambiente em que elas operam muda. Os evolucionistas, de um modo geral, postulam que há uma competição muito intensa entre os mercados para



investir em estratégias caras, como também são muito imprevisíveis e que, para tanto, devem manter custos baixos e um horizonte aberto para aproveitar oportunidades (WHITTINGTON, 2002).

Os processualistas enfatizam a complexidade interna das organizações, ressaltando que as estratégias eficientes, estão alinhadas ao conhecimento profundo das operações. Para os seguidores deste modelo, não adianta os estrategistas buscarem o ideal, pois, em sua concepção, as organizações e os mercados são desordenados. Conforme Whittington (2002), o melhor é aceitar e trabalhar com o mundo do jeito que ele é. O autor destaca como representantes desta escola Hamel, Prahalad e Mintzberg.

Na concepção da escola sistêmica, Whittington (2002) argumenta que o sistema sócio/econômico em que as organizações estão inseridas, constitui-se em elemento propulsor das estratégias. Logo, os teóricos desta escola relativizam as estratégias, conforme a compleição dos sistemas sociais. Os ativistas da escola sistêmica acreditam na capacidade das organizações agirem e planejarem, de maneira efetiva, dentro de seus ambientes. Para este autor, o ponto fundamental em que a escola sistêmica difere da escola clássica reside na recusa de aceitar as formas e os fins da racionalidade clássica como algo mais do que fenômenos específicos do ponto de vista histórico cultural.

Segundo Porter (1986), o desenvolvimento de uma estratégia compreende a construção de uma ampla fórmula para o modo como a empresa irá operar em um estado de competição. O objetivo de uma estratégia está em alcançar uma posição que confira, à empresa, uma situação competitivamente vantajosa que será convertida em lucratividade e sustentabilidade.

Henderson (1989) corrobora com Porter ao confirmar a abordagem conceitual de que a estratégia busca estabelecer ações e planos que visam desenvolver novas vantagens ou aumentem o espectro das vantagens competitivas atuais das organizações. A estratégia, conforme Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), possui definições variadas, podendo ser entendida como: planejamento das ações mais importantes da empresa; um padrão de orientação, ao longo do tempo; um posicionamento da organização; uma visão de longo prazo, como também, movimentos que permitam enfrentar concorrentes.

### **6.2.2 Estratégias no Setor da Saúde**

Conforme Cherchiglia e Dallari (2006), o setor da saúde no Brasil vem passando uma radical transformação, desde a constituição de 1988 e a consequente criação do Sistema Único

de Saúde (SUS) reafirmando o ideário de política pública universalizante. Este contexto vem provocando uma nova dinâmica no setor da saúde, pois promove alterações nas relações sociais, políticas, econômicas e normativas existentes entre o Estado, a população e os demais atores do setor, dentre os quais cabe destacar financiadores, produtores e provedores dos serviços de saúde

No Brasil a partir dos anos de 1990, face aos efeitos da reforma do estado que culminaram com a municipalização e reconfiguração do Sistema único de Saúde, os prestadores de serviços de saúde passaram a conceber o planejamento estratégico com diferentes olhares. Muitos modelos e modismos de gestão estratégica norte-americano começaram a ser importados, como reengenharia, a busca pela qualidade nos hospitais, *balanced scorecard*, entre outros (MALIK; PATRUS, 2005).

A formulação da estratégia nas organizações hospitalares brasileiras, segundo Malik e Patrus (2005), começou a apontar para outras direções, que não apenas para uma proposição assistencialista, mas para uma visão mais mercadológica. A identificação da rentabilidade de atividades de cuidados com a saúde tem sido a norma, gerando o modelo de gestão focando atividades assistenciais especializadas por diferentes serviços.

Para Malik e Patrus (2005), embora já se perceba um movimento de mudança, ainda há uma diferença muito grande na concepção das estratégias entre as organizações hospitalares brasileiras e americanas, no que diz respeito à gestão.

Predominam no mercado hospitalar brasileiro práticas difusas, que indicam uma perspectiva mais assistencialista do que focada no negócio, enquanto, para os norte-americanos, seus objetivos focam a busca do resultado econômico organizacional. Para os autores, alguns pressupostos corroboram para esta diferença, tais como: formação dos administradores de saúde; o tipo de prioridades do gestor do negócio; clareza sobre a propriedade do negócio; e a influência de questões políticas nas definições estratégicas do hospital.

A gestão eficaz dos hospitais é uma questão cada vez mais política e social. Um dos desafios mais importantes para os gestores das entidades hospitalares é controlar os custos operacionais, a qualidade assistencial e o desempenho organizacional (STOCK; McDERMOTT, 2011; SMITH et al. 1981; KUMAR; MOTWANI, 1999; WATCHARASRIROJ; TANG, 2004).

No setor da saúde, alguns fatores que refletem o contexto em que os hospitais devem operar incluem o tamanho, localização, missão e o tipo de propriedade (público ou privado). Estes fatores afetam os custos de operação e o desempenho organizacional (STOCK;

McDERMOTT, 2001). Pesquisas anteriores corroboram com estes apontamentos ao mostrar que características contextuais contribuem para uma boa parte do desempenho de uma organização hospitalar (GOLDSTEIN; SCHWEIKHART, 2002; LI; BENTON, 2003).

Consoante a estas implicações, Pereira (2000) compreende que, assim como em outros tipos de organizações, os hospitais são diferenciados pelas dimensões demográficas, política, social, tecnológica, ambiental e econômica. Para Bittar e Mieldazis (1992) estas dimensões são capazes de influenciar muitos aspectos determinando o fluxo de atratividade e investimento no setor.

Logo, as organizações hospitalares devem ter em suas orientações estratégicas uma gestão voltada para as dinâmicas do ambiente externo devendo adaptar-se às mudanças de todas essas dimensões. Devido a estas especificidades as organizações hospitalares necessitam possuir conformações estruturais flexíveis, adaptativas e permeáveis ao ambiente onde estão inseridas (PEREIRA, 2000).

No entanto, para Stock e McDermott (2001), estes fatores contextuais estão fora do controle gerencial de um hospital, pelo menos no curto prazo e são responsáveis pela variação de pouco mais de um quarto dos custos de um hospital, o que, para os autores, significa que há um espaço importante de desempenho em custos para ser trabalhado, onde os fatores contextuais não se fazem presentes.

Stock e McDermott (2001) apontam em seus estudos uma relação de tempo médio de permanência do paciente internado e desempenho médio de custos, onde quanto menor o tempo de permanência, menor será a projeção de custos. Outra variável de seus estudos diz respeito à taxa de mortalidade relacionada aos custos médios. Esta variável, dentro dos serviços de saúde, está inserida na concepção da gestão da qualidade. Neste estudo, seus resultados indicam uma correlação divergente em relação aos resultados em outras indústrias, pois, quanto maior a orientação de esforços na qualidade da assistência ao paciente, mais elevados serão seus custos de prevenção do que seriam aqueles ligados à redução de falhas.

Na década de 90, não só uma crescente preocupação com a qualidade assistencial, mas também o aumento dos custos nos serviços de saúde e o desempenho financeiro institucional levaram muitas organizações a investirem em uma reestruturação de suas operações. De acordo com Li et al (2002), pesquisas realizadas em 151 hospitais comunitários nos EUA, apontaram forte presença de uma gestão embasada na reengenharia e reestruturação organizacional. Estes métodos foram amplamente adotados pelos prestadores de serviços de saúde com o propósito de auferir um desempenho operacional superior.

Entretanto, na indústria de cuidados com a saúde, embora tais métodos (reengenharia e reestruturação organizacional) tenham surtido algum sucesso, a investigação acerca desta proposta, que contemplou um período aproximado de cinco anos, não produziu, de forma ampla, um desempenho melhor e, em alguns casos, levou para uma situação de maior desconforto econômico. Para Li et al (2002), muitas das dificuldades de implantação e sucesso deu-se por conta de uma não aceitação organizacional em todo seu aspecto, assim como por uma falta de preparo institucional nos mais diversos níveis operacionais das entidades hospitalares.

Conforme Cleverley e Harvey (1992), estudos realizados nos EUA, em cerca de 1000 hospitais, onde foram examinados dados financeiros e operacionais, apontaram uma vantagem competitiva para os prestadores de serviços que tinham, em suas estratégias, uma orientação voltada para o desempenho e participação de mercado, a intensidade de investimentos, produtos ou serviços de qualidade, produtividade do trabalho, e integração vertical.

Uma visão estratégica adotada em outros segmentos econômicos e que, nos últimos anos, vem inserindo-se no contexto da saúde no Brasil, conforme Albuquerque et al (2011) é a integração vertical e horizontal. Entre os casos de integração horizontal, observam-se casos de hospitais que se associaram buscando aumentar o ganho de escala, ampliando o poder de barganha na relação com seus principais fornecedores.

Em relação aos movimentos de integração vertical, em um primeiro momento, os hospitais lançaram planos de saúde próprios e, numa segunda etapa, as operadoras de saúde adquiriram hospitais, voltados ao atendimento da sua clientela específica.

Esta concepção estratégica surge como uma alternativa de resposta ao crescente aumento dos custos e a acirrada competitividade que se trava entre todos os atores no setor da saúde (ALBUQUERQUE et al., 2011).

De acordo com Veloso e Malik (2010), no Brasil, desde meados de 2000 as concepções estratégicas de horizontalização e verticalização no setor da saúde estão sendo amplamente utilizadas por organizações hospitalares, operadoras de planos de saúde e empresas de medicina de grupo. Para os autores (fazer integração vertical) consiste em manter sob a mesma organização diferente tipos de serviços de saúde, já a integração horizontal importa em absorver entidades similares (VELOSO; MALIK, 2010).

Entretanto, para Porter e Teisberg (2007), embora esses benefícios sejam reais no sistema corrente, há ceticismo a respeito do modelo integrado como único modelo ou mesmo proposição dominante na prestação de serviços de saúde. A fusão de serviços ou empresas diferentes tende a nivelar a qualidade de serviços pelo menor valor. Logo, sem competição, há

uma redução de qualidade dos serviços, com tendências de perda de complexidade e redução de investimentos em tecnologias mais caras (PORTER; TEISBERG, 2007).

Já para Bookman et al (2005), uma abordagem estratégica, no âmbito das entidades hospitalares, recai sobre uma política de preços compatíveis com os custos de operação e, ao mesmo tempo, não extrapolando os valores em relação ao mercado. Segundo os autores, os hospitais precisam ter preços e políticas de preços bem fundamentadas, pois muitos hospitais estão superestimando seus preços e, por conta disto, são descritos pelo mercado como abusivos.

No que se refere às relações de prestação de serviços de saúde com ente público, mais precisamente com o Sistema Único de Saúde, os hospitais filantrópicos, vem reivindicando um aumento dos valores repassados pelo SUS, pois os atuais valores praticados não compreendem os custos de operação da organização, em especial os hospitais de médio e pequeno porte, face a este contexto vivem em eminente expectativa de fechamento de seus serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Neto e Malik (2011) argumentam que, para as organizações hospitalares suplantarem um processo de regulamentação no setor cada vez mais forte e suportarem as pressões oriundas do rápido desenvolvimento da tecnologia médica, é preciso investir na profissionalização do setor, em busca de melhores níveis de eficiência e eficácia organizacional. Os autores sugerem que, num aspecto mais mercadológico, a adoção de estratégias empresariais no ambiente hospitalar poderá viabilizar os meios para alcançar um novo patamar de desempenho desejado no setor.

A concepção teórica das redes de empresas são orientações estratégicas empresariais, que conforme Veloso e Malik (2006) apresentam-se como instrumentos de gestão cada vez mais utilizados pelas entidades hospitalares, como meio de potencializar soluções em conjunto, entre os diversos atores, no enfrentamento de dificuldades e desafios inerentes do setor da saúde. Estas interações apresentam-se complexas e padronizadas, com troca de conhecimento e aprendizagem mútua (VELOSO; MALIK, 2006).

Conforme Teixeira et al (2007) os hospitais brasileiros, atuam num ambiente repletos de significativos desafios de gerenciamento, em busca permanente pela sustentabilidade organizacional. Para tanto, algumas estratégias adotadas pelos hospitais brasileiros, que tem se mostrado eficientes, em especial para os hospitais de grande porte enfocam a contratação de gestores qualificados, as relações com o empresariado, a criação de redes hospitalares e a oferta de serviços diferenciados na alta complexidade (TEIXEIRA et al., 2007).

O aumento da concorrência e a escassez de recursos têm levado os hospitais a buscar alternativas internas para aumentar a eficiência através da reconstrução de suas estruturas e processos. As organizações hospitalares dependem muito de seus recursos existentes e têm diferentes abordagens ou orientações para a resolução de problemas em suas operações.

Muitas entidades são mais propensas para os controles operacionais e outras para a aprendizagem organizacional. Quando uma orientação para aprendizagem está inserida dentro de uma entidade empresarial, a mesma terá mais capacidade para sustentar as mudanças e, efetivamente, melhorar suas operações (WALSTON; CHOU, 2009).

### **6.2.3 Competindo em Valor**

O sucesso das organizações empresariais, conforme Hitt et al (2002), está ancorado na competitividade estratégica, quando se alcançam e se põem em prática estratégias bem sucedidas e que são dificilmente copiáveis na geração de valor.

A vantagem competitiva se materializa no momento em que a organização consegue, em determinado nicho de negócio, agregar mais valor a seus clientes e fornecedores em relação aos seus concorrentes (URICH, 1990).

Para Thomas e Lee (2010), “valor” é uma palavra que há muito tem despertado ceticismo entre os profissionais da saúde, pois suspeitam que este seja um código para redução de custos. Entretanto, muitas organizações de saúde estão compreendendo a concepção de valor como uma linha central para moldar suas estratégias.

Segundo Kaplan e Porter (2011), o envelhecimento das populações e o desenvolvimento de novos tratamentos e tecnologias estão por trás de grande parte do aumento dos custos com cuidados da saúde. Porém, há uma distorcida orientação por parte das companhias de seguros e pelo próprio governo de reembolsar os serviços prestados em saúde por procedimentos realizados, em vez de resultados alcançados junto aos pacientes. Logo, a incapacidade de medir de maneira adequada seus custos e compará-los com os resultados auferidos configura-se a raiz dos problemas de custos e sustentabilidade econômica das entidades de saúde.

Para Porter e Teisberg (2007), o atual estágio de competição no setor da saúde no âmbito dos prestadores de serviços está enquadrado na sustentabilidade financeira ou serviços à comunidade, em vez de valor para o paciente.

A competição em resultados induz os atores do segmento da saúde a uma concepção de que alcançando a excelência nesta modalidade, serão recompensados com mais negócios,

ao passo que os que deixarem de demonstrar bons resultados perderão negócios, ou terão que deixar de atuar em determinada área. Para os autores, o valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo o ciclo de atendimento, desde a monitoração e prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença.

A proposição de valor não só beneficia o paciente, mas também os compradores, fornecedores e provedores, potencializando o aumento da sustentabilidade do sistema de cuidados com a saúde. Para tanto, deve-se compreender que os resultados dependem dos cuidados de saúde e não pelos insumos e incentivos auferidos (PORTER, 2010).

Os provedores de saúde são reembolsados generosamente em alguns serviços e incorrem em perdas em outros serviços. Este sistema de reembolso cruzado implica em grandes distorções na oferta eficiente dos serviços de saúde, pois as instituições podem ser penalizadas quanto à melhoria que elas se propõem a fazer em tratamentos e processos, para reduzir a necessidade de serviços complexos, que ofertam um alto reembolso.

Este complexo jogo de interesses, induzido por incentivos não pautados na perspectiva do cliente final, configura-se numa das principais barreiras para que uma orientação voltada para o valor ao paciente não se consolide como lógica dominante no atual cenário da saúde (KAPLAN; PORTER, 2011).

Os serviços de cuidados com a saúde têm muitos interessados que, conforme Herzlinger (2006), possuem sua própria agenda e intenções. Muitas vezes, esses atores têm recursos substanciais, além do poder de influenciar políticas públicas e a própria dinâmica do mercado. Uma importante implicação desta conjuntura resulta num complexo e confuso sistema de pagamentos e reembolsos dos serviços de saúde que não vem do consumidor final, mas de um terceiro partido, ora sendo do governo ou das operadoras de saúde complementar.

Christensen et al (2009) corroboram com Porter; Teisberg, (2007) e Herzlinger, (2006) ao postularem que o foco da competição nos serviços de saúde deve dar-se mais no valor da assistência à saúde do que no resultado organizacional. Entidades hospitalares que operam com processos que agregam valor, trabalham com uma ótica de remuneração focada no resultado ao paciente.

Para romper a lógica de remuneração dos cuidados com a saúde, um importante passo deve ser superado. É a mensuração do valor entregue ao paciente, uma vez estabelecidos parâmetros que contemplem o ciclo do atendimento completo, oferecendo pagamento para condições agudas ou crônicas, cobrindo períodos de um ano ou mais, o que recompensará as instituições eficientes na obtenção de resultados ao paciente (PORTER, 2010).

Uma estratégia focada no valor entregue ao paciente configura-se em um modelo conceitual bem diferente da estratégia baseada no valor dos resultados da organização que estimula uma competição de transferência de custos e limitação de serviços. Segundo Porter e Teisberg (2007), esta visão leva a uma competição de soma zero, onde o ganho de um ator implica na perda para os demais atores.

Porter e Teisberg (2007) argumentam que a estratégia que contempla a competição nos resultados dos pacientes consubstancia-se em uma competição de soma positiva, onde todos os participantes podem ser beneficiados e que o resultado financeiro se apresenta em consequência desta conjugação, porém o sistema atual de saúde não está organizado em torno das necessidades dos consumidores (HERZLINGER, 2006).

No entanto, para que os prestadores de serviços possam alinhar-se a uma estratégia de competição baseada no valor ao paciente, algumas práticas organizacionais devem ser reformuladas, tais como:

- a gama de serviços ofertados que normalmente é ampla demais;
- dentro de cada linha a abordagem de prestação de serviços é estreita demais, e os serviços oferecidos não são integrados; e
- o foco geográfico da maioria das entidades hospitalares é demasiadamente localizado (PORTER; TEISBERG, 2007).

Quanto ao aspecto da amplitude dos serviços ofertados, estes são normalmente originados a partir de uma concepção assistencialista onde os hospitais costumam constituir-se em um ponto único de atendimento, oferecendo uma gama ampla de serviços sem preocupar-se com a demanda de determinada linha de serviços ou se não está pequena em comparação com hospitais que são referências. Com base em Christensen et al (2009), determinadas linhas de serviços ofertados pelas entidades hospitalares carecem de escalas de produção para poder proporcionar uma estrutura organizacional que viabilize uma entrega de valor maior ao paciente.

No tocante a uma abordagem reduzida nas linhas de serviços oferecidas, elas são fomentadas por um histórico de fragmentação na prestação de serviços de saúde. Fazer com que haja uma maior integração nas linhas de serviços disponíveis em uma organização hospitalar constitui-se um desafio a ser superado, pois faz pouco sentido para a geração de valor ao paciente que profissionais de especialidades distintas não compartilhem suas propostas intervencionistas e terapêuticas (CHRISTENSEN et al., 2009).

O foco geográfico localizado das entidades hospitalares muitas vezes está ancorado nos serviços ofertados a determinadas comunidades como principal missão da organização ou



em adequação a licenciamento e outras complexidade regulatórias. Esta situação leva a uma comedita inclinação para expandir-se geograficamente, mesmos em áreas de excelência. Com orientação local, as oportunidades ficam restritas, acentuando o problema de amplitude dos serviços de referências (CHRISTENSEN et al., 2009).

Conforme Porter e Teisberg (2007), para uma adequação dos prestadores de serviços médicos em um ambiente de competição focado no valor ao paciente, além das práticas organizacionais acima descritas, alguns imperativos devem ser observados, conforme seguem:

- redefinir o negócio em torno de condições de saúde;
- escolher a extensão e os tipos de serviços prestados;
- organizar-se em torno de unidades de prática medicamente integradas;
- criar uma estratégia distinta em cada unidade de prática;
- mensurar resultados, experiência, métodos e atributos de pacientes por unidade de prática;
- mudar para fatura consolidada e novas abordagens de cálculo de preço;
- distinguir serviços no mercado em termos de excelência, singularidades e resultados; e
- crescer localmente e regionalmente nas áreas de maior competência.

Embora os custos crescentes com os serviços de saúde sejam uma das principais preocupações das entidades hospitalares, de fato, o potencial de melhorar os resultados e reduzir custos é maior nos cuidados com saúde, do que em qualquer outro segmento econômico. A base para esta concepção está combinada num sistema de medição precisa de custos, com medição sistêmica de resultados. Os custos podem ser contidos ou reduzidos, se houver um gerenciamento da doença em todo seu ciclo (KAPLAN; PORTER, 2011).

Em outros mercados, as implicações dos custos crescentes foram enfrentadas com inovações de ruptura, que transformaram produtos e serviços caros e complexos em itens simples e disponíveis. O processo exigiu três capacitores – tecnologia; modelo de gestão; e rede de valor (CHRISTENSEN et al., 2009). De acordo com os autores, este mesmo modelo de ruptura, apoiado nos referidos capacitores aplicados em outros setores industriais, também pode ser reproduzido na assistência à saúde. O modelo de gestão deve estar alinhado com as demais inovações, transferindo e rompendo o conceito assistencial da medicina intuitiva para os domínios da medicina empírica e da medicina de precisão; quanto ao capacitor tecnológico, trata-se da habilidade de diagnosticar doenças de maneira mais precisa, tendo, por base, suas causas.

A princípio, isso será possível, desagregando-se os trabalhos realizados nos hospitais e consultórios médicos em centros resolutivos integrados, o que significa serviços diagnósticos e terapêuticos integrados com processos que agregam valor.

A rede de valor, por sua vez, é o contexto dentro do qual uma empresa estabelece seu modelo de gestão, trabalhando com fornecedores e consumidores, para que, de maneira integrada, construam uma resposta economicamente viável às necessidades de um dado segmento (CHRISTENSEN et al., 2009).

Conforme Christensen et al (2009), todo modelo de gestão viável começa por uma proposição de valor: fazer de tudo para todos. Isto, entretanto, jamais foi uma proposição de valor viável para qualquer modelo de gestão. E é nesta concepção de valor que os hospitais gerais se sentem compelidos a implementar sua gestão, o que os leva a uma situação de custos crescentes e de dificuldades econômicas.

Hospitais especializados, via de regra, operam com custos menores do que hospitais gerais e que, até mesmo, a dinâmica de suas operações, que são sistematicamente repetitivas e controláveis, habilitam-nos, naturalmente, a uma política de agregação de valor (CHRISTENSEN et al., 2009). Entretanto, não se trata de contrapor hospitais gerais versus hospitais especializados, pois ambos são necessários, mas de alinhar a concepção de valor nestas distintas entidades. Isso pode ser feito construindo hospitais dentro de um só hospital, ou construindo instalações diferentes. Skinner (1974) propôs esse modelo de alcançar a especialização, não sendo necessário que se construam novas instalações separadas, denominando-o de “fábrica dentro de uma fábrica”.

Entretanto, tem-se a impressão que as organizações hospitalares estão se movimentando para uma nova proposição de valor onde o foco é o resultado ao paciente. Porém, para romper com a dinâmica corrente nos serviços de saúde, um ator poderoso, dotado de escala e escopo, deverá surgir, interferindo nas forças que governam o mercado, criando uma nova rede de valor (CHRISTENSEN et al., 2009).

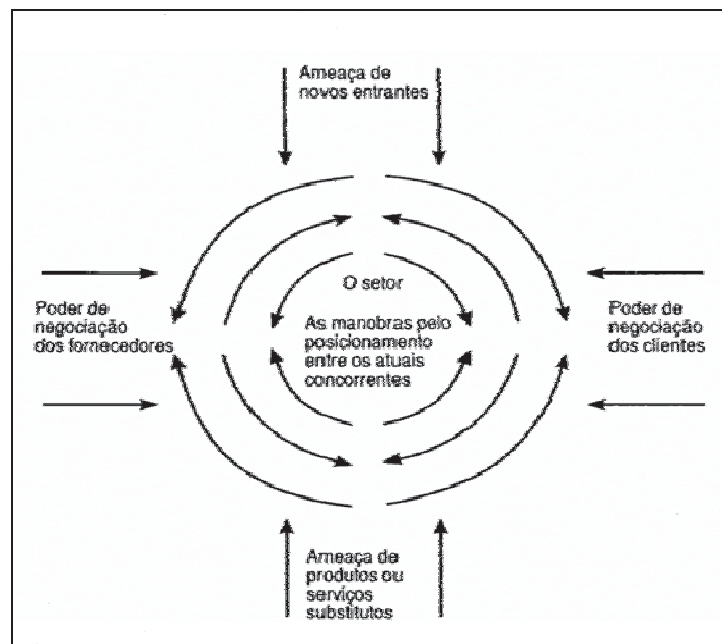
## 6.3 FORÇAS QUE GOVERNAM A COMPETIÇÃO

### 6.3.1 Modelo de Análise da Estrutura da Indústria

De acordo com Porter (1989), o determinante fundamental da rentabilidade de uma empresa é a atratividade da indústria. Sendo assim, a estratégia competitiva deverá ter uma compreensão apurada das regras da concorrência que determinam a atratividade da indústria.

Nesta mesma concepção de raciocínio, Ghemawat (2007) corrobora com Porter (1989) ao ressaltar que talvez a contribuição mais valiosa das cinco forças esteja no conceito de que a rivalidade seja apenas uma das muitas forças que determinam a atratividade de um setor. Para Porter (1989, p. 3), em qualquer indústria, seja ela de serviços, tradicional, doméstica ou internacional, ora atuando com produtos ou serviços, as regras da competição e da concorrência, estão contempladas em cinco forças competitivas, conforme a **Figura 2**:

Figura 2 – Forças que governam a competição



Fonte: Porter (1999, p. 28).

Conforme Besanko et al (2006), as estruturas da análise setorial, como as cinco forças de Porter, conferem um modelo que possibilita às entidades empresariais trabalharem suas estratégias, sistematicamente, através destas questões econômicas que tem um amplo alcance.

A estrutura das cinco forças não é um conjunto de princípios em si, no entanto, configura-se em um instrumento que possibilita às empresas avaliar o estado atual e a evolução de um setor industrial.

Uma análise setorial baseada em tal estrutura, de acordo com Besanko et al (2006), facilita algumas tarefas importantes no escopo do planejamento empresarial, conforme seguem:

- avaliar o desempenho da empresa;
- identificar fatores essenciais que afetam o desempenho em relações comerciais verticais e horizontais concorrentes;
- determinar como as mudanças no ambiente dos negócios podem afetar o desempenho; e

- identificar ameaças e oportunidades que circundam o negócio.

As cinco forças competitivas influenciam, de forma direta, a capacidade de uma empresa em auferir uma rentabilidade maior em suas operações e um conseqüente retorno sobre os investimentos superior ao custo de capital. Qualquer que seja seu esforço coletivo, o objetivo estratégico da empresa é encontrar uma posição no setor onde ela possa melhor defender-se contra essas forças ou influenciá-las a seu favor (MONTEGOMERY; PORTER 1998).

A partir do reconhecimento das forças que afetam a concorrência em uma indústria e suas causas básicas, a entidade empresarial tem condições de identificar seus pontos fracos e fortes em relação à indústria em que está inserida. Do ponto de vista estratégico, o posicionamento, é uma condição essencial para a empresa no que se refere às causas fundamentais de cada força competitiva. Uma estratégia competitiva pode vir a assumir um posicionamento ofensivo ou defensivo, de modo a criar uma estrutura de defesa contra as forças competitivas (PORTER, 1986).

Ao enfrentar as ações das cinco forças competitivas, a empresa tem a possibilidade de adotar três concepções estratégicas genéricas para superar os demais concorrentes em uma indústria, que vêm a ser: liderança em custo, diferenciação e enfoque (PORTER, 1989).

A primeira estratégia que vem a ser liderança em custo consiste, por parte da empresa, tornar-se um produtor de serviços ou produtos de baixo custo em seu setor. A empresa adota, como foco central em sua estratégia, uma política de custos mais baixos perante seus concorrentes, permitindo que ela venha auferir retorno financeiro depois que seus concorrentes tenham consumido seus lucros na competição. Para Porter (1989, p. 11), “um líder em custo deve obter paridade ou proximidade com base na diferenciação relativa a os seus concorrentes para ser um competidor acima da média”.

A segunda estratégia genérica refere-se à diferenciação. Esta opção consiste em criar algo que seja considerado único, exclusivo em uma indústria, já que os meios para diferenciação são peculiares de cada atividade. Cabe salientar que a estratégia de diferenciação não permite que a empresa venha ignorar os custos.

E, por fim, o enfoque se constitui na terceira estratégia genérica. Porter (1989), difere esta estratégia das demais, porque se encontra embasada na escolha de um ambiente competitivo restrito, consistindo em focar um segmento da linha de produtos ou serviços a um determinado grupo de comprador ou um mercado geográfico.

Para Besanko et al (2000) e Ghemawat (2007), o modelo de análise da indústria de Porter não abrange aspectos importantes relacionados com a variação da renda das pessoas e

os efeitos da propaganda sobre o consumo. No entanto, os autores postulam que a referida análise é importante, apesar das limitações que possui, para avaliar tendências.

Conforme Granovetter (1985), a importância da estrutura setorial reside no fato de as entidades empresariais constituírem uma complexa rede de relacionamentos que, por sua vez, influencia as trocas de capacidades e recursos entre as mesmas.

### **6.3.2 Rivalidade Interna**

A intensidade da rivalidade interna, de acordo com Porter (1999), desempenha um papel importante na concepção estratégica da indústria, auxiliando a identificar o poder de resposta das empresas, assim como influenciar os preços e custos da concorrência.

Para Ghemawat (2007), a rivalidade é tida, dentre as cinco forças, em um setor, como sendo a mais óbvia: quanto mais concentrado o setor, maior a probabilidade dos concorrentes reconhecerem sua interdependência mútua. Outro tópico diz respeito à influência e extensão que o valor criado por um determinado negócio venha a ser dissipado pela concorrência direta.

A ação da rivalidade interna influencia, de forma objetiva, a política estratégica das empresas, pois interfere na sua capacidade de participação e ampliação de mercado. Um setor em que a rivalidade interna se apresenta de forma aquecida pode provocar uma concorrência agressiva na formação de preços, resultando em uma margem de preço-custo reduzida. Por outro lado, quando a concorrência não ocorre em preços, faz subir os custos. Nas duas circunstâncias ocorre a corrosão da rentabilidade (BESANKO, 2006).

Todas as cinco forças competitivas exercem algum tipo de influência na rivalidade interna do setor, atingindo a rentabilidade das empresas, sendo por meio de aumento nos custos ou por redução nos preços. A rivalidade interna não se restringe aos concorrentes diretos. Clientes, fornecedores, substitutos e entrantes potenciais são todos percebidos como potenciais concorrentes para a empresa na indústria, podendo representar maior ou menor importância, perante circunstâncias particulares (PORTER, 1986).

Para Lima et al (2005), o cenário conjuntural em que as organizações hospitalares estão inseridas consubstancia-se em um aumento na concorrência e por um contínuo aumento de custos motivado pela sofisticação das necessidades dos clientes. Conforme os autores, a preocupação com a saúde financeira das instituições hospitalares tem ecoado de várias maneiras. Se nos hospitais privados, os investidores esperam o retorno do capital aplicado,

nos hospitais públicos e filantrópicos, a sociedade exige, cada vez mais, eficiência dos recursos destinados sob a forma de atendimentos com qualidade e continuidade dos serviços.

### 6.3.3 Novos Entrantes no Setor da Saúde

A rivalidade interna de um setor se acentua com a incursão de novos entrantes. Para Besanko et al. (2006), os novos entrantes corroem os lucros dos dominantes de duas formas: i) o primeiro efeito constitui-se em provocar uma divisão maior no mercado com mais vendedores; ii) os novos participantes promovem uma diminuição na concentração do mercado. No tocante às barreiras de entrada, estas se dão por duas maneiras:

- com uma concepção exógena, onde resultam exigências tecnológicas para a concorrência ter sucesso; e
- as barreiras podem ter conformação endógena, oriunda de escolhas estratégicas feitas pelos atores líderes do setor.

Para Montgomery e Porter (1998), existem grandes fontes de barreiras para quem entra, conforme seguem:

1. economias de escala – esta prerrogativa inibe a entrada de novos concorrentes, pois força os novos entrantes a se estruturarem com uma escala nem sempre adequada para a demanda inicial; também induz o novo entrante a conviver com uma desvantagem em custos;
2. diferenciação de produtos – a identificação com a marca potencializa a criação de barreiras, porque força os novos entrantes a investirem recursos fora de um padrão normal em diferenciação de seus produtos, a fim de vencer a lealdade dos clientes à marca já existente;
3. necessidade de capital – investimentos significativos se fazem necessários para competir em um novo setor, constituindo-se em uma das barreiras mais importantes a ser enfrentada por novos entrantes. Os recursos exigidos, em grande parte, são requeridos para gastos em rubricas irrecuperáveis, seja em publicidades agressivas ou em pesquisas e desenvolvimento;
4. desvantagem de custo independente do porte – independentemente do porte econômico dos novos entrantes e da capacidade de produção em escala, as empresas locais podem ter uma significativa vantagem em custos não disponíveis aos rivais em potencial. Estas vantagens podem ser oriundas da curva de

aprendizagem, da tecnologia desenvolvida de subsídios concedidos pelo governo, entre outros;

5. acesso aos canais de distribuição – o acesso a canais de distribuição força o novo entrante a ter custos adicionais na inserção de seus produtos. Em alguns casos, é tão alta que, para superá-la, torna-se necessário que o novo entrante crie o seu próprio canal de distribuição; e
6. política governamental – o governo tem um papel crucial nesta conjuntura, pois pode coibir a entrada de novas empresas, assim como incentivar o ingresso de novos participantes.

Ghemawat (2007) corrobora com o acima exposto ao elencar as forças mais comuns de barreiras à entrada de novos participantes em um setor: a escala e o investimento necessários para inserir-se em um setor como um concorrente eficiente; e a magnitude das despesas e a reputação da marca, para que seu produto seja aceito.

#### **6.3.4 Poder dos Fornecedores**

Os fornecedores, em um mercado competitivo, têm enorme capacidade de barganhar, vender seus produtos ou serviços a uma oferta mais alta. Os fornecedores, a despeito da influência da rivalidade interna e da ameaça de novos entrantes, também podem corroer os lucros do setor quando i) são concentrados; e ii) os clientes estão amarrados em relacionamentos com eles por causa dos investimentos específicos (BESANKO, 2006).

O inverso também se aplica a uma situação em que um fornecedor ou um conjunto de fornecedores poderosos possam baixar preços, quando seu mercado alvo está se saindo mal. A conjugação de tais políticas permite, aos fornecedores, maximizar o lucro de seu mercado e, ao mesmo tempo, preservando-os (BESANKO, 2006).

A simbiose e importância da relação entre fornecedor e cliente no setor da saúde, a partir de investimentos específicos, podem ser melhor compreendidas, conforme segue:

A generalização dos sistemas de monitoração complexos para unidades de terapia intensiva fizeram do treinamento do comprador e da assistência técnica partes muito mais importantes do negócio. Em algumas instalações de grande porte, os fabricantes mantinham pessoal para assistência técnica no próprio local. Em princípios da década de 1960, as empresas começaram a instalar apressadamente, redes de vendas e serviços. A necessidade dos serviços de assistência tornou-se empecilho aos que desejavam entrar nesta indústria (PORTER, 1993, p. 237).

No segmento da saúde, em torno das entidades hospitalares, orbitam grandes companhias. Neste contexto, conforme Palmeira Filho e Pan (2003), as empresas multinacionais farmacêuticas cresceram durante décadas, a partir de estratégias empresariais, arranjos institucionais e políticas públicas, fundadas nos seguintes aspectos:

- elevados gastos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D);
- elevados gastos com marketing e fixação de marcas; e
- produção próxima aos grandes centros consumidores;
- arranjos institucionais;
- proteção para as inovações através da legislação de patentes;
- liberdade de preços, no caso dos EUA, e em menor medida nos demais países desenvolvidos;
- margens de lucro elevadas, socialmente “justificadas” pelos benefícios das inovações à saúde da população; e
- menor pressão regulatória.

Conforme Lima e Filho (2009), adicionalmente, modificações estruturais no campo político, social e econômico contribuíram para um novo ambiente de competição, regulamentação e valorização para as empresas fornecedoras de insumos médico/hospitalares:

- organizações de defesa dos direitos do consumidor tornam-se, crescentemente, questionadores dos elevados preços e de sua justificativa pelos alardeados benefícios das inovações;
- formação de grandes empresas atacadistas com elevado poder de barganha na aquisição de medicamentos para revenda a governos, hospitais, redes de farmácias e outros agentes do setor de saúde;
- caducidade das patentes viabiliza a entrada de um crescente número de produtores de genéricos;
- órgãos públicos passam a regular as atividades de P&D, com sofisticadas exigências sanitárias; e
- organismos internacionais como a Organização Mundial do Comércio, passam a ser fóruns de pressão de países menos desenvolvidos.

Esta nova conjuntura institucional, de acordo com Lima e Filho (2009), conduziu à uma outra conformação de estratégias empresariais das empresas líderes:



- fusões e aquisições objetivando elevar escalas produtivas e adquirir ativos tecnológicos, complementando capacitações inovativas e reduzindo os crescentes gastos com P&D necessários para obter inovações;
- verticalização, com aquisição de atacadistas de medicamentos (criando canais exclusivos de comercialização) e administradoras de planos de saúde, surgindo megacorporações cuja análise exigiu a formulação do conceito de complexo da saúde;
- focalização em mercados e classes terapêuticas específicas; e
- monitoramento, financiamento e aquisição de pequenas empresas de biotecnologia.

Conforme Porter e Teisberg (2007), os fornecedores de produtos médicos (materiais, medicamentos e equipamentos médico/hospitalar) desempenham um papel vital na cadeia de valor no setor da saúde. Apesar desta condição, em prol de interesses financeiros imediatos, muitos fornecedores têm perpetuado uma competição de soma zero em relação a uma maior agregação de valor nos serviços de saúde.

Para Ghemawat (2007), o poder dos fornecedores dentro da cadeia de valor de um setor ressalta, em primeiro lugar, o tamanho relativo e a concentração da indústria em relação aos concorrentes e, em segundo lugar, o grau de diferenciação dos insumos fornecidos. Os fornecedores, em especial os de insumos médico/hospitalares, têm, aparentemente, retroalimentado seu poder dentro do setor da saúde, ampliando a venda de mais produtos, para com isso ganhar poder de negociação junto a distribuidores, grupo de compras e clientes (PORTER; TEISBERG, 2007).

A geração de valor tem como ponto de partida um outro patamar de relacionamento com o cliente, que possibilita a visualização de todos os aspectos tangíveis e intangíveis de suas necessidades, para além daquilo que ele mesmo possa enunciar como sua demanda. O fortalecimento do relacionamento com os fornecedores deve ser uma meta, de igual importância a aquelas almejadas junto aos seus clientes (ALVAREZ; QUEIROZ, 2003).

Segundo Porter (1999), os fornecedores dominantes de um determinado mercado são capazes de exercer um jogo de poder sobre os participantes de uma indústria por meio de políticas de elevação de preços ou através da redução da qualidade dos bens ou serviços propostos. Deste modo, os principais fornecedores são capazes de tencionar a rentabilidade de um setor.

O nível de sofisticação e tecnologia desenvolvidas pelos principais atores que fomentam a cadeia de suprimentos de insumos e equipamentos no setor da saúde é tamanho, a

ponto de se comportarem como se seus produtos fossem *commodities* intercambiáveis. Os fornecedores são levados a competir oferecendo incentivos aos médicos para usar seus produtos, em lugar de demonstrarem resultados superiores ou ofertarem preços significativamente mais baixos (PORTER; TEISBERG, 2007).

No entanto, o poder de alguns fornecedores de insumos hospitalares e suas políticas operacionais tem sido exposto a críticas e controvérsias pelo incentivo implícito ao uso, além dos prescritos nas bulas, por pacientes que obtêm apenas um ganho marginal. De modo similar, os fornecedores de equipamentos encorajam os prestadores de serviços médico/hospitalar a destinar investimentos em tecnologias caras, mesmo quando a utilização do mesmo seja baixa. Ainda que os fornecedores tenham um lucro maior com a adoção dessa prática, o valor para o paciente e para a entidade prestadora do serviço, como um todo, acaba sendo corroído (PORTER; TEISBERG, 2007). Para os autores dados às práticas dos fornecedores, não é de se admirar que as empresas farmacêuticas e os fornecedores de tecnologia sejam apontados como responsáveis pelo progressivo aumento de custos na assistência médica/hospitalar.

### **6.3.5 Poder dos Compradores no Setor da Saúde**

Os compradores e sua conseqüente satisfação representam, em qualquer indústria, um pré-requisito para a rentabilidade da empresa. Quando o comprador tem total informação do produto ou serviço que lhe é ofertado, a partir de perspectivas reais de mercado referente a preços e sobre o custo do fornecimento, esta condição dar-lhe-á um poder maior de negociação do que quando a informação é deficiente ou incompleta (PORTER, 1986).

O poder do comprador é uma das duas forças verticais que influenciam a apropriação de valor gerado por uma indústria (GHEMAWAT, 2007, p. 42). Esta força vertical possibilita, aos compradores, tencionar as margens do setor, induzindo a uma redução de preços ou a um maior valor agregado na oferta dos serviços ou produtos, sem um adicional de preços.

Porter (1999) postula que o poder dos compradores normalmente é oriundo dos consumidores como grupo. Os compradores se estiverem adquirindo produtos não diferenciados tendem a ser mais sensíveis ao preço. No que tange ao poder de compra dos varejistas, este é determinado pelas mesmas regras, como um elemento adicional. “Eles são capazes de conquistar um expressivo poder de negociação junto aos fabricantes, quando conseguem exercer alguma influência sobre as decisões de compra dos consumidores” (PORTER, 1999, p. 37).

Para Besanko et al (2006), o poder do comprador é análogo ao poder do fornecedor. A composição contratual de entrega de serviços ou produtos e a barganha nos preços são todos elementos suscetíveis às forças de oferta e demanda, De acordo com Besanko et al (2006), alguns fatores indicam o maior ou menor poder do grupo de compradores ou do comprador dominante em uma indústria, quais sejam:

- a) competitividade do mercado de insumos - se os insumos são comprados em um mercado competitivo, então, os preços dos insumos serão determinados pelas ofertas e demanda;
- b) a concentração relativa de um setor em questão, seus setores, à montante e seus setores, à jusante - as empresas de um setor mais concentrado podem ter o poder de barganha maior e podem ser capazes de conseguir um preço cooperativo que coloque as empresas, em um setor menos concentrado (devido à rivalidade interna nesse setor), em desvantagem;
- c) volume de compras de empresas à jusante - os fornecedores devem oferecer melhor serviço e preços mais baixos a compradores maiores; e
- d) disponibilidade de insumos substitutos - a disponibilidade de substitutos limita o preço que o fornecedor pode cobrar.

Os compradores, naturalmente, exercem uma pressão sobre a indústria ao forçar uma redução dos preços. Para Oliveira e Batista (2009), o comprador, ao postular melhor qualidade, fomenta os concorrentes uns contra os outros. O poder de um grupo de compradores está intrinsecamente relacionado ao grau de concentração ou do volume adquirido em relação às vendas do vendedor; da facilidade de troca de fornecedor; à ameaça de integração para trás, por parte dos compradores; ao grau de conhecimento das condições de mercado por parte dos compradores; e ao baixo nível de influência, do produto da indústria, na qualidade dos produtos ou serviços do comprador.

As relações que se estabelecem, no setor da saúde, entre organizações hospitalares e Operadoras de Planos de Saúde (OPS) incluem além da contratualização da remuneração, instrumentos de regulação não financeiros, coercitivos, tais como: auditoria medica, restrição na utilização e execução de alguns serviços intermediários, adoção de autorizações prévias de procedimentos e de utilização de materiais, dentre outros instrumentos que visam restringir a autonomia das entidades de saúde nas decisões em suas atividades (UGÁ et al., 2009).

Conforme Figueiredo (2007) o mercado da saúde suplementar, no Brasil, representado pelas operadoras de planos de saúde, contempla um pouco menos de um quarto da população brasileira.

No entanto, representa o segundo maior mercado privado em volume populacional no mundo sendo superado apenas pelo mercado norte americano, cabendo ressaltar que montante financeiro movimentado pela saúde complementar no Brasil é praticamente o mesmo volume movimentado pelo setor público, o que pode levar a concluir que também resulte deste contexto o poder de persuasão das operadoras de planos de saúde, junto as entidades hospitalares filantrópicas.

### 6.3.6 Produtos ou Serviços Substitutos

O modelo estrutural das cinco forças de Porter, não considera diretamente a demanda, mas considera de forma objetiva, dois fatores relevantes que influenciam a demanda: os substitutos e os complementares. Os substitutos corroem os lucros da mesma forma que os novos entrantes e os complementos aumentam a demanda do produto em questão, alavancando, portanto, as oportunidades de lucro no setor (BESANKO et al., 2006).

Quanto mais atrativo for o *trade off* preço/desempenho dos produtos substitutos mais acirrada será a rivalidade neste segmento. Os substitutos que merecem a maior atenção estratégica são aqueles sujeitos à tendência de melhorias e os que sejam produzidos por setores de lucratividade alta (MONTEGOMERY; PORTER, 1998).

A inserção dos substitutos acontece com mais intensidade quando algum acontecimento provoca o aumento da competição no setor. Os substitutos, além de restringirem a rentabilidade em tempos normais, ameaçam os ganhos em época de prosperidade (PORTER, 1999).

Os produtos ou serviços substitutos constituem-se em uma constante ameaça à lucratividade em determinados setores, dependendo da relação preço/desempenho ofertados, aos quais os consumidores podem recorrer para suprir suas necessidades. Cabe ressaltar que uma ação focada na substituição orientada pela demanda deve considerar, de forma ampla, todas as implicações de realizar funções semelhantes junto aos clientes (GHEMAWAT, 2007).

O **Quadro 1** apresenta, de forma sintetizada, os autores, os tópicos e os temas adotados na construção desta pesquisa.

Quadro 1 - Arcabouço Teórico - Conceitual

ANÁLISE DA INDÚSTRIA	ESTRATÉGIAS NA SAÚDE
<p>Tópicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atratividade da indústria</li> <li>• Rivalidade do setor</li> <li>• Poder dos fornecedores</li> <li>• Poder dos compradores</li> <li>• Produtos substitutos</li> <li>• Novos entrantes</li> <li>• Economias de escala</li> <li>• Acesso a insumos</li> <li>• Posicionamento, diferenciação e custos</li> </ul> <p>Granovetter (1985), Porter (1986, 1989, 1993, 1999), Cleverley e Harvey (1992), Montgomery e Porter (1998), Besanko et al.(2000, 2006), Palmeira et al (2003), Ghemawat (2007), Lima e Filho (2009), Oliveira e Batista (2009),</p>	<p>Tópicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposição de valor</li> <li>• Custo operacional, qualidade assistencial e desempenho organizacional</li> <li>• Gestão focada em especialidades</li> <li>• Integração vertical e horizontal</li> </ul> <p>Bittar e Mieldazis (1992) Stock e McDermott, (2001), Lima et al (2005), Malik e Patrus (2005), Herzlinger (2006), Porter e Teisberg (2007), Christensen et al(2009), Porter (2010), Thomas e Lee (2010), Veloso e Malik (2010), Albuquerque et al (2011), Neto e Malik (2011), Porter e Kaplan (2011)</p>

Fonte: elaborado pelo autor

## 7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Conforme demonstrado no embasamento teórico deste trabalho, não se identificou um modelo padrão de análise das dinâmicas competitivas no setor da saúde no âmbito das entidades hospitalares filantrópicas. Entretanto, a partir do referencial teórico pesquisado procurou-se construir um roteiro investigativo e de coleta de dados capaz de responder aos objetivos propostos.

Este capítulo detalha a metodologia de pesquisa, apresentando os motivos que levaram a escolha do método, assim como elucidando a natureza da pesquisa, à técnica utilizada para análise e as devidas fontes de coletas de dados.

### 7.1 A METODOLOGIA DE PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como um trabalho qualitativo, de caráter exploratório, com foco na análise de um setor. O estudo exploratório, conforme Gil (1999), compreende levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que permitam a compreensão.

A pesquisa se realiza no setor da saúde centrando-se no comportamento de seis organizações hospitalares e, complementarmente, investiga os demais atores da cadeia de valor do setor da saúde como forma de contextualização dos movimentos e forças presentes no ambiente competitivo. Os hospitais pesquisados são, em essência, o objeto principal de interesse do estudo, e têm teor ilustrativo para entendimento do setor. Entende-se, portanto que o trabalho apresenta-se como um estudo de caso exploratório, devido a sua busca da compreensão aprofundada das dinâmicas do setor.

### 7.2 JUSTIFICATIVA PARA A ESCOLHA DA METODOLOGIA

Diante da complexidade da pesquisa e da necessidade de aprofundar a compreensão de um setor em mudança profunda, o estudo de caso consubstancia-se como a prerrogativa mais oportuna para o trabalho proposto.

O estudo de caso justifica-se na execução deste trabalho por consistir em uma inquirição empírica investigativa de um fenômeno contemporâneo inserido em um contexto da vida real, onde o fenômeno e o contexto apresentam uma tênue fronteira, onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas (YIN, 2010).

As pesquisas exploratórias, segundo Gil (1999) busca proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo. Este tipo de estudo objetiva proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador a respeito do tema, a fim de que esse possa formular problemas ou criar hipóteses que possam ser estudadas em pesquisas posteriores.

### 7.3 COLETA DE DADOS

O processo de coleta de dados foi realizado da seguinte maneira:

1. entrevistas – foram realizadas entrevistas em profundidade com o propósito de compreender a dinâmica do setor da saúde e as movimentações estratégicas adotadas no âmbito das organizações hospitalares estudadas;
2. as entrevistas foram transcritas e analisadas buscando a identificação de elementos chave ou categorias de análise evidenciando padrões nas respostas dos entrevistados.
3. questionário – a utilização de um roteiro semi-estruturado configurou-se em um importante instrumento, que contribuiu no entendimento das organizações estudadas, face à questão proposta;
4. análise documental e pesquisa em *site* institucional das referidas entidades pesquisadas ou de associações que as representam.

### 7.4 UNIDADE DE ANÁLISE

As organizações hospitalares selecionadas foram as seguintes: Hospital Divina Providência, Hospital Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Hospital São Lucas da PUC.

Os hospitais escolhidos representam a maioria das entidades de saúde filantrópicas de Porto Alegre, que no seu conjunto, conforme dados disponíveis no CNES, são responsáveis por quase a totalidade da produção dos serviços de saúde ofertados por entidades filantrópicas, em suas respectivas especialidades, no Estado do Rio Grande do Sul. Também se fez presente, tanto na escolha das entidades de saúde pesquisadas, quanto junto os demais atores entrevistados a disponibilidade para a realização das entrevistas devido aos relacionamentos existentes com pesquisador do presente trabalho.

Para dar suporte na análise do ambiente competitivo, os demais atores que complementam a cadeia de valor no segmento da saúde foram entrevistados, conforme segue:

- a) na categoria compradores dos serviços de saúde: Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Porto Alegre e pela operadora de saúde complementar Unimed Porto Alegre;
- b) na categoria fornecedores do segmento da saúde: representados por Johnson & Johnson do Brasil Ltda, Laboratório Pfizer Ltda e Philips Medical System Ltda.;
- c) na categoria produtos e serviços substitutos: representado pela empresa SIDI Medicina Por Imagem;
- d) o poder regulador do governo: representado pelo Secretário Adjunto da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de Porto Alegre, dois ex-secretários estaduais da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e de um ex-secretário nacional da saúde;
- e) as entidades de classe: Sindicato de Hospitais e Clínicas de Porto Alegre (SNDIHOSPA) e pela Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul (FEHOSUL), inserem-se no contexto da análise complementando a visão de regulação e de estratégias no setor da saúde.

## 7.5 ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram realizadas na sede das organizações pesquisadas e tiveram em média uma hora e meia de duração sendo gravadas, transcritas e, a partir da leitura, foi realizada a análise de conteúdo, destacando-se nos quadros resumo de respostas os elementos que expressaram os pontos questionados. Quando da análise do conteúdo das entrevistas foi utilizada seguinte técnica (MORAES, 1983):

Para a preparação das informações:

- a) transcrição integral das entrevistas gravadas e leitura detalhada para destacar e selecionar os aspectos relevantes ao estudo;
- b) separação do texto em parágrafos de acordo com o tema;
- c) agrupamento das unidades de conceitos das várias entrevistas de acordo com a sua similaridade por questões e temas.

A análise documental coletada em trabalho de campo, assim como dados publicados em *folder* e *site* das próprias entidades hospitalares e *sites* oficiais de entidades patronais deram suporte ao entendimento e conclusões da presente pesquisa. A análise de conteúdo



pode ser usada para analisar dados oriundos de entrevistas escritas ou em forma de áudio e vídeos (COOPER, 2003).

Os questionários de pesquisa encontram-se nos **Apêndices A e B**, agrupado por categoria de entrevistados, conforme pertinência dos temas abordados.

Os atores entrevistados estão identificados no **Apêndice C**.

## 8 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PESQUISADAS

O presente capítulo descreve as características das organizações hospitalares pesquisadas, apresentando um quadro resumo dos principais indicadores das operações realizadas pelas referidas instituições.

Quadro 2 – Características do Hospital Divina Providência

<b>Hospital Divina Providência</b>		
Caracterização		
<u>Hospital sem fins lucrativos</u>		
Fundação	1969	
Área construída da instituição	22.500 M <sup>2</sup>	
Organização do corpo clínico	Aberto	
Acreditação Hospitalar	Em fase de definição do projeto	
Principais Indicadores		
Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	171
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	27
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	2.500
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.030
Nº de consultas no pronto-socorro	2010	25.682
Nº de consultas ambulatoriais	2010	
Nº de internações	2010	15.307
Nº de cirurgias (exceto partos)	2010	20.022
Nº de partos	2010	4.610
Nº de exames realizados no SADT	2010	34.000
Porto Alegre Rio Grande Do Sul		

Fonte: pesquisa de campo

Quadro 3 - Características do Hospital Instituto de Cardiologia

(continua)

<b>Hospital Instituto de Cardiologia de Porto Alegre</b>		
Caracterização:		
<u>Hospital sem fins lucrativos</u>		
Fundação	1966	
Área construída da instituição	13.754 M <sup>2</sup>	
Organização do corpo clínico	Fechado	
Acreditação Hospitalar		
Principais Indicadores		

Quadro 3 - Características do Hospital Instituto de Cardiologia

(conclusão)

<b>Hospital Instituto de Cardiologia de Porto Alegre</b>		
Caracterização:		
<u>Hospital sem fins lucrativos</u>		
<u>Nº do total de leitos operacionais</u>	(dez-10)	239
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	55
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	115
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	1.239
Nº de consultas no pronto-socorro	2010	44.844
Nº de consultas ambulatoriais	2010	89.653
Nº de internações	2010	8.355
Nº de cirurgias (exceto partos)	2010	2.812
Nº de partos	2010	21
Nº de exames realizados no SADT	2010	787.268
Porto Alegre Rio Grande Do Sul		

Fonte: pesquisa de campo

Quadro 4 - Características do Hospital Mãe de Deus

<b>Hospital Mãe de Deus</b>		
Caracterização:		
<u>Hospital sem fins lucrativos</u>		
Fundação	1979	
Área construída da instituição	51.000 M <sup>2</sup>	
Organização do corpo clínico	Aberto	
Acreditação Hospitalar	Organização Nacional de Acreditação (ONA III)	
Principais Indicadores		
Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	428
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	47
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	3.800
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	2.048
Nº de consultas no pronto-socorro	2010	não se aplica
Nº de consultas ambulatoriais	2010	138.602
Nº de internações	2010	16.540
Nº de cirurgias (exceto partos)	2010	15.835
Nº de partos	2010	1.651
Nº de exames realizados no SADT	2010	1.381.530
Porto Alegre Rio Grande Do Sul		

Fonte: [http://www.anahp.org.br/files/Observatorio\\_ANAHP\\_ed02.pdf](http://www.anahp.org.br/files/Observatorio_ANAHP_ed02.pdf)

Quadro 5 - Características do Hospital Moinhos de Vento

<b>Hospital Moinhos de Vento</b>		
Caracterização:		
<u>Hospital sem fins lucrativos</u>		
Fundação	1927	
Área construída da instituição	86.000 M <sup>2</sup>	
Organização do corpo clínico	Aberto	
Acreditação Hospitalar	Joint Commission International (JCI)	
Principais Indicadores		
Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	335
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	61
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	4.441
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	2.194
Nº de consultas no pronto-socorro	2010	29.668
Nº de consultas ambulatoriais	2010	93.150
Nº de internações	2010	21.430
Nº de cirurgias (exceto partos)	2010	15.505
Nº de partos	2010	3.669
Nº de exames realizados no SADT	2010	488.923
Porto Alegre Rio Grande Do Sul		

Fonte: [http://www.anahp.org.br/files/Observatorio\\_ANAHP\\_ed02.pdf](http://www.anahp.org.br/files/Observatorio_ANAHP_ed02.pdf)

Quadro 6 - Características do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

(continua)

<b>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre</b>		
Caracterização:		
<u>Hospital sem fins lucrativos</u>		
Fundação	1803	
Área construída da instituição	123.200 M <sup>2</sup>	
Organização do corpo clínico	Fechado	
Acreditação Hospitalar		
Principais Indicadores		
Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	1.100
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	129
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.974
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	6.956
Nº de consultas no pronto-socorro	2010	207.893
Nº de consultas ambulatoriais	2010	562.519

Quadro 6 - Características do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

(conclusão)

<b>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre</b>		
Caracterização:		
<u>Hospital sem fins lucrativos</u>		
Nº de internações	2010	44.734
Nº de cirurgias (exceto partos)	2010	62.597
Nº de partos	2010	3.762
Nº de exames realizados no SADT	2010	4.185.733
Porto Alegre Rio Grande Do Sul		

Fonte: [http://www.portoalegrehealthcare.org/portugues/parc\\_santacasa.php](http://www.portoalegrehealthcare.org/portugues/parc_santacasa.php)

Quadro 7 - Características do Hospital São Lucas da PUC

<b>Hospital São Lucas da PUC</b>		
Caracterização:		
<u>Hospital sem fins lucrativos</u>		
Fundação	1976	
Área construída da instituição	49.000 M <sup>2</sup>	
Organização do corpo clínico	Aberto	
Acreditação Hospitalar		
Principais Indicadores		
Nº do total de leitos operacionais	(dez-10)	516
Nº de leitos de UTIs	(dez-10)	102
Nº de médicos cadastrados	(dez-10)	1.200
Nº de funcionários ativos	(dez-10)	2.537
Nº de consultas no pronto-socorro	2010	159.461
Nº de consultas ambulatoriais	2010	218.404
Nº de internações	2010	29.687
Nº de cirurgias (exceto partos)	2010	19.852
Nº de partos	2010	3.373
Nº de exames realizados no SADT	2010	2.489.738
Porto Alegre Rio Grande Do Sul		

Fonte: <http://www.hospitalsaolucas.pucrs.br/portal/idiomas/ingles/video/index.html>

## 9 RESULTADOS

Os temas pesquisados são apresentados e identificados em cada seção conforme segue:

9.1 – Caracterização das entidades hospitalares filantrópicas

9.2 – Ambiente regulatório

9.3 – Ambiente competitivo no âmbito das organizações hospitalares filantrópicas

9.4 – Orientações estratégicas predominantes das instituições

Os quadros de respostas apresentados no capítulo dos resultados foram transcritos, a partir das entrevistas realizadas, sendo auto - explicativos. Procedeu-se, porém, a inserção da síntese resumida dos principais pensamentos expressos nos referidos quadros em cada seção. Essa síntese teve como fonte as entrevistas realizadas e devidamente gravadas, assim como a compreensão do pensamento estratégico absorvido no trabalho de campo junto às instituições e especialistas entrevistados.

### 9.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENTIDADES HOSPITALARES FILANTRÓPICAS

As entidades hospitalares filantrópicas atuantes em Porto Alegre apresentam diferentes níveis de estrutura, porte e complexidade e compreender estes aspectos faz-se relevante ao fornecer insumos para o estudo de suas estratégias. Conforme a síntese de respostas apresentada no **Quadro 8** a seguir, observou-se que gestão profissionalizada e maior capacidade econômica estão diretamente relacionadas ao tamanho da organização. Por sua vez, estes dois fatores estão estreitamente relacionados com a localização. Nos grandes centros urbanos, há a predominância de entidades hospitalares de grande porte, que atuam com procedimentos mais complexos; por sua vez, as entidades hospitalares de pequeno e médio porte encontram-se distribuídas em cidades com menor densidade demográfica e desenvolvimento econômico.

De uma forma ampla, pode-se classificar os hospitais filantrópicos brasileiros em três níveis estruturais: pequeno, médio e grande porte.

Quadro 8 – Porte e Conformação Estrutural

<p><u>Questão chave:</u> considerando aspectos como porte, estrutura e complexidade, como podem ser classificados os hospitais filantrópicos de Porto Alegre?</p>
<p><u>Hospitais de Pequeno Porte:</u></p> <p>Atuam na <i>baixa e média complexidade</i>, localizam-se na sua grande maioria em regiões interioranas, com menor poder econômica e adensamento urbano, com precária logística de acesso, <i>possuem um parque tecnológico modesto, normalmente não dispõem de quadro técnico de profissionais da saúde suprido e altamente qualificado.</i></p>
<p><u>Hospitais de Médio Porte:</u></p> <p>Atuam na <i>média e alta complexidade</i>, localizam-se em regiões com maior poder econômico e concentração populacional; possuem um parque tecnológico moderno, além de um <i>corpo técnico qualificado e completo para as necessidades locais</i>, ofertam serviços com soluções integradas (serviços diagnósticos e terapêuticos), <i>normalmente são tidos como centro de referência regional.</i></p>
<p><u>Hospitais de Grande Porte:</u></p> <p>Atuam na <i>média e alta complexidade</i>; estão localizados nos grandes centros urbanos com expressivo poder econômico; <i>possuem gestão profissionalizada</i>, parque tecnológico moderno e um corpo técnico altamente qualificado; <i>são reconhecidos como centros de referências</i> e desenvolvem atividades de ensino e pesquisa; ofertam soluções integradas e completas, também <i>disponibilizam um elevado número leitos possuindo um bom poder de escala</i>; na sua grande maioria expandiram-se de maneira horizontal adquirindo hospitais de menor envergadura em regiões interioranas;</p>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

### 9.1.1 Aspectos Relativos à Sustentabilidade

As implicações da sustentabilidade econômica das entidades hospitalares se expressam de maneira inversamente proporcional ao tamanho das referidas entidades, o que significa que quanto menor o porte do hospital, maiores são as dificuldades de se auferir um desempenho econômico sustentável através de recursos próprios.

Como previamente exposto, o porte da organização está diretamente relacionado com o nível de complexidade contemplada em seus serviços ofertados. No **Quadro 9** apresentam-se as colocações dos entrevistados sobre estes aspectos.

Quadro 9 - Relação entre Porte e Sustentabilidade

<p><u>Questão chave:</u> quais as implicações de cada classe/porte ou tipo de hospital para a sustentabilidade econômica das entidades hospitalares filantrópicas?</p>
<p><u>Hospitais de Pequeno Porte:</u></p> <p>Para os hospitais de pequeno porte que atuam na baixa e média complexidade, <i>a sustentabilidade econômica apresenta-se como um desafio cada vez mais intransponível</i>, face o atual contexto das políticas de saúde pública ao qual o hospital é remunerado pelo ente público por meio de sua produção, <i>uma vez que os referidos hospitais possuem poucos leitos e ofertam um número reduzido de serviços</i>, este contexto inviabiliza sua continuidade.</p>
<p><u>Hospitais de Médio Porte:</u></p> <p>Para as entidades hospitalares filantrópicas de médio porte, a sustentabilidade econômica apresenta algumas especificidades, pois as mesmas não possuem algumas vantagens que os hospitais de pequeno porte possuem, que é o apelo social face a sua fragilidade estrutural, o que lhes confere por vezes doações generosas tanto por parte de governos locais, assim como da própria comunidade. Os hospitais de médio porte, também não possuem as vantagens de escala e produção, característicos dos hospitais de grande porte. No entanto, o desafio de se manter financeiramente sustentável apresenta-se como uma possibilidade plausível requerendo das referidas entidades muita tenacidade em todos os aspectos de sua operação, articulação com grandes centros de referência, parceria com o ente público, criatividade e produtividade na sua gestão organizacional.</p>
<p><u>Hospitais de Grande Porte:</u></p> <p>Para os hospitais filantrópicos de grande porte a sustentabilidade econômica se apresenta num contexto mais favorável, face à reputação da marca, <i>localização geográfica, a qualificação profissional, o poder de escala</i> que influencia de maneira positiva nas relações comerciais. Entretanto, a busca pela viabilidade econômica constitui-se numa luta diária, <i>uma vez que o setor da saúde caracteriza-se como um setor concentrado, com poucas empresas em seus respectivos segmentos exercendo um poder oligopolista</i>. Logo, explorar outros nichos de mercado, outras fontes de receitas que não somente a atividade assistências, consubstancia-se em ações que potencializam o êxito na busca pela sustentabilidade financeira.</p>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados



Logo, pode-se inferir que as entidades de pequeno porte estão sujeitas à ajuda e boa vontade da união e de governos locais, do que de sua própria capacidade organizacional em responder aos desafios do mercado. Já as entidades hospitalares de médio e grande porte vislumbram, de maneira distinta, a capacidade de serem economicamente viáveis por meio de seus próprios recursos.

### 9.1.2 Aspectos Relativos ao Processo de Crescimento das Organizações

De uma forma ampla, os entrevistados deixaram clara a necessidade de evoluir através de estágios e portes organizacionais para as entidades hospitalares, a fim de se manterem ativas e competitivas. Conforme apresenta o **Quadro 10**, para os hospitais classificados como sendo de pequeno porte, a necessidade de mudança de estágio estrutural apresenta-se como uma necessidade para manter sua própria continuidade quanto organização, pois face a evolução tecnológica muitas doenças de baixa e média complexidade passaram a ter uma outra forma de resolução e acompanhamento, sendo realizadas em clínicas, ambulatorios e até mesmo em postos de saúde e unidades básicas de atendimentos tirando dos respectivos hospitais parte de sua demanda.

Quadro 10 – Processo de Crescimento e Evolução

(continua)

<p><u>Questão chave:</u> considerando os vários portes e categorias de atuação, há necessidade de um hospital evoluir de um estágio para outro?</p>
<p><u>Hospitais de Pequeno Porte:</u></p> <p>Existe a necessidade de evolução de estágio estrutural, tanto para um nível superior, quanto um retrocesso em sua atual conformação se faz eminente e irreversível. <i>Os avanços da tecnologia estão diminuindo a necessidade de internações oriundas de doenças de baixa complexidade, o que atinge de forma direta a produção dos hospitais de pequeno porte .</i></p>
<p><u>Hospitais de Médio Porte:</u></p> <p><i>Por normalmente localizarem-se em cidades intermediárias, com maior concentração populacional e relativo poder econômico, a pressão para a evolução em seu estágio estrutural é fomentada pela demanda crescente dos serviços de saúde, nos mais diversos níveis de complexidade assistencial.</i></p>

## Quadro 10 – Processo de Crescimento e Evolução

(conclusão)

Questão chave: considerando os vários portes e categorias de atuação, há necessidade de um hospital evoluir de um estágio para outro?

Hospitais de Grande Porte:

*As entidade hospitalares de grande porte não estão isentas da necessidade de evolução, porém a referida evolução está mais relacionada ao foco de atuação do que tamanho e escala de produção.* No entanto, a evolução em termos estruturais deve respeitar os limites políticos de sua relação com o sistema como um todo, assim como respeitar sua missão como entidade de saúde.

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

Já para os hospitais classificados como de médio e grande porte, a necessidade de constante evolução se faz necessário por conta do ambiente concentrado e competitivo que se apresenta no setor da saúde, além das implicações oriundas da mudança no perfil das novas doenças motivadas por novos hábitos comportamentais, alimentares e sociais e pelo consequente aumento da expectativa média de vida da população.

## 9.2 AMBIENTE REGULATÓRIO

As organizações hospitalares operam em um setor altamente regulamentado, conforme Johnson e Schulz (1976). O setor de Hospitais e Serviços de Saúde é grande e importante demais para não ter regulamentação e, no que tange à esfera governamental, iniciou-se centrada acerca do reconhecimento médico legal, para resguardar os usuários contra a imperícia e negligência.

No entanto, outros fatores contribuem com o ambiente regulatório do setor da saúde. Johnson e Schulz (1976) apontam que leis e decisões da Justiça corroboram com o aumento da regulamentação no referido mercado. Para os autores, a regulamentação governamental justifica-se pela complexidade e importância do serviço prestado e pelo fato dos consumidores não terem informações ou parâmetros para julgar o tipo de serviço que necessitam, nem sua qualidade, ao contrário do que ocorre em outros setores da economia.

De acordo com Farias et al (2011), a regulação no segmento da saúde pode ser melhor entendida pelo poder que o ente público, com mandato oficial, detém para normatizar o funcionamento de organizações que prestam serviços essenciais à sociedade, podendo ser este

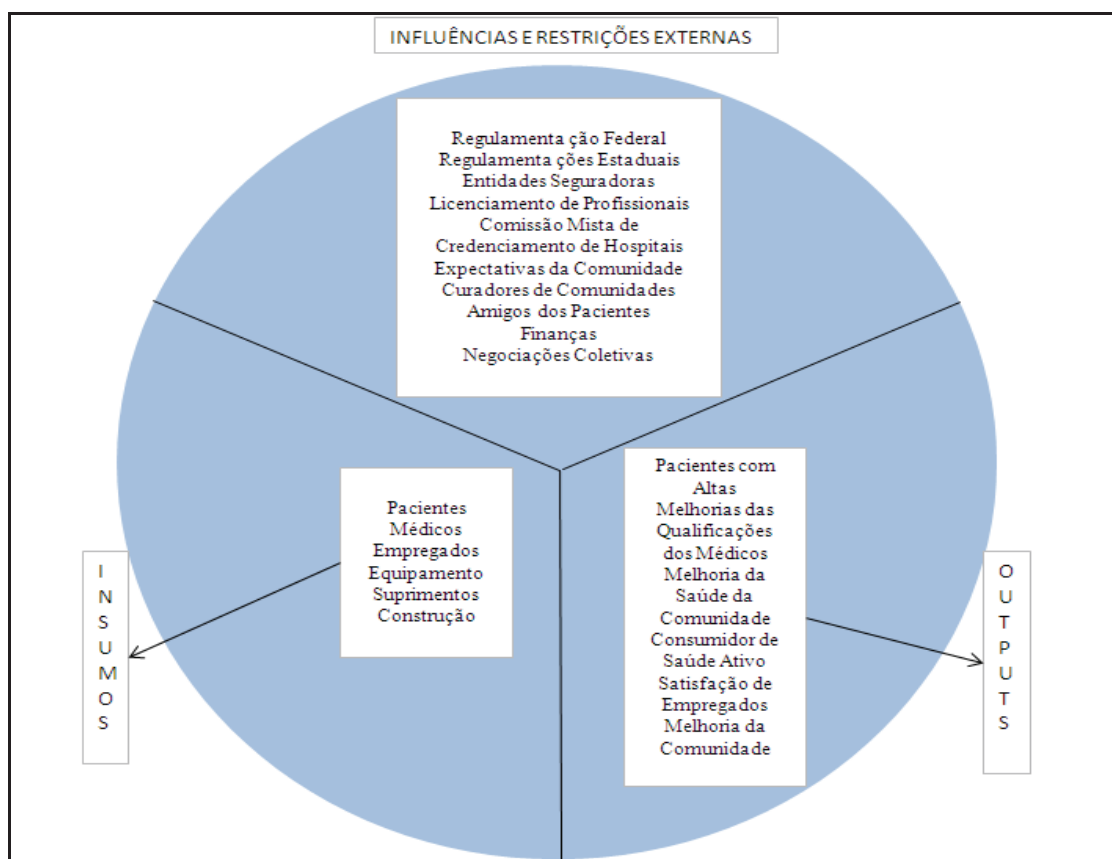
de caráter público, privado e ou de uma parceria público-privada, como é o caso das organizações hospitalares filantrópicas.

Ainda para os autores, a regulação está apoiada em dois pilares: quantidade adequada de ações e serviços acessíveis e resolutivos aos cidadãos, além da boa qualidade dos padrões dos serviços prestados.

No setor da saúde, o mercado é imperfeito, restringindo os cuidados de saúde a seus consumidores com capacidade para pagar e não a todos que dele necessitam. A função reguladora do Estado é fundamental para harmonizar e articular oferta e procura em situações tão particulares, não estando em causa o cumprimento das mesmas regras de economia geral (FARIAS et al., 2011).

A **Figura 3** apresenta uma visão sistêmica do hospital mostrando que os agentes regulatórios afetam a dinâmica de operação dos hospitais quanto a seus insumos e *outputs*.

Figura 3 - Visão sistêmica do ambiente regulatório



Fonte: Johnson e Schulz (1976, p. 41)

Para Farias et al (2011), a regulação é uma função pública imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde. No contexto brasileiro, a regulamentação governamental no setor da saúde está intrinsecamente relacionada com as políticas de saúde pública.

O **Quadro 11**, a seguir, apresenta uma síntese das principais políticas de saúde pública, projetos, instituições, órgãos governamentais, leis, que conduziram as ações regulatórias no Brasil ao longo do tempo.

Quadro 11 - Histórico das políticas de saúde pública no Brasil

(continua)

Data	Órgãos, institutos, leis e projetos	Objetivos e características	Principal fonte bibliográfica
1920-1930	Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS).	Início da previdência social no Brasil. Responsáveis pelos benefícios e serviços de saúde, para empregados de empresas específicas - sem recursos do poder público.	Cunha e Cunha, 1998.
1930-1945	Institutos de Aposentadoria de Pensões (IAPS).	Organizados por categorias profissionais e não mais por empresas - administração dependente do Governo Federal. Foco: ações centralizadas de saúde.	Cunha e Cunha, 1998.
1945-1965	Constituição de 1946, Lei orgânica da previdência de 1960.	Uniformiza direitos dos segurados dos diferentes institutos - ampliação dos benefícios e serviços.	Cunha e Cunha, 1998; Médici, 1994.
1966	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pelo governo brasileiro.	"(...) tratar os doentes individualmente enquanto o Ministério de Saúde deveria elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias."	Bertolli Filho, 1996, p. 54
1967	INPS cria convênios com 2300 dos 2800 hospitais existentes na época no país.	Ampliação do atendimento.	Bertolli Filho, 1996.
1974	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) - nova relação com a rede privada.	Crescimento dos serviços da previdência social.	Gonçalves e Malik, 1989.
1976	Reestruturação do Ministério da Saúde e criação da Secretaria de Ações Básicas de Saúde (SNPES).	Os SNPES eram responsáveis pelos programas de assistência médica sanitária.	Tanakaecol., 1992.

Quadro 11 - Histórico das políticas de saúde pública no Brasil

(continua)

Data	Órgãos, institutos, leis e projetos	Objetivos e características	Principal fonte bibliográfica
1978	Criação do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps, como sucessor do INPS.	Essa ação acarretou um processo de centralização técnico-administrativa das decisões no âmbito da assistência médica individual de caráter curativo.	Tanakaecol., 1992.
1980	Prevsauúde.	Estratégia de integração de maior abrangência envolvendo o Ministério de Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Objetivo: estender a cobertura dos serviços básicos de saúde a toda a população, articular as várias instituições de saúde e reorganizar a oferta dos serviços.	Tanakaecol., 1992.
1981	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp).	Propor normas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária.	Bertolli Filho, 1996.
1982	Ações integradas de saúde.	Criado a partir do Conasp com o objetivo de integrar e racionalizar o atendimento médico.	Médici, 1994.
1987	Criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).	Inicia-se o processo de modificação do modelo de saúde — regionalização, descentralização e hierarquização.	NEPP, 2000
1988	Constituição Federal.	Estabelece-se o SUS como nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde.	Soares, 1988.
1990	Criação do Conselho Nacional de Saúde e da Lei Orgânica da Saúde (LOS).	LOS, artigo 4: "o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)".	Lei 8.080 de 19/09/1990 (Brasil, 1990).
1991	Norma operacional básica (NOB-SUS).	Determina o padrão único de pagamento para prestadores públicos e privados, alocação de recursos para o setor público condicionada à produção, estabelece convênios entre a união e os municípios.	Grigório, 2002.
1993	NOBSUS93.	Estabelece o princípio da municipalização como havia sido concebido. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estratégias que consagram a descentralização político-administrativa da saúde.	Carvalho, 1995.

Quadro 11 - Histórico das políticas de saúde pública no Brasil

(conclusão)

Data	Órgãos, institutos, leis e projetos	Objetivos e características	Principal fonte bibliográfica
1996	NOBSUS96.	Acelera a descentralização dos recursos federais para os estados e municípios. Consolida a tendência de autonomia de gestão descentralizada, rompe com o produtivismo e cria programas dirigidos à população carente como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) bem como práticas relacionadas a uma nova lógica assistencial (programa de saúde da família - PSF).	Brasil, 1997.
1997	NEPP.	58% dos municípios brasileiros haviam aderido ao SUS.	NEPP, 2000.
1998	Lei n. 9.656.	Regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde.	Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, publicada em 4 de junho de 1998. (Silva, 1998)
1996/2003	Projeto Reforsus	a recuperação física, tecnológica e gerencial de estabelecimentos de saúde do País que prestam serviços ao SUS; o aprimoramento da gestão de políticas e de sistemas de saúde; a elevação do grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços.	Ministério da Saúde Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde Projeto Reforsus 2002
2008	PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008	Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.	<a href="http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1559.htm">http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1559.htm</a> Acessado em 201/07/2011
2010	Qualisus Política de Qualificação da atenção à saúde	Incorpora mecanismos de melhoria da capacidade de gestão, do controle social, da redução das inequidades, da integralidade do sistema e da racionalidade dos investimentos em infra-estrutura a partir da articulação entre as lógicas econômica e financeiras	<a href="http://www.brasil.us.com.br/legislacoes/gm/103268-577.html?q=Acessado">http://www.brasil.us.com.br/legislacoes/gm/103268-577.html?q=Acessado</a> em 20/07/2011
2011	PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.	<a href="http://www.brasil.us.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html">http://www.brasil.us.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html</a> acessado em 20/07/2011

Fonte: Borba (2005, p. 31-32) adaptado pelo autor.

O conjunto de dados elencados no **Quadro 11** permite apresentar a ênfase na centralização dos serviços de saúde por diversos órgãos e instituições governamentais sobrepostos. Com a reforma do estado, a partir da constituição de 1988, que segundo Malik e Patrus (2005) reestruturou o setor da saúde com a criação do SUS, o processo de centralização das políticas de saúde pública sofreu um forte revés na sua ordem em direção a descentralização e municipalização.

No cenário brasileiro, a regulamentação governamental, no âmbito das entidades hospitalares, é oriunda de várias esferas:

- i) Esfera Federal - em especial, o Ministério da Saúde com o Sistema Único de Saúde, Agências e Secretarias, também tendo ações regulatórias emanadas por outros ministérios tais como o da Educação em função das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas nas entidades hospitalares; do Meio Ambiente, devido aos resíduos tóxicos produzidos na atividade assistencial; do Trabalho, com a colaboração das entidades de classes e sindicatos; da Assistência Social, conforme pertinência do tema;
- ii) Esfera Estadual - por meio de Secretarias, Agências Regionais e Conselhos Regionais de Saúde; e
- iii) Esfera Municipal - através de Secretarias, Comitês e Conselhos Municipais de Saúde.

É pertinente considerar as etapas que precedem as ações de regulação, assim como seu devido controle e avaliação, como necessários instrumentos que conduzam as ações de fiscalização e implementação das políticas no setor. Nesta concepção, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2012) se constitui no órgão público de maior atuação para a consolidação das políticas regulatórias, a ANVISA é responsável, entre outros atributos, pelo controle sanitário, pela produção, comercialização de produtos e serviços da saúde. Nesta mesma linha de atuação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2011), criada em 28/01/2010, vinculada e subordinada ao Ministério da Saúde, atua como órgão de regulação, normatizando e fiscalizando as atividades referentes à assistência suplementar.

No entanto, outros instrumentos corroboram com a implementação de ações regulatórias no segmento da saúde. Deve-se destacar:

- o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que atua como um banco de dados armazenando e ordenando informações cadastrais atualizadas dos estabelecimentos de saúde em todo país, contratualizados ou não com o SUS;

- o Cartão Nacional da Saúde (Cartão SUS), que se configura em um sistema informatizado que viabiliza a vinculação dos procedimentos realizados pelo SUS junto aos usuários e ao profissional que o realizou, propiciando, desta forma, a integração com o processo geral de planejamento e orientado por problemas de saúde com base nas prioridades locais;
- as Centrais de Regulação (CRs), as quais se constituem estruturas de operacionalização de regulação enfocando o acesso assistencial e contemplando marcação de consultas, exames, internação, atendimento pré-hospitalar, urgências e emergências.

Os demais instrumentos de regulação se alinham de maneira complementar, não havendo sobreposição com os já mencionados, conforme segue:

- protocolo técnico (Clínico);
- protocolos operacionais;
- comissões autorizadoras / médicos autorizadores;
- indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade;
- manuais de Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH);
- mecanismos de acompanhamento da PPI e da programação dos estabelecimentos;
- portarias técnicas;
- sistema de Orçamentos Públicos em Saúde -SIOPS; e
- instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários.

#### Quadro 12 – Poder Regulatório do Governo

<p><u>Questão-chave:</u> Como o governo, através de seu poder regulatório, pode influenciar na sustentabilidade econômica destas organizações em suas respectivas categorias?</p>
<p>O aperfeiçoamento no sistema de financiamento da saúde, a partir de um expressivo <i>aumento nas tabelas de remuneração dos serviços prestados ao SUS</i>. Além de um <i>aperfeiçoamento nas políticas de regulação</i>, em especial, na destinação das demandas dos serviços de saúde levando em conta outros aspectos que não somente a localização geográfica. Estas orientações são capazes de impactar de forma positiva na vida das entidades de saúde filantrópicas.</p>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

Conforme os representantes das entidades hospitalares pesquisadas, o principal problema apontado refere-se a um aporte maior de recursos por parte do governo, em especial, nas tabelas de remuneração pelos serviços prestados ao SUS. As políticas de



financiamento público dos serviços de saúde apresentam-se inconsistentes com o atual cenário de prestação de serviços hospitalares que, cada vez mais, demandam investimentos em treinamento e pesquisas para atender as necessidades oriundas das epidemiologias contemporâneas.

### 9.3 AMBIENTE COMPETITIVO NO ÂMBITO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES FILANTRÓPICAS

Como primeiro aspecto as estratégias adotadas pelas entidades hospitalares pesquisadas apresentam algumas convergências, em especial: a ambição de explorar o mercado internacional, o universo das atividades de ensino e pesquisa no setor da saúde; o fortalecimento da marca junto à sociedade; e a busca pelo reconhecimento como centro de referência em especialidades de maior complexidade e de emergente demanda pelos serviços de saúde oriundas de um novo contexto socioeconômico que o país está vivendo. Conforme o **Quadro 13**, cada hospital apresentou uma estratégia distinta.

#### 9.3.1 Aspectos Relativos às Estratégias das Organizações

Buscou-se neste tópico compreender os movimentos estratégicos adotados pelas instituições, diante das forças competitivas identificadas. O **Quadro 13** apresenta os achados nesta questão.

Quadro 13 - Movimentações estratégicas dos hospitais filantrópicos de Porto Alegre

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Quais as movimentações estratégicas que os hospitais filantrópicos de Porto Alegre estão adotando para lidar com a dinâmica do setor da saúde ?	
INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
Hospital Divina Providência	<i>Praticar uma medicina séria, comprometida em atender na íntegra as perspectivas do paciente, focar em especialidades às quais entendemos ser capazes de nos tornarmos referência. Logo, a estratégia adotada consiste em reduzir o escopo de atuação nos serviços de saúde direcionando esforços nas especialidades de alta complexidade escolhidas.</i>

Quadro 13 - Movimentações estratégicas dos hospitais filantrópicos de Porto Alegre

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Quais as movimentações estratégicas que os hospitais filantrópicos de Porto Alegre estão adotando para lidar com a dinâmica do setor da saúde ?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Hospital Instituto de Cardiologia de Porto Alegre	<p>O Instituto de Cardiologia é um hospital especializado na área de cardiologia <i>e vem se posicionando um pouco na contramão do mercado da saúde no que se refere a sua articulação com o gestor público da saúde, pois está procurando ampliar dentro de sua expertise, a oferta de serviços não de alta complexidade, mas sim, de média e baixa complexidade.</i> Essa iniciativa está alinhada dentro de um contexto de tendência de necessidade de saúde pública.</p> <p>Outras ações que complementam as estratégias adotadas pela instituição compreende a <i>atuação em conjunto com os hospitais da rede e com demais parceiros do setor; a produção em escala; o fortalecimento da marca com a aquisição de prêmios de satisfação dos usuários do SUS; o reconhecimento como referência regional na especialidade cardiológica</i> inserem-se numa linha de ações que potencializam o equilíbrio de forças nas relações de negócios.</p>
Hospital Mãe de Deus	<p>O hospital Mãe de Deus se caracteriza como um hospital geral e dentre suas estratégias elencou alguns pilares para auferir a viabilidade econômica, tais como:</p> <p>Orientar investimentos para a epidemiologia local.</p> <p>Trabalhar os processos da gestão da produção.</p> <p>Trabalhar as informações epidemiológicas e de produção a controles de indicadores de qualidade.</p> <p>Fortalecimento da marca Mãe de Deus junto a todos os atores do setor da saúde.</p> <p>Explorar o potencial mercado internacional, a partir de uma ação em conjunto com o Porto Alegre <i>Health Care</i>.</p> <p>Estreitamento das relações com o poder público ao se tornar um dos principais parceiros do sistema público de</p>

Quadro 13 - Movimentações estratégicas dos hospitais filantrópicos de Porto Alegre

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Quais as movimentações estratégicas que os hospitais filantrópicos de Porto Alegre estão adotando para lidar com a dinâmica do setor da saúde ?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
	saúde no Estado, no que se refere a o número de leitos ofertados ao SUS. Trabalhar em conjunto com os demais hospitais na construção de soluções para problemas característicos do setor da saúde também faz parte de nossas ações estratégicas.
Hospital Moinhos de Vento	<p>O Hospital Moinhos de Vento é um hospital generalista, ou seja, possui uma ampla gama de serviços ofertados. <i>Entretanto, elencou determinadas especialidades como centro de referência, essas especialidades recebem investimentos mais condensados dentre os demais serviços ofertados.</i></p> <p>O Hospital Moinhos de Vento <i>tem em seu foco os clientes da classe econômica A e B, a instituição busca a excelência em seus serviços e o reconhecimento desta excelência se estendendo no mercado internacional através da certificação reconhecida pela Joint Commission International – JCI (Há 12 anos o hospital possui este reconhecimento internacional).</i> Essas ações contribuem para o fortalecimento da marca Moinhos de Vento, que por sua vez oportuniza explorar novos mercados, novos negócios.</p>
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	<p><i>A Santa Casa tem como orientação estratégica a satisfação do paciente, por meio da excelência dos serviços prestados, disponibilizando serviços terapêuticos e diagnósticos integrados de alta qualidade tanto na baixa, média e alta complexidade para todas as classes sociais.</i></p> <p>A Santa Casa é uma entidade hospitalar que se caracteriza como sendo um hospital geral, porém dentro da diversidade de serviços prestados a instituição elencou algumas especialidades para serem reconhecidas como centro de referência regional.</p>

Quadro 13 - Movimentações estratégicas dos hospitais filantrópicos de Porto Alegre

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Quais as movimentações estratégicas que os hospitais filantrópicos de Porto Alegre estão adotando para lidar com a dinâmica do setor da saúde ?	
INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
	<p>Ações nas áreas de ensino e pesquisa potencializam projetos e novas oportunidades de negócios.</p> <p><i>Atuar em parceria com as demais entidades hospitalares, em suas diversas categorias, níveis, a construção em conjunto, com os hospitais São Lucas da PUC, Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus, de um cluster de hospitais voltados a potencializar as oportunidades do mercado internacional da saúde, usar o poder da marca Santa Casa com suas soluções integradas voltadas à satisfação da perspectiva do paciente, usar a robustez organizacional com seu poder de escala nas relações de compra e de venda.</i></p> <p>A conjugação destas ações de maneira orquestrada se consubstancia em instrumentos que a Santa Casa adota para lidar com as forças que governam a competição no setor da saúde no âmbito das entidades hospitalares filantrópicas.</p>
Hospital São Lucas da PUC	<p>O Hospital São Lucas da PUC tem em sua orientação institucional a busca pela excelência dos serviços prestados. Logo, ao obter este reconhecimento junto à população procura fazer desta condição uma ferramenta que potencialize novas oportunidades e auxilie na superação dos obstáculos que o mercado impõe. <i>A otimização da produção, o uso racional dos recursos disponíveis e uma sinergia orientada em todos os aspectos da execução dos serviços que são inerentes a um hospital, são elementos de gestão que contribuem para que o Hospital da PUC supere as dificuldades de se manter economicamente viável.</i></p> <p><i>O Hospital São Lucas da PUC é membro integrante do Porto Alegre Health Care. “O Cluster” assim denominado por seus integrantes, que consiste em um</i></p>

Quadro 13 - Movimentações estratégicas dos hospitais filantrópicos de Porto Alegre

(conclusão)

<u>Questão-chave:</u> Quais as movimentações estratégicas que os hospitais filantrópicos de Porto Alegre estão adotando para lidar com a dinâmica do setor da saúde ?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
	<i>acordo de cooperação entre os diretores de quatro entidades hospitalares de Porto Alegre, que se reúnem para avaliar e fomentar as oportunidades do mercado internacional.</i>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

A cooperação entre as entidades hospitalares pesquisadas se apresenta como um recurso estratégico predominante, oportunizando que as mesmas superem dificuldades comuns a todos e, ao mesmo tempo, potencializando novas oportunidades.

O marketing institucional valorizando a marca e o ambiente hospitalar, a ênfase na expertise operacional, por meio do reconhecimento público como centro de excelência em especialidades de alta complexidade o uso da abrangência da organização, tamanho e consequente escala de produção são proposições estratégicas que se apresentam e complementam as ferramentas de gestão para as entidades hospitalares filantrópicas de Porto Alegre, para lidar com a dinâmica do setor da saúde.

### 9.3.2 Aspectos Relativos à Rivalidade

Há consenso de que a rivalidade, no âmbito dos hospitais, apresenta-se mais acentuada em determinado segmento dos serviços de saúde prestados e que para, os entrevistados, reside na alta complexidade. As reações para esta implicação são distintas conforme posicionamento, especialidade, tamanho, e abrangência de cada organização. A rivalidade não tem somente um caráter ameaçador, ela também se apresenta como uma oportunidade, como um elemento propulsor de inovação na gestão organizacional.

Quadro 14 – Rivalidade Interna no setor

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Quanto às implicações da Rivalidade Interna, no âmbito das organizações hospitalares filantrópicas, como as entidades pesquisadas estão percebendo, reagindo?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Hospitais Filantrópicos de Porto Alegre	<p>Na visão das instituições hospitalares; <i>a rivalidade tem se apresentado mais acirrada, em especial, na alta complexidade</i> que é uma área de atuação que demanda mais recursos tecnológicos e também, por conta disto, aporta uma melhor remuneração pelos serviços prestados.</p> <p>A resposta para esta ameaça, mora em investimentos em capacitação profissional e em novas tecnologias, os aspectos relacionados a <i>acolhimento e hotelaria também se apresentam como um diferencial competitivo</i>, já na baixa e média complexidade a rivalidade se apresenta <i>moderada</i>, não ensejando ações contundentes no curto e médio prazo</p>
Fornecedores	<p>Na visão dos fornecedores; a rivalidade dentre as entidades hospitalares filantrópicas se apresenta de forma mais amena na baixa e média complexidade, já na alta complexidade se percebe uma intensidade maior.</p> <p><i>Para os fornecedores as implicações desta rivalidade não muda a maneira de se relacionar com os hospitais.</i></p> <p>No entanto, <i>esta acentuada rivalidade na alta complexidade tem levado os hospitais a buscarem um diferencial competitivo na alta tecnologia, este contexto tem beneficiado o segmento dos fornecedores do setor da saúde em suas respectivas áreas de atuação.</i></p>
Compradores	<p>Na visão dos compradores, o que incentiva o aquecimento da rivalidade na alta complexidade <i>mora na credibilidade da instituição perante a opinião pública</i>, pois uma vez que determinada organização se destaca na excelência de determinados procedimentos reconhecidamente complexos, este reconhecimento tende a gerar uma atmosfera de novos negócios tanto na área assistencial, como nas áreas de ensino e pesquisa por</p>

## Quadro 14 – Rivalidade Interna no setor

(conclusão)

<u>Questão-chave:</u> Quanto às implicações da Rivalidade Interna, no âmbito das organizações hospitalares filantrópicas, como as entidades pesquisadas estão percebendo, reagindo?	
INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
	meio de novas parcerias oriundas das esferas da iniciativa pública e da iniciativa privada. Outra implicação que a rivalidade no âmbito das entidades hospitalares provoca no setor da saúde é um aumento dos custos dos serviços prestados, pois as mesmas aderem a novas tecnologias com o propósito de se destacarem umas das outras. No entanto, <i>estas novas tecnologias não necessariamente importam numa significativa diferença de resolutividade em relação à tecnologia já existente</i> , e em muitos casos geram um custo maior na execução dos procedimentos, pois <i>trazem consigo outros custos de estrutura</i> necessários para sua implementação.
Provedores de Serviços substitutos	Na visão dos prestadores de serviços substitutos, a rivalidade no âmbito das entidades hospitalares se apresenta de forma mais acentuada na alta complexidade. <i>As ações voltadas na promoção da expertise e marca da instituição constituem-se em manobras para conquistar o mercado.</i>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

A alta complexidade enseja uma predisposição por parte dos hospitais em despender mais recursos em novas tecnologias e em novos procedimentos, o que pode levar a um aumento dos custos de operação, sem necessariamente trazer uma maior resolutividade.

### 9.3.3 Aspectos Relativos à Ameaça de Novos Entrantes

Os novos entrantes no âmbito das entidades hospitalares filantrópicas no Estado do Rio Grande do Sul, conforme as instituições pesquisadas, não se apresentam como uma ameaça que as preocupe, tanto no curto, como no médio prazo. O **Quadro 15** a seguir apresenta as colocações dos entrevistados neste aspecto.

## Quadro 15 – Ameaça de Novos Entrantes

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Quanto às implicações da ameaça dos novos entrantes no âmbito das organizações hospitalares, como as instituições pesquisadas estão percebendo, reagindo?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Hospitais Filantrópicos de Porto Alegre	Na visão das instituições hospitalares, a ameaça de novos entrantes, pelo menos no curto e médio prazo se expressa com uma baixa intensidade, <i>não necessitando estratégias voltadas para conter esta ameaça</i> . Porém cabe lembrar que existe um potencial enorme para ser explorado nos serviços de saúde, <i>face à carência de hospitais principalmente em regiões interioranas</i> .
Fornecedores	Na visão dos fornecedores, não há um movimento de novos entrantes, mas sim, <i>uma ação de grandes hospitais absorvendo hospitais de pequeno e médio porte em regiões interioranas</i> , por meio de um processo de horizontalização, <i>recuperando e reativando</i> estas organizações que estavam com dificuldades de se manterem ativas com suas operações.
Compradores	Na visão dos compradores existe a ameaça de novos entrantes, pois <i>o mercado se mostra carente para atender a demanda dos serviços de saúde</i> . No entanto, não se espera a efetivação desta ameaça no curto prazo, mas sim, no médio e longo prazo, <i>com a chegada de novos conglomerados no segmento da saúde</i> , construindo hospitais, comprando hospitais e operadoras de planos de saúde. Outra maneira desta ameaça se expressar é por meio das operadoras de planos de saúde já existentes no mercado, onde <i>algumas operadoras verticalizam suas operações adquirindo ou construindo hospitais, clínicas</i> , com o propósito de controlar os custos de suas operações e auferir novas receitas.



## Quadro 15 – Ameaça de Novos Entrantes

(conclusão)

<u>Questão-chave:</u> Quanto às implicações da ameaça dos novos entrantes no âmbito das organizações hospitalares, como as instituições pesquisadas estão percebendo, reagindo?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Provedores de Serviços substitutos	Na visão dos prestadores de serviços substitutos, <i>não está se apresentando novos entrantes, porém hospitais já existentes estão sendo reativados</i> e alguns hospitais estão crescendo, mudando de categoria se tornando hospitais de grande porte.

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

As barreiras para os novos entrantes no segmento da saúde contemplam dificuldades semelhantes à indústria convencional que, conforme Porter (1999), compreende economia de escala, diferenciação do produto, exigência de capital, desvantagens de custo independente do tamanho e política governamental.

Essas barreiras estão presentes no ambiente dos serviços de saúde, o que leva os representantes das instituições pesquisadas se sentirem menos ameaçados por estas implicações, uma vez que as mesmas já se encontram estabelecidas.

As barreiras de entrada no setor são altas, especialmente em função dos altos custos da atividade dos serviços de saúde, o que, de certa maneira, desestimula uma corrida para a criação de novos hospitais.

### 9.3.4 Aspectos Relativos ao Poder de Negociação de Clientes

O poder dos clientes que basicamente estão expressos nos contratos de prestação de serviços, ora com o Sistema Único de Saúde (SUS), ora com Operadoras de Planos de Saúde (OPS), se materializa de forma acirrada, nas relações comerciais, face os custos dos serviços prestados.

Existe um jogo de poder balizado por uma situação conjuntural de mercado que oscila conforme a oferta e demanda dos serviços de saúde. O **Quadro 16** a seguir apresenta as colocações dos entrevistados neste aspecto.

Quadro 16 – Poder de Negociação de Clientes

<u>Questão-chave:</u> Como as instituições hospitalares estão percebendo o poder de negociação dos clientes (SUS e OPS) e quais suas reações predominantes?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Hospitais Filantrópicos de Porto Alegre	<p>O poder de negociação se apresenta com uma intensidade elevada, o SUS participa de grande parte da produção das entidades filantrópicas e por conta disto exerce um poder objetivo, quanto à saúde complementar explorada pelas OPS, este segmento de mercado se apresenta altamente concentrado com poucas operadoras dominando o mercado.</p> <p>As reações para o poder representado pelos compradores dos serviços de saúde (SUS e OPS) reside em explorar outras configurações de clientes tais como: <i>o mercado internacional, o mercado privado das grandes empresas e o mercado particular representado pelo cidadão que não utiliza o SUS e que também não possui plano de saúde privado.</i></p> <p>A cooperação dentre as entidades hospitalares filantrópicas se insere como um importante recurso no enfrentamento das relações comerciais entre tomadores de serviços de saúde e hospitais.</p> <p><i>As atividades de ensino e pesquisa potencializam outras formas de receitas, que não só a assistencial contribuindo para que os hospitais diluam sua dependência em relação ao SUS e as OPS.</i></p>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

Pode-se compreender que o referido segmento de tomadores de serviços de saúde assim como o segmento dos fornecedores de insumos e equipamentos médicos apresenta-se com um alto grau de concentração. A intensidade do poder de negociação, conforme as entidades hospitalares pesquisadas apresenta-se elevada. A cooperação entre as organizações hospitalares constitui-se como uma alternativa estratégica no enfrentamento das implicações desta ameaça.

No entanto, outras orientações estratégicas despontam no setor, como a diversificação da origem das receitas, por meio da ampliação e conquista de novos mercados tais como: o mercado internacional, o mercado particular representado pelas pessoas físicas e jurídicas

(empresas que contratam serviços hospitalares). As atividades de ensino e de pesquisa apresentam-se como promissoras frentes de negócios.

### 9.3.5 Aspectos Relativos aos Produtos e Serviços Substitutos

Para os serviços médicos que são, tradicionalmente, prestados em um ambiente hospitalar, os serviços e produtos substitutos no segmento da saúde apresentam-se e se potencializam conforme os avanços tecnológicos.

Os serviços que, no passado necessitavam ser realizados em um centro cirúrgico hospitalar, podem, agora, ser executados em clínicas particulares desvinculadas de uma entidade hospitalar, como por exemplo: cirurgias plásticas, oftálmicas, serviços de hemodiálise, entre outros. Outra forma de expressar a ameaça dos serviços e produtos substitutos insere-se nos serviços de diagnose por exames que eram tradicionalmente realizados em hospitais e, atualmente, estão disponíveis em diversos lugares, como clínicas de imagem e laboratórios de análises clínicas. O **Quadro 17** a seguir apresenta as colocações dos entrevistados neste aspecto.

Quadro 17 – Produtos e Serviços Substitutos

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Quanto às implicações dos produtos e serviços substitutos, no âmbito das organizações hospitalares, como as instituições pesquisadas estão percebendo, reagindo?	
INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
Hospitais Filantrópicos de Porto Alegre	Essa ameaça se apresenta de forma moderada no curto e médio prazo, porém com as mudanças oriundas das movimentações socioeconômico e das inovações tecnológicas, essa ameaça tende a se tornar mais representativa. Algumas ações para lidar com as implicações dos serviços e produtos substitutos consiste em ressaltar a segurança do ambiente hospitalar, <i>explorar a confiança e reputação da marca da organização hospitalar</i> e despender mais investimentos nas atividades ambulatoriais e de exames diagnósticos.

## Quadro 17 – Produtos e Serviços Substitutos

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Quanto às implicações dos produtos e serviços substitutos, no âmbito das organizações hospitalares, como as instituições pesquisadas estão percebendo, reagindo?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Fornecedores	<p>Esta ameaça se faz presente em vários níveis de complexidade sendo percebida com uma alta intensidade, os hospitais estão respondendo a este ataque dando uma maior atenção a serviços que podem ser feitos a nível ambulatorial, <i>algumas ações percebidas são a disponibilização de serviços de menor complexidade em localidades distantes das imediações dos hospitais.</i></p> <p>Alguns hospitais disponibilizaram seus serviços em Shopping Center, aeroportos, na periferia, enfim em localidades distintas.</p>
Compradores	<p>É uma ameaça moderada tendendo a crescer gradativamente. <i>Existe uma movimentação no mercado por parte de grandes empresas do segmento da saúde, de incorporação de serviços laboratoriais de análises clínicas e serviços de imagens, somando-se a estes acontecimentos, uma proliferação de serviços de baixa e média complexidade sendo realizadas em clínicas particulares.</i></p> <p>Esse cenário tende a se intensificar com o passar do tempo e causar uma readequação, tanto por parte das entidades hospitalares, quanto pelas operadoras de planos de saúde, pois um novo ator se insere no segmento da saúde reivindicado um espaço ainda maior.</p>

## Quadro 17 – Produtos e Serviços Substitutos

(conclusão)

<u>Questão-chave:</u> Quanto às implicações dos produtos e serviços substitutos, no âmbito das organizações hospitalares, como as instituições pesquisadas estão percebendo, reagindo?	
INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
Provedores de Serviços substitutos	<p>Os produtos e serviços substitutos estão trazendo no escopo de suas estratégias, <i>serviços de qualidade com baixos custos em relação aos hospitais e capilarização de suas localidades, ou seja, por terem uma estrutura menor conseguem instalar-se em diversas localidades priorizando localidades de fácil acesso, onde há potencial demanda.</i></p> <p>Os hospitais estão respondendo a este ataque investindo nos serviços ambulatoriais e de exames diagnósticos, que estão mais diretamente, relacionados com o foco das especializações que escolheram para serem publicamente reconhecidos como referência.</p> <p>Os serviços de saúde realizados em clínicas particulares, de certa forma, <i>estão impactando nas entidades hospitalares, pois as clínicas se posicionam com baixos custos.</i></p> <p>Entretanto, há uma movimentação por parte de algumas entidades hospitalares de fazerem anexos específicos para se manterem com a lucratividade adequada nos respectivos serviços ambulatoriais que estão sofrendo o assédio das clínicas particulares.</p>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

Verifica-se que há um consenso quanto à intensidade desta ameaça entre as entidades pesquisadas. No entanto, algumas ações para responder a esta implicação se apresentam em consonância, como a valorização do ambiente hospitalar, a valorização da marca, uma maior atenção na média complexidade, através de uma oferta maior destes serviços, tanto para o SUS, quanto para as OPS.

Um elemento que acirra mais a ameaça neste segmento é o fato destes novos concorrentes possuírem uma estrutura mais enxuta, o que se reflete em custos mais baixos e uma maior mobilidade de instalação. Esses serviços normalmente estão instalando-se em localidades estratégicas de grande potencial de demanda.

Essa ameaça é uma realidade e os hospitais estão buscando reagir por meio de uma readequação de suas propostas estratégicas, destinando maiores investimentos e ofertando mais serviços de nível ambulatorial. Outra resposta reside no poder e confiança que a marca da instituição possui junto aos usuários dos serviços de saúde.

### 9.3.6 Aspectos Relativos ao Poder dos Fornecedores

O segmento de fornecedores dos serviços de saúde alinha-se à mesma conjugação dos compradores dos serviços médicos. Trata-se de um segmento concentrado, onde poucos fornecedores de equipamentos e insumos médicos detêm a maioria do mercado.

Para esta implicação, algumas ações estão sendo adotadas, tais como: agir em parceria com os demais hospitais; fazer uso do tamanho e conseqüente escala de produção; valorização da marca da instituição; e constante negociação através de um canal de diálogo intenso e transparente. O **Quadro 18** apresenta as colocações dos entrevistados sobre estes aspectos.

Quadro 18 – Poder de Negociação dos Fornecedores

(continua)

<u>Questão-chave:</u> No âmbito dos hospitais filantrópicos brasileiros, o poder de negociação dos fornecedores (Fornecedores de equipamentos médicos hospitalares e fornecedores dos insumos médicos) podem ser compreendido de que forma?	
INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
Hospitais Filantrópicos de Porto Alegre	O poder dos fornecedores continua alto, <i>mas vem gradativamente perdendo força face à evolução tecnológica promovida em grande parte pelos próprios fornecedores.</i> No âmbito dos fornecedores de equipamento médico hospitalar, assim como de medicamentos e material de enfermagem, <i>o mercado se apresenta concentrado com poucas empresas dominando</i>

Quadro 18 – Poder de Negociação dos Fornecedores

<u>Questão-chave:</u> No âmbito dos hospitais filantrópicos brasileiros, o poder de negociação dos fornecedores (Fornecedores de equipamentos médicos hospitalares e fornecedores dos insumos médicos) podem ser compreendido de que forma?	
INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
	<p><i>o setor. O segmento de fornecedores no setor da saúde é composto por poderosas empresas multinacionais, que impedem a entrada de novos participantes dificultando a pulverização da cadeia de suprimentos e dos serviços de manutenção de equipamentos.</i></p> <p><i>Algumas estratégias usadas para lidar com as operadoras de planos de saúde, também se fazem presentes em relação aos fornecedores, tais como: a cooperação entre as entidades de saúde fazendo com que em determinadas compras a operação se realize em conjunto, se tornando desta maneira um só comprador, o uso da reputação da marca da instituição hospitalar perante a sociedade e do poder de escala, face o tamanho e abrangência da organização.</i></p>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

#### 9.4 ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS PREDOMINANTES

Nesta questão buscou-se investigar aspectos como estratégias de expansão, proposição de valor, localização geográfica e uma síntese das estratégias predominantes do setor, discutidas a seguir.

##### 9.4.1 Aspectos Relativos à Estratégia de Expansão

Para os entrevistados, horizontalizar ou verticalizar as operações da organização constitui-se em uma alternativa de orientação estratégica que deve ser muito bem pensada antes de se dar os passos nesta direção.

Entretanto, conforme apresenta o **Quadro 19**, a seguir, os entrevistados não pactuam que essas opções estratégicas sejam condições fundamentais para se tornarem economicamente viáveis.

Quadro 19 – Estratégias de Expansão

(continua)

<p><u>Questão-chave:</u> Alguns autores e especialistas do setor da saúde defendem que expansão vertical e ou horizontal são estratégias fundamentais para a manutenção da competitividade das entidades hospitalares. Qual sua posição sobre esta questão?</p>	
<p><b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b></p>	<p><b>RESPOSTAS</b></p>
<p>Hospitais Filantrópicos de Porto Alegre</p>	<p>Na visão das instituições hospitalares; a horizontalização, se bem planejada, traz em sua proposta, a redução e a otimização dos custos fixos, um maior poder de barganha com os principais compradores e fornecedores, maior visibilidade, perpetuação da marca e também enseja numa adequação à lei que regula a filantropia.</p> <p><i>Logo, é uma orientação estratégica que se mostra pertinente, face o contexto do setor da saúde apresentar-se concentrado no segmento dos fornecedores e compradores dos serviços médicos. A opção pela verticalização, em especial, a compra, construção de planos de saúde, implica em muito mais riscos, dificuldade de gestão e perda de foco do negócio do que uma vantagem competitiva.</i></p> <p>Ambas as proposições são instigantes, porém deve-se estar muito atento ao contexto socioeconômico para poder optar por uma destas estratégias, <i>Entretanto, não são estratégias consideradas imprescindíveis</i>, pois existem exemplos no Brasil, de organizações hospitalares que prosperam sem fazer uso das referidas movimentações estratégicas.</p>



Quadro 19 – Estratégias de Expansão

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Alguns autores e especialistas do setor da saúde defendem que expansão vertical e ou horizontal são estratégias fundamentais para a manutenção da competitividade das entidades hospitalares. Qual sua posição sobre esta questão?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Fornecedores	<p>Na visão dos fornecedores: a horizontalização é uma ação que contribui significativamente para a competitividade das entidades hospitalares, pois propicia escala de produção face uma maior capacidade produtiva. <i>A opção por se expandir é uma orientação importante e benéfica para o setor, mas implica em riscos que devem ser devidamente monitorados.</i> Um desses riscos é o perigo de se perder o foco do negócio, <i>se uma organização tem determinada vocação e se expande para outras especialidades, esse movimento pode trazer consigo grandes dificuldades de operação, não só para quem é absorvido, mas para quem absorve.</i></p>
Compradores	<p>Na visão dos compradores; a estratégia de verticalização praticada por algumas organizações hospitalares deve ser vista com muita cautela pelas demais entidades de saúde, <i>pois incorre num risco muito grande de perder o foco de sua missão.</i> Porém, a estratégia de horizontalização, mesmo importando em algum risco para a organização, <i>consubstancia-se num importante avanço em direção a uma maior capacidade em competir, que por sua vez causa impacto em todos os atores do setor.</i></p>

## Quadro 19 – Estratégias de Expansão

(conclusão)

<u>Questão-chave:</u> Alguns autores e especialistas do setor da saúde defendem que expansão vertical e ou horizontal são estratégias fundamentais para a manutenção da competitividade das entidades hospitalares. Qual sua posição sobre esta questão?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Provedores de Serviços substitutos	Na visão dos prestadores de serviços substitutos; estas formas de expansão são positivas, desde que sejam feitas de maneira orquestrada com as potencialidades do mercado. No entanto, não <i>seria adequado afirmar que sejam orientações estratégicas imprescindíveis, pois existem exemplos de organizações hospitalares que cresceram e estão bem posicionadas no mercado sem usar estes artificios.</i>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

Ressalta-se que a verticalização não é vista como uma estratégia desejável pelos representantes das entidades entrevistadas. A rejeição por esta orientação estratégica reside, principalmente, no risco da perda do foco da organização. Já a horizontalização é um opção estratégica percebida com enorme potencial de auferir uma vantagem competitiva para as entidades que as praticam. Para os especialistas entrevistados, a adoção desta orientação está mais ligada a uma adequação à lei que regula a filantropia, do que na busca por um diferencial estratégico.

A emergência deste tipo de organização hospitalar filantrópica que se expande de maneira horizontal, faz uso da escala de produção e opera em rede, provoca nos atores que compõem o setor da saúde, uma dinâmica de operação e de competitividade mais acirrada. Uma vez que um ator importante, em determinado setor, evolui em sua estrutura, é possível imaginar que os demais atores evoluam em maior ou menor grau, ou se adaptem a uma nova conformação.

### 9.4.2 Aspectos Relativos à Proposição de Valor

Os conceitos de proposição de valor defendidos por Porter; Teisberg, 2007; Porter, 2010; Christensen et al, 2009; Herzlinger, 2006; Thomas, 2010 apresentam uma estrutura capaz de mudar a dinâmica das relações comerciais dos serviços de saúde, pois traz o resultado ao paciente como valor maior a ser perseguido em toda cadeia do segmento de saúde, ao invés de, simplesmente, focar o lucro organizacional como medida de eficácia. O **Quadro 20** apresenta as colocações dos entrevistados sobre estes aspectos.

Quadro 20 – Estratégias de Proposição de Valor

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Proposição de valor é outra estratégia defendida na literatura. Você considera que esta estratégia pode alterar a dinâmica das forças que governam a competição no setor da saúde? De que forma? A proposição de Valor é vantajosa em termos gerais?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Hospitais Filantrópicos de Porto Alegre.	<p>Na visão das instituições hospitalares; a ideia, os princípios da concepção teórica da proposição de valor nos serviços de saúde, tende a ser algo bom para o setor como um todo. Entretanto, ainda é incipiente a sua introdução e aceitação no mercado da saúde. <i>No longo prazo, a proposição de valor tem potencial para mudar a ordem do mercado, principalmente na formação da remuneração dos serviços prestados e na gestão da doença em suas várias fases, compartilhando a construção de soluções em parceria com os tomadores de serviços de saúde e seus principais fornecedores.</i></p> <p>Tendo-se este cenário desenhado de maneira mais visível e articulado, <i>novas posições estratégicas podem ser construídas, respaldadas por uma nova ordem mercantil</i></p>

Quadro 20 – Estratégias de Proposição de Valor

(continua)

INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
	<p><i>que priorize a perspectiva do paciente em detrimento, pura e simplesmente, do lucro organizacional.</i></p> <p><i>A proposição de valor é vantajosa para o setor, para o hospital e para o paciente em especial, pois se preocupa com a gestão verticalizada da doença, ou seja, desde quando o paciente entra na entidade hospitalar, seja via consultas ambulatoriais, eletivas ou por emergência, sua diagnose, terapêutica e recuperação perpassando os domínios da entidade hospitalar se estendendo até o domicílio do paciente.</i></p>
Fornecedores	<p>Na visão dos fornecedores; a concepção estratégica da proposição de valor é capaz de mudar as relações comerciais no mercado da saúde. No entanto, no atual contexto da saúde, este movimento é muito recente.</p> <p>Logo, no curto e médio prazo não tende a causar grandes implicações, <i>já no longo prazo uma vez sendo aceito por todos os agentes do setor, superando os obstáculos para sua assimilação, causará um novo ordenamento das relações comerciais.</i></p> <p>A proposição de valor é uma estratégia que, para realmente vigorar, deve ser aceita por todos os participantes do setor. Cabe ressaltar que o aspecto cultural das organizações é um dos maiores entraves, dentre várias barreiras a serem superadas para a aceitação da proposição de valor como um balizador das relações comerciais no setor da saúde.</p> <p>A proposição de valor apresenta novas perspectivas e oportunidades, nos <i>Estados Unidos, algumas empresas do segmento de fornecedores de serviços e produtos da saúde, já vem desenvolvendo produtos para um serviço de Home Care, onde preconiza soluções diversas, com</i></p>

Quadro 20 – Estratégias de Proposição de Valor

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Proposição de valor é outra estratégia defendida na literatura. Você considera que esta estratégia pode alterar a dinâmica das forças que governam a competição no setor da saúde? De que forma? A proposição de Valor é vantajosa em termos gerais?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
	<i>monitoramento remoto diretamente conectado a uma unidade de atendimento médico.</i>
Compradores	<p>Na visão dos compradores; A lógica da proposição de valor mexe com a ordem do mercado, em especial na lógica de remuneração pelos serviços prestados, <i>pois a referida proposição tem um olhar verticalizado na gestão da doença, o que implica em considerar seus custos não só na terapêutica e diagnose, mas na manutenção e acompanhamento nas diversas fases da doença.</i></p> <p>A proposição de valor é vantajosa para o sistema de saúde como um todo. Os hospitais não devem ser vistos como um grande Shopping Center, onde há de tudo para todos, mesmo os hospitais gerais devem possuir algum serviço com alta especialização, com serviços diagnósticos e terapêuticos integrados.</p> <p>A proposição de valor pode ser economicamente vantajosa, pois também implica em especializar-se, e ser especializado importa em operar de maneira mais racional, integrada, que por sua vez induz a um melhor controle dos custos de operação refletindo na rentabilidade do procedimento.</p>
Provedores de Serviços substitutos	<p><i>Na visão dos prestadores de serviços substitutos; o valor tem que ser percebido por quem vende e por quem compra. A percepção de valor é muito subjetiva, aquilo que é percebido por um não é universal, ou seja, não é percebido por outro. Mudar a dinâmica dos valores é um dos atrativos que tem o marketing, aliás, é uma das finalidades do marketing e também é um dos atributos da sociedade.</i></p> <p>Uma entidade é tanto mais prestigiada, quanto mais ela</p>

## Quadro 20 – Estratégias de Proposição de Valor

(conclusão)

<u>Questão-chave:</u> Proposição de valor é outra estratégia defendida na literatura. Você considera que esta estratégia pode alterar a dinâmica das forças que governam a competição no setor da saúde? De que forma? A proposição de Valor é vantajosa em termos gerais?	
INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
	<p>consegue estabelecer os seus valores, fazendo ser percebido.</p> <p>A proposição de valor preconiza a gestão verticalizada da doença, transpassando os domínios da organização hospitalar é uma forma de atribuir mais valor ao resultado do tratamento de determinadas patologias. <i>A proposição de valor é um conceito, que se aceita por todos os players do setor, configura-se em algo muito benéfico para todos, em especial para o paciente, seus princípios são capazes de mudar a dinâmica nas relações comerciais dos serviços de saúde.</i></p>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

Segundo as entidades empresariais e especialistas entrevistados no **Quadro 20**, a proposição de valor é uma concepção estratégica vantajosa para o setor da saúde como um todo. Apesar disso, apresenta-se, ainda, em um estágio incipiente de desenvolvimento e aceitação no mercado, necessitando romper barreiras para sua efetiva implantação, tais como:

- o fator cultural internalizado no usuário final;
- a forma de remuneração;
- a estrutura organizacional necessária para contemplar-se, em sua plenitude, às características exigidas; e
- o foco no lucro das operações comerciais no setor da saúde.

Entretanto estas dificuldades tendem, gradativamente, a perder seu poder de resistência, à medida que mais entidades hospitalares se posicionem a favor desta proposição estratégica.

### 9.4.3 Aspectos Relativos à Localização Geográfica

O tamanho e a localização geográfica apresentam-se como uma das condições fundamentais para se conquistar a sustentabilidade organizacional de um hospital, pois, segundo os resultados apontados no **Quadro 21**, o tamanho confere maior produção, o que, por sua vez, potencializa a expertise, devido ao volume e à frequência das atividades.

Quadro 21 – Aspectos de Localização Geográfica

(continua)

<p><u>Questão chave:</u> Como você analisa a relação entre tamanho e localização geográfica das entidades hospitalares filantrópicas com os demais atores do setor da saúde? Como o equilíbrio de forças é afetado por estas questões?</p>	
<p><b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b></p>	<p><b>RESPOSTAS</b></p>
<p>Hospitais Filantrópicos de Porto Alegre</p>	<p>Na visão das instituições hospitalares; tamanho e localização geográfica são condições que impactam no posicionamento estratégico das organizações hospitalares. <i>O tamanho oferece escala de produção, o que é muito importante para um hospital, pois os serviços hospitalares são muito custosos devido o setor ser altamente regulamentado por vários órgãos do governo em suas diversas esferas.</i> Logo, uma maior produção contribui para a diluição dos custos fixos. O tamanho e a localização geográfica dos hospitais está muito relacionado com o ambiente de crise das organizações hospitalares filantrópicas. <i>Os hospitais que se apresentam sólidos, sustentáveis, normalmente, estão localizados em centros urbanos mais concentrados e com maior pujança econômica.</i></p> <p>A localização geográfica pode oferecer vantagens e desvantagens, <i>não necessariamente estar fora de um grande centro urbano vem a ser uma desvantagem, pois esta condição também implica numa menor rivalidade local.</i> Portanto, a localização é uma variável que deve ser muito bem analisada antes de uma tomada de decisão no setor da saúde.</p>

Quadro 21 – Aspectos de Localização Geográfica

(continua)

<u>Questão chave:</u> Como você analisa a relação entre tamanho e localização geográfica das entidades hospitalares filantrópicas com os demais atores do setor da saúde? Como o equilíbrio de forças é afetado por estas questões?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
	<i>A dinâmica das relações comerciais é afetada por meio de um maior ou menor poder de barganha por parte das instituições hospitalares, tanto em relação aos principais tomadores de serviços quanto com os fornecedores de equipamentos e insumos médicos.</i>
Fornecedores	<p>Na visão dos fornecedores; <i>as distâncias estão se estreitando e isto está acontecendo de varias maneiras: i) a melhoria das condições de acesso, sejam eles rodoviários, aeroviários, enfim; ii) o acesso à informação pelos meios mais modernos de comunicação e disseminação do conhecimento; iii) a contratação de profissionais preparados, que já atuaram em grandes instituições hospitalares ou até mesmo estiveram trabalhando para os principais fornecedores e compradores do setor.</i> No entanto, além da disseminação da informação, a horizontalização dos hospitais está atribuindo às referidas entidades um peso maior nas relações comerciais, não só em termos de escala de produção, mas também um maior poder político, social e econômico que se faz sentir nas rodadas de negociações.</p> <p><i>As relações de negócios são afetadas, no sentido dos fornecedores terem em seus principais compradores diferentes estratégias para manterem-se viáveis e competitivos. Essas ações impactam no fornecedor fazendo com este evolua e se adapte as mudanças provocadas por um dos seus principais clientes, que são os hospitais.</i></p>
Compradores	Na visão dos compradores; O tamanho da organização é uma questão de sobrevivência, de viabilidade econômica, pois os serviços hospitalares são muito custosos, o que sugere um alto nível de produtividade para diluir tais custos. Portanto, quanto maior o tamanho, maior o potencial de escala produtiva.



Quadro 21 – Aspectos de Localização Geográfica

(conclusão)

Questão chave: Como você analisa a relação entre tamanho e localização geográfica das entidades hospitalares filantrópicas com os demais atores do setor da saúde? Como o equilíbrio de forças é afetado por estas questões?

INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
	<p>A localização geográfica implica numa maior ou menor demanda pelos serviços prestados. Logo, <i>o tamanho da organização e sua localização são condições fundamentais para se obter uma capacidade competitiva sustentável</i>. O setor da saúde no Brasil está se configurando num setor concentrado de grandes empresas, onde os pequenos terão muitas dificuldades de sobrevivência. <i>Pode-se dizer que o surgimento dos hospitais no Brasil não se deu de uma forma demograficamente planejada</i>. Estas instituições surgiram mais por necessidades e aspirações locais, do que por um planejamento governamental criteriosamente construído e executado.</p> <p>No entanto, o cenário que se apresenta é de concentração de hospitais em localidades com maior densidade demográfica que desfrutam de uma conjuntura econômica favorável. As regiões menos habitadas e com menor poder econômico apresentam-se em muitos casos, desprovidas de hospitais que ofertam serviços de saúde completos e qualificados. Logo, esta conjuntura afeta o poder de respostas das entidades hospitalares em suas respectivas localidades e tamanho, todos os atores são afetados por estas implicações.</p>
Provedores de Serviços substitutos	<p>Na visão dos prestadores de serviços substitutos; tamanho, abrangência e localização geográfica são condições que aportam uma vantagem competitiva e viabilizam um maior potencial de fidelização dos clientes, assim como captar novos clientes.</p> <p>A localização geográfica é uma condição preciosa, muito vantajosa que auxilia no processo de negociação das relações comerciais. <i>A combinação destas duas variáveis afeta o poder de decisão nas relações de negócios, pois pode conferir a determinado ator um poder de resistência e persuasão maior que seu interlocutor</i>.</p>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

A localização geográfica apresenta o cenário da demanda e a capacidade econômica da região. O equilíbrio na relação mercantil tende a ser menos desigual entre os atores do setor, quando esta se dá entre instituições de grande porte localizadas num grande centro urbano.

Já para as entidades hospitalares que se localizam em regiões afastadas dos grandes centros urbanos e econômicos, as dificuldades de sobrevivência da instituição tendem a agravar-se, o que faz as relações de negócios se tornarem mais desiguais.

#### 9.4.4 Estratégias Predominantes

Nas instituições pesquisadas buscou-se identificar as estratégias que permeiam os diversos atores. Neste aspecto, existem proposições estratégicas que estão se apresentando vantajosas, conforme apontado no **Quadro 22** a seguir.

Quadro 22 – Estratégias Predominantes

(continua)

<u>Questão chave:</u> Existe uma estratégia que sirva como referência a ser seguida no âmbito das entidades hospitalares filantrópicas brasileiras?	
INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
Hospitais Filantrópicos de Porto Alegre	<p>Na visão das instituições hospitalares; <i>alguns hospitais têm se destacado por sua obstinada busca pela excelência dos serviços prestados, pelo conhecimento e pela busca de certificação internacional.</i> Estas orientações estratégicas oferecem condições de se vislumbrar um mercado potencial, que é o turismo da saúde, ou seja, o cliente internacional oriundo de outros países. <i>Este mercado que se apresenta oferece condições para uma diversificação da carteira de clientes no âmbito dos tomadores de serviços, que é algo tremendamente positivo e saudável.</i></p> <p><i>A maioria dos hospitais estão buscando atuar na alta complexidade, há também uma tendência de se reduzir o escopo dos serviços ofertados, elencando um número reduzido de especialidades, focando e intensificando investimentos com o propósito de se tornar uma referência regional na especialidade escolhida.</i></p> <p>Esta proposição tem se mostrado capaz de conferir às</p>

Quadro 22 – Estratégias Predominantes

(continua)

<u>Questão chave:</u> Existe uma estratégia que sirva como referência a ser seguida no âmbito das entidades hospitalares filantrópicas brasileiras?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
	<p>entidades hospitalares uma vantagem competitiva no mercado da alta complexidade dos serviços de saúde.</p> <p><i>Observa-se também que a assistência médica não deve ser o único foco das entidades hospitalares, áreas como a de ensino e pesquisa complementam o conhecimento na atividade médica e também aportam recursos que contribuem no faturamento de uma entidade hospitalar.</i></p> <p>Logo, diversificar as atividades dentro de uma organização hospitalar filantrópica se constitui em uma proposição estratégica que vem tendo um relativo sucesso e pode ser dado como um exemplo a ser seguido.</p>
Fornecedores	<p>Na visão dos fornecedores; <i>existem algumas ações em conjunto por parte das entidades hospitalares, que as levam a agirem como cooperativas, esta maneira de agir tem fortalecido o poder de decisão dos hospitais que adoram tais estratégias.</i> Também se percebe <i>um movimento dentre as entidades hospitalares em se expandirem de maneira horizontal.</i> No entanto, as reais motivações para esta movimentação não estão totalmente esclarecidas, pois existe um fator motivacional, que é a adequação para se obter a filantropia, além de fatores ligados a uma produção maior, o que pode importar numa redução de custos, melhores condições de negociação com seus principais interessados.</p>
Compradores	<p>Na visão dos compradores; <i>entidades hospitalares que optaram por definir um foco de atuação estreitando o escopo de suas operações dão exemplo de estratégias que estão dando certo e que podem ser seguidas resguardando as devidas particularidades regionais.</i></p>

## Quadro 22 – Estratégias Predominantes

(conclusão)

<u>Questão chave:</u> Existe uma estratégia que sirva como referência a ser seguida no âmbito das entidades hospitalares filantrópicas brasileiras?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Provedores de Serviços substitutos	Na visão dos prestadores de serviços substitutos; observa-se que hospitais de grande porte estão dando uma boa atenção em suas atividades de ensino e pesquisa. O uso da tecnologia móvel como uma ferramenta para se prestar serviços de consulta hospitalar, a interpretação de exames via iPod, internet, a telemedicina por vídeo conferência, enfim. <i>A tecnologia encurtando a distância entre quem precisa e quem oferta os serviços de saúde, a inovação na gestão da doença alinhada com os avanços e descobertas tecnológicas parecem apontar novas possibilidades estratégicas de se trabalhar à saúde, entregando mais valor com custos mais acessíveis.</i> Estas são linhas de orientações estratégicas, no âmbito das organizações hospitalares que podem contribuir e servir como referência.

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

Dentre os movimentos estratégicos, cabe ressaltar os que se enquadram nas oportunidades conjunturais de mercado, que vem a ser: foco em especialidades específicas de alta complexidade, cooperação entre os pares do setor, profissionalização das instituições hospitalares, ênfase no mercado internacional, robustez organizacional a partir de uma expansão horizontal.

Entretanto, é oportuno observar as características de cada entidade hospitalar, assim como as características da localidade onde o hospital está inserido, uma vez que esta variável potencializa ou inviabiliza as proposições estratégicas acima apontadas.

#### 9.4.5 Aspectos Complementares

Como complemento aos aspectos de estratégia e estrutura da indústria delineados anteriormente, buscou-se identificar elementos que ampliassem a compreensão do setor; estas colocações estão expressas a seguir.

Quadro 23 – Aspectos Complementares

(continua)

<u>Questão-chave:</u> Você gostaria de citar um aspecto a mais que não foi abordado?	
<b>INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA</b>	<b>RESPOSTAS</b>
Hospitais Filantrópicos de Porto Alegre	<p>Na visão das instituições hospitalares; <i>o turismo da saúde se apresenta como um mercado pujante e promissor.</i></p> <p>Porém, poucos hospitais estão realmente capacitados a explorar este mercado com eficiência e efetividade, <i>embora no Brasil tenhamos excelentes serviços de referência, ainda há um espaço muito grande a ser preenchido em termos de qualificação organizacional e profissional para entrarmos de vez no cenário internacional da saúde.</i></p> <p>O envelhecimento da população e as patologias oriundas desta condição são aspectos que devem ser observados na concepção estratégica das organizações hospitalares.</p> <p><i>Os avanços da tecnologia em consonância com as mudanças epidemiológicas estão provocando significativas mudanças na gestão dos serviços de saúde e tendem a se intensificar de maneira a estabelecer um novo paradigma nas relações comerciais.,</i></p> <p>A atividade médica/hospitalar ainda é uma atividade muito tradicional.</p> <p><i>No entanto, a tecnologia da informação, o espaço virtual, o ciber espaço, o tempo de acesso às informações estão sendo absorvidos por todos os segmentos da sociedade e no setor da saúde esta nova maneira de se relacionar vem sendo gradativamente internalizada pelas entidades hospitalares.</i> Porém, ainda há um espaço muito grande para se avançar na conjugação das inovações tecnológicas com as atividades de diagnose, terapêutica e de recuperação nos serviços de saúde.</p>

## Quadro 23 – Aspectos Complementares

(conclusão)

<u>Questão-chave:</u> Você gostaria de citar um aspecto a mais que não foi abordado?	
INSTITUIÇÃO ENTREVISTADA	RESPOSTAS
Fornecedores	Na visão dos fornecedores; <i>a superespecialização dos serviços de saúde é algo que está influenciando a gestão da doença e das pesquisas de novos produtos e serviços de saúde como um todo.</i>
Compradores	Na visão dos compradores; a Estratégia Saúde da Família (ESF) que são postos de saúde e unidades básicas de saúde que são implantadas e geridas pelo ente público <i>provoca um impacto na sustentabilidade de muitos hospitais de baixa complexidade localizados em regiões interioranas, pois absorveram parte de sua produção. Um aspecto que deve ser destacado refere-se a não investir dinheiro novo em modelo de gestão antigo, que não responde adequadamente as dinâmicas contemporâneas do setor.</i>
Provedores de Serviços substitutos	Na visão dos prestadores de serviços substitutos; <i>o crescimento pela concentração é um fenômeno mundial, em diversos segmentos da economia e no setor da saúde isto não é diferente.</i> Logo, o cenário da saúde no contexto brasileiro está se encaminhando para um ambiente altamente concentrado, seja no âmbito dos fornecedores, operadoras de saúde complementar e no âmbito das entidades hospitalares. <i>Entretanto, a consolidação deste fenômeno também no setor da saúde merece uma atenção especial por parte de toda a sociedade, pois se trata de um setor vital para o país.</i>

Fonte: respostas dos especialistas entrevistados

De acordo com os apontamentos expressos no **Quadro 23**, algumas especificidades no setor da saúde ensejam em estudos mais profundos quanto suas perspectivas e tendências. São campos passíveis de pesquisa: o *ciber* espaço e a interação com os serviços de saúde, o mercado internacional e a capacitação para conquistá-lo, os avanços da ciência em seu amplo aspecto, o universo da robótica e da informática e os avanços da economia que importam para o cidadão numa maior longevidade.

Na realidade, todos esses elementos estão acontecendo ao mesmo tempo, e provocam reflexões, posto que as mudanças tendem a intensificar-se e a causar impactos na maneira de pensar a gestão das entidades hospitalares.

A concentração apresenta-se como uma tendência no setor da saúde e as consequências deste fenômeno ainda não foram profundamente mensuradas e assimiladas pelas entidades de saúde, o que provoca certa apreensão no setor .

## 9.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Os resultados da presente pesquisa demonstram, através das ações adotadas pelas entidades hospitalares filantrópicas de Porto Alegre, as dinâmicas competitivas do setor da saúde nesta cidade. Os atores entrevistados ressaltam a competição no âmbito das entidades de saúde filantrópicas, explicitando como esta se dá, e em que nível de intensidade e complexidade

O modelo de análise da indústria representado pelas cinco forças de Porter se mostra pertinente na aplicação como instrumento de análise do setor da saúde, mesmo em face às respectivas especificidades do mercado brasileiro, que envolve: o Sistema Único de Saúde, como principal comprador dos serviços ofertados; o ambiente altamente regulamentado, que caracteriza o setor, e o contexto de crise de sustentabilidade financeira que vive o segmento das entidades hospitalares filantrópicas em seus respectivos estágios estruturais.

As barreiras à entrada no mercado da saúde, as quais compreendem acesso a tecnologias, curva de aprendizagem, capitais de relacionamento estratégicos, imagem e dependência de caminho na construção destes, entre outras, levam a um aumento da competição entre os atores, pois o investimento elevado que já aportaram cria ao mesmo tempo barreiras de saída.

As pressões exercidas por fornecedores, compradores e serviços substitutos são altas, levando à corrosão das margens das instituições, as quais têm que encontrar meios para se manterem sustentáveis. Uma das estratégias adotadas pelas entidades pesquisadas contempla investimentos nas atividades de ensino e pesquisa, que permite às mesmas conseguir a captação de recursos adicionais, assim como explorar a marca da instituição junto aos seus principais interessados de forma mais ampla.

Os serviços substitutos, representados por organizações periféricas, levam as entidades hospitalares a investirem em procedimentos de baixa e média complexidade. Os serviços

nestas complexidades têm sido alvo da inserção de laboratórios e clínicas particulares, devido à demanda crescente no atual contexto do mercado brasileiro.

A proposição de valor nos serviços de saúde, defendidas por Porter e Teisberg (2007) e Christensen et al (2009), consiste numa orientação estratégica que focaliza o valor construído a partir da perspectiva do cliente, ou seja, do usuário final que é o paciente.

Enquanto a proposição de valor nos serviços de saúde se expressa como estratégia utilizada por algumas organizações no mercado, a dinâmica dominante nas relações comerciais entre fornecedores e compradores corporativos é a da lógica de resultado financeiro, onde a disputa por fatias de rentabilidade dos negócios se dá com base na imposição de forças que cada ator consegue expressar.

Com as mudanças econômicas e sociais ocorridas nos últimos anos no cenário brasileiro, algumas orientações estratégicas empresariais tradicionalmente usadas na indústria convencional estão sendo adaptadas no mercado da saúde, no âmbito dos hospitais filantrópicos. As estratégias de crescimento por meio de expansão horizontal e ou vertical estão cada vez mais presentes no posicionamento estratégico das entidades pesquisadas.

Albuquerque; Fleury e Fleury (2011); Veloso e Malik (2011) abordam a questão da integração vertical e horizontal constatando que este movimento vem se intensificando no contexto brasileiro desde o ano 2000.

Confirmando o exposto por estes autores, as estratégias de expansão vertical e horizontal têm estado presentes nas organizações pesquisadas neste estudo. A expansão vertical leva por sua vez à redução da dependência e influência dos outros atores que atuam no cenário competitivo. Um hospital que cria seu próprio plano de saúde, por exemplo, ou laboratório próprio, reduz a dependência de serviços externos, a contraposição que se faz para este modelo mora na perda do foco da organização.

A horizontalização, por outro lado, traz complexidade gerencial, pois introduz a questão de entender e alinhar relacionamentos com atores regionais, muitas vezes inseridos e culturas totalmente diferentes da organização sede.

Embora as estratégias empresariais adotadas no setor da saúde apresentem orientações distintas em determinados pontos de interesse, as mesmas não se mostram excludentes, e quando trabalhadas em conjunto, observando as especificidades de cada instituição, têm apresentado resultados satisfatórios para as entidades pesquisadas.



## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 10.1 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo central a investigação das dinâmicas competitivas do setor da saúde no âmbito das organizações de saúde filantrópicas de Porto Alegre.

Buscou-se compreender e elucidar os movimentos destas organizações e suas interações e respostas sob a lente teórica das forças que governam a competição.

Para atender o objetivo proposto, a metodologia adotada consistiu de um estudo de caso exploratório com organizações e especialistas setoriais os quais foram entrevistados ao longo de 2011. A partir do estudo realizado ficou evidente o contexto estratégico no qual as organizações hospitalares filantrópicas de Porto Alegre estão imersas. As forças que moldam este setor se expressam de forma clara, permitindo compreender o ambiente competitivo presente e estimar trajetórias para o futuro.

No presente trabalho, o arcabouço teórico que foi utilizado para construir o instrumento de pesquisa, apoiou-se no modelo de análise da indústria de Porter e enfoque de proposição de valor. A seleção dos atores pesquisados constituiu-se das seguintes organizações hospitalares: Hospital Divina Providência, Hospital Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Hospital São Lucas da PUC.

Estas organizações, através de seus representantes expressaram que estão adotando estratégias que enfocam a especialização, a diferenciação, a proposição de valor e o crescimento por meio de expansão horizontal. Cabe ressaltar ainda a cooperação e atuação em rede, que conforme os resultados pesquisados apontam a referida estratégia como uma tendência predominante entre as instituições estudadas.

As possíveis trajetórias futuras apontam para uma superespecialização dos serviços de saúde, uma pulverização dos serviços de baixa e média complexidade, sendo realizados em laboratórios e clínicas particulares, o mercado internacional se apresentando como um campo promissor a ser explorado, e o ensino e pesquisa se fazendo cada vez mais presentes na orientação estratégica das organizações hospitalares.

Para os especialistas entrevistados, outras fontes de receitas apresentam-se como uma necessidade crucial para a sustentabilidade financeira das entidades. Logo, as atividades de ensino e pesquisa no universo das entidades de saúde, além de desempenharem um papel

propulsor de desenvolvimento científico e tecnológico, gradativamente vem ocupando um maior espaço no financiamento das respectivas instituições.

Em outro extremo estão os clientes, tomadores de serviços de saúde representados pelo Sistema Único de Saúde – SUS e pela Operadora de Saúde Complementar Unimed Porto Alegre, a cadeia de suprimentos representados por Johnson & Johnson do Brasil Ltda, Laboratório Pfizer Ltda e Philips Medical System Ltda. A visão estratégica dos produtos e serviços substitutos foi representado pela empresa SIDI Medicina Por Imagem.

Sinteticamente, estes atores expressaram que a proposição de valor é uma orientação estratégica que está sendo gradativamente absorvida pelo mercado, que há um constante investimento em especialização nas atividades de saúde, que o mercado de tomadores consiste em um segmento concentrado, onde poucas empresas dominam as relações comerciais, e que há um espaço significativo para diminuir custos nas atividades de saúde e entregar mais valor ao paciente por meio dos avanços tecnológicos, que por sua vez, estão mudando por completo a forma de atender os pacientes.

O governo tem um papel regulador e sua visão do ambiente estratégico do setor da saúde foi investigada a partir de entrevistas realizadas com o Secretário Adjunto da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Porto Alegre, dois ex Secretários Estaduais da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, e de entrevista realizada com um ex Secretário Nacional da Saúde. Ainda, duas entidades de classe foram pesquisadas: Sindicato de Hospitais e Clínicas de Porto Alegre (SNDIHOSPA) e pela Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul (FEHOSUL). Estes atores permitiram identificar a conformação estrutural das organizações hospitalares filantrópicas, que de acordo com os mesmos dividem-se em instituições de pequeno, médio e grande porte, onde cada estágio estrutural está diretamente relacionado com a complexidade de atuação em que o hospital opera. Foi possível compreender que existe uma necessidade de constante evolução das organizações hospitalares em seus respectivos estágios estruturais, e a necessidade de um maior aporte financeiro por parte do Governo, em especial, na tabela de remuneração pelos serviços prestados ao SUS.

Como um todo, o cenário projetado é de um setor concentrado, com instituições de saúde cada vez mais complexas e especializadas, cercadas em seu entorno por serviços complementares prestados por outras organizações que não hospitais.

As implicações desta conjuntura para o sistema de saúde e para a população são a existência de serviços cada vez mais especializados e disponíveis mediante novas formas de acesso, que se apoiam nos avanços da ciência e tecnologia. O espaço virtual insere-se neste

contexto como um veículo capaz de encurtar as distâncias geográficas que separam o acesso de quem necessita dos serviços de saúde dos centros que ofertam os referidos serviços.

Espera-se que este estudo venha contribuir no entendimento deste setor, e que novas propostas possam emergir no meio acadêmico auxiliando na gestão estratégica destas organizações complexas.

## 10.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Este trabalho apresenta algumas limitações que merecem destaques. A proposta de trabalho tem como foco estudar as principais organizações hospitalares filantrópicas de Porto Alegre. Logo, não é objeto da presente pesquisa, contemplar todas as especificidades de organizações hospitalares existentes no setor da saúde no contexto brasileiro.

A pesquisa procurou compreender as estratégias organizacionais, naquilo que se aplica as organizações hospitalares filantrópicas, suas interações e respostas em contraponto com a teoria neste tema.

Um ponto importante a ser ressaltado foi a dificuldade de obter dados sobre a rentabilidade das organizações pesquisadas, assim como obter uma referência seja a nível regional ou nacional daquilo que se considera adequado em termos de rentabilidade no âmbito das instituições hospitalares.

Estas limitações comprometem em parte a análise da vantagens competitivas e desempenho das referidas organizações pesquisadas. Para que isto fosse possível, seria necessário buscar dados de rentabilidade do setor da saúde no universo das entidades hospitalares filantrópicas brasileiras e compará-los com as entidades pesquisadas.

## 10.3 SUGESTÕES PARA NOVOS ESTUDOS

Como questões para estudos futuros, tendo em conta que os hospitais pesquisados caracterizam-se como entidades hospitalares de grande porte, sugere-se o seguinte:

- a) estudar as estratégias adotadas pelas instituições hospitalares de pequeno e médio porte, as quais estão expostas a situações de mercado semelhantes as organizações pesquisadas;
- b) um estudo sob a perspectiva do usuário final dos serviços de saúde, que é o paciente, quanto sua visão das estratégias adotadas pelos hospitais filantrópicos;

- c) um estudo comparativo a nível nacional entre organizações hospitalares que possuam semelhanças em sua estrutura organizacional, segmento de mercado e área de atuação;
- d) e por fim, um estudo em profundidade sobre as implicações e perspectivas do *ciber* espaço, tecnologia da informação, robótica e telemedicina no contexto da gestão da doença e desempenho organizacional das entidades de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Gustavo M. FLEURY, Maria Tereza Leme. FLEURY, André Leme. **Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo.** Prod. vol.21 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2011 Epub Mar 04, 2011.
- ALVAREZ, Marisol Parra. QUEIROZ, Abelardo Alves. Avaliação de desempenho organizacional - **XXIII ENEGEP** – Ouro Preto, MG, Brasil, 22 a 24 outubro de 2003.
- ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. . Observatório ANAHP. **Dados Hospital Mãe de Deus.** Disponível em: <[http://www.anahp.org.br/files/Observatorio\\_ANAHP\\_ed02.pdf](http://www.anahp.org.br/files/Observatorio_ANAHP_ed02.pdf)>. Acessado em: 08 fev. 2012.
- ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. . Observatório ANAHP. **Dados Hospital Moinhos de Vento.** Disponível em: <[http://www.anahp.org.br/files/Observatorio\\_ANAHP\\_ed02.pdf](http://www.anahp.org.br/files/Observatorio_ANAHP_ed02.pdf)>. Acesso em: 08 fev. 2012.
- ANS – Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: 17 dez. 2011.
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/legislacao>>. Acesso em: 16 fev. 2012.
- BESANKO, D.; DRANOVE, D.; SHANLEY, M.; SCHAEFER, S. **A economia da estratégia.** 3. ed., Porto Alegre: Bookman, 2006.
- BESANKO, D.; DRANOVE, D.; SHANLEY, M.; SCHAEFER, S. **Economics of Strategy.** New York: John Wiley, 2000.
- BITTAR, O. J. N. V., MIELDAZIS, E. J. Considerações sobre recursos de saúde, economia e demografia brasileira. Revista de Administração Pública, v. 26, n. 3, p. 107-118, jul./set. 1992.
- BOOKMAN, Liloyd. JD. GLADSTONE, David. HEFFERNAN, James. JOHNSON, Gregg. NUGENT, Michael. ROUTREE, Sydney. **A Strategy For Defensible, Sustainable Prices.** Healthcare Financial Management 2005.
- BORBA, G. Princípios e variáveis da aprendizagem organizacional para implantação de sistemas integrados de gestão em ambientes hospitalares 2005. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2005.
- BRASIL. **Lei n. 12.101**, de 27 de dezembro 2009. Regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm)>. Acesso em: 17 abr. 2011.
- CABRAL, A.C.A. **A evolução da estratégia:** em busca de um enfoque realista. ENAPAD: Foz do Iguaçu, 1998.

CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. DALLARI Sueli Gandolf. TEMPO DE MUDANÇAS: SOBREVIVÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO. RAE-eletrônica, v. 5, n. 2, Art. 16 jul./dez. 2006.

CHRISTENSEN, Clayton M. Jerome H. Grossman, M.D. Jason Hwang, M.D. **Inovação na Gestão da Saúde: A receita para reduzir custos e aumentar a qualidade.** Porto Alegre: Bookman, 2009.

CLEVERLEY, William O. HARVEY, Roger K. Competitive Strategy for Successful Hospital Management. **Hospital & Health Services Administration** 37:1 Spring 1992.

CMB – **Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas.** Disponível em: <<http://www.fehosp.com.br/v2/institucional/noticias/exibir/?id=291>>. Acesso em: 04 mai. 2011.

COOPER, D; Schindler. **Métodos de Pesquisa em Administração.** 7. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

FARIAS, Sidney Feitoza. JR GURGEL, Garibaldi Dantas. COSTA, André Monteiro. BRITO, Rodrigo de Lino. BUARQUE, Roberta Rabelo. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os dez caminhos da assistência médico hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva** vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011.

FERREIRA, Bruno P.; SILVEIRA, José D. **Risco Inflacionário no Setor de Saúde: Análise de Indicadores Financeiros de Investimentos de Recursos Públicos da Saúde entre 1994 e 2006.** XXXI Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro: 22-26 de setembro de 2007.

FIGUEIREDO, Luiz Fernando. **Serviços hospitalares e mercado privado de planos de saúde: desafios e relacionamento.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 Mai. 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GHEMAWAT, Pankaj. **A estratégia e o cenário dos negócios.** 2. Ed. – Porto Alegre: Bookman, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDSTEIN, S.M. SCHWEIKHART, S.B. "Empirical support for the Baldrige Award framework in US hospitals", **Health Care Management Review.** Vol. 27 No. 1, pp. 62-75. 2002.

GONÇALVES, Lima, E. O Hospital-Empresa do Planejamento à Conquista do Mercado. **RAE – Revista de Administração de Empresa – V 39. n.1 – 1999.**

GRANOVETTER, M. Economic action and social structures: the problem of embeddedness. **American Journal of Sociology,** v. 91, n. 3, p. 481-510, 1985.

HANNAN, M. e FREEMAN, J. **Organizational ecology**, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988.

HENDERSON, B. D. (1989) The origin of strategy. **Harvard Business Review** 67(6), 139-144.

HERZLINGER Regina E. **Who Killed Health Care?** Pioneer Institute Public Policy Research 2007.

HERZLINGER Regina E. Why Innovation in Health Care Is So Hard. **Harvard Business Review** 2006.

HITT, Michael A., IRELAND, R. Duane; HOSKISSON, Robert E. **Administração Estratégica**. São Paulo: Thomson, 2002.

HOSPITAL São Lucas da PUC. Dados do Hospital São Lucas da PUC. Disponível em: <<http://www.hospitalsaolucas.pucrs.br/portal/idiomas/ingles/video/index.html>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

JOHNSON. Alton C. SCHULZ. Rockwell. **Administração de Hospitais**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1976.

JUNIOR, Garibaldi Dantas G. VIEIRA, Marcelo Milano Falcão . Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva** 7(2): 325-334, 2002.

KAPLAN, Robert. S. PORTER, Michael. E. How to Solve The Cost Crisis In Health Care. **Harvard Business Review** September 2011.

KUMAR, A. and MOTWANI, J.G. "Management of health care technology literature (1979-1997): a multidimensional introspection", **IEEE Transactions on Engineering Management**, 1999 Vol. 46 No. 3, pp. 247-64.

LI, L. and BENTON, W.C. "Hospital capacity management decisions: emphasis on cost control and quality enhancement", **European Journal of Operational Research**. Vol. 146 No. 3, pp. 596-614.2003.

LI, Ling X. BENTON, W.C. LEONG, G. Keong. The impact of strategic operations management decisions on community hospital performace. **Journal of Operations Management** 20 389-408. 2002.

LIMA, Diogo Henrique Silva De. SANTIAGO, S, Josicarla. ARAUJO, O, Aneide. FILHO, Paulo, A. M. Leite. Análise do comportamento dos custos indiretos em entidades hospitalares através do método clássico de regressão linear normal: O caso da Liga Norte-Riograndense contra o câncer. **IX Congresso Internacional de Custos** – Florianópolis, SC, Brasil, 28 a30 de novembro de 2005.

LIMA, João Policarpo, R. FILHO. Paulo Fernando, C. **Indústria Farmacêutica: a evolução recente no Brasil e o caso de Pernambuco**. Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos 2009.

MALIK, Ana. Maria. PATRUS, Fabio. M. Pena. **Estratégia na Saúde**. GV-executivo, Vol. 4. 2005.

MILES, I. **Knowledge-intensive business services: users, carriers and sources of innovation**. Prest Working Paper, Manchester, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.970/GM** de 25 de outubro de 2001. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1970.htm>>. Acessado em: 17 abr. 2011

MINTZBERG, H., Ahlstrand. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. **Safari de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MIRSHAWAKA, V. **Hospital fui bem atendido: a hora e a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MONTEGOMERY, Cynthia A, PORTER, Michael. **Estratégia - A Busca da Vantagem Competitiva**. Rio de Janeiro: Campus 1998.

MORAES, R.. **Análise de Conteúdo**. Porto Alegre, PUCRS, mimeo, 1993.

NETO, Gonzalo Vecina. MALIK, Ana Maria. **Gestão Em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

O SUS DE A a Z, **Gerando Saúde nos Municípios**. Brasília – DF 2005.

OCKÉ-REIS, Carlos O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.4** Rio de Janeiro July/Aug. 2007.

OLIVEIRA, Luiz. A. Gouveia. BATISTA, Paulo C. De Souza. **Obtenção de vantagens competitivas e criação de valor através de alianças estratégicas**. ESBAM 2009.

PALMEIRA FILHO, PL e Shi Koo Pan, S. **Cadeia Farmacêutica no Brasil: avaliação preliminar e perspectivas**. BNDES Setorial, Rio de Janeiro, nº. 18, pp. 3-22, Setembro 2003.

PEDROSO, Marcelo. C. MALIK, Ana. M. **Harvard Business Review Brasil**. Março de 2011.

PEREIRA, Maurício Fernandes. **Mudanças Estratégicas em Organizações Hospitalares: uma abordagem contextual e processual**. São Paulo, v. 40 -n. 3 • p. 83-96 -RAE - Revista de Administração de Empresas • Jul./Set. 2000.

**Pequenos Hospitais: uma estratégia alternativa de organização e financiamento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Especializada – Coordenação de atenção Hospitalar. Versão Preliminar 29/abril/2004.



PORTELA, Margareth C. LIMA Sheyla M. L. BARBOSA, Pedro R. VASCONCELLOS, Miguel M. UGÁ Maria Alicia D. GERSCHMAN Silvia. **Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil.** Ver Saúde Pública 2004; 38(6):811-8.

PORTER, Michael E. **Estratégia competitiva:** técnicas para análise de indústrias e da concorrência. 7º Ed. Rio de Janeiro: Campus 1986.

PORTER, Michael E. TEISBERG, Elizabeth O. **Repensando a Saúde:** estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PORTER, Michael E. **What Is Value in Health Care?** The New England Journal Medicine 2010.

PORTER, Michael. **A vantagem competitiva das nações.** Rio de Janeiro: Campus 1993.

PORTER, Michael. **Competição On Competition** – Estratégias Competitivas Essenciais. 2º Ed. Rio de Janeiro: Campus 1999.

PORTER, Michael. **Vantagem Competitiva:** criando e sustentando um desempenho superior. 33º Ed. Rio de Janeiro: Campus 1989.

PORTO Alegre Health Care. **Dados Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.** Disponível em: <[http://www.portoalegrehealthcare.org/portugues/parc\\_santacasa.php](http://www.portoalegrehealthcare.org/portugues/parc_santacasa.php)>. acessado em 16 fev. 2012.

SKINNER, Wckham. The Focused Factory, **Harvard Business Review** 52 No.3 (1974): 113-21.

SMITH, H.L., FOTTLER, M.D. SAXBERG, B.O. Cost containment in health care: a model for management research. **Academy of Management Review**, Vol. 6, pp. 397-407 - 1981.

STOCK, Gregory. N. McDERMOTT, Christopher. Operational and contextual drives of hospital costs. **Journal of Health Organization and Management.** Vol. 25. 2, 2011.

TAPPAN, Frances Marie. **Administração Hospitalar.** São Paulo: EDART, Ed. Da Universidade de São Paulo, 1976.

TEIXEIRA, Enise Barth. POZOLOTTO Maria Fátima. SCHIRMER Tiago. **DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS HOSPITAIS GAÚCHOS: NA BUSCA DA SUSTENTABILIDADE ORGANIZACIONAL. XXVII ENCONTRO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO.** A energia que move a produção: um diálogo sobre integração, projeto e sustentabilidade. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 09 a 11 de outubro de 2007.

THOMAS H. LEE, M.D. Putting the Value Framework to Work. **The New England Journal Medicine;** 363:2481 December 23, 2010.

UGÁ, Maria Alicia D. VASCONCELLOS Miguel M. LIMA Sheyla Maria L. PORTELA Margareth C. GERSCHMAN S. **Mecanismos de microregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados.** Rev. Saúde Pública, vol. 43, n. 5, São Paulo Oct. 2009, Epub Sep. 18, 2009.

URICH, D. Lake, D. **Organizational capability**: competing from the inside out. New York: Wiley 1990.

WALSTON, Stephen. CHOU, Ann. F. CEO perceptions of organizational consensus and its impact on hospital restructuring outcomes. **Journal of Health Organization and Management** Vol. 25 No.2, pp. 176-194. 2011.

WATCHARASRIROJ, B. TANG, J. The effects of size and information technology on hospital efficiency, **Journal of High Technology Management Research**, vol. 15 no. 1, pp. 1-16. 2004.

WHITTINGTON, Richard. **O que é estratégia**. São Paulo Pioneira Thomson Learning, 2002.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4º Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

VELOSO Germany Gonçalves. MALIK Ana Maria. **Hospitais modernos são redes de empresas em colaboração**. Einstein, v. 5, n.1: 10-15 – 2007.

VELOSO Germany Gonçalves. MALIK Ana Maria. **ANÁLISE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DE EMPRESAS DE SAÚDE**. RAE-eletrônica, v. 9, n. 1, Art. 2, jan./jun. 2010.

**APÊNDICE A – Questões Direcionadas aos Especialistas do Setor, que Exercem ou Exerceram Atividades de Vínculo Governamental, em Entidades de Classes no Setor da Saúde ou em Entidades Hospitalares**

- 1 Questão chave: considerando aspectos como porte, estrutura e complexidade, como podem ser classificados os hospitais filantrópicos de Porto Alegre/Nacionais?
- 2 Questão chave: quais as implicações de cada classe/porte ou tipo de hospital para a sustentabilidade econômica das entidades hospitalares filantrópicas?
- 3 Questão chave: considerando os vários portes e categorias de atuação, há necessidade de um hospital evoluir de um estágio para outro?
- 4 Como o governo, através de seu poder regulatório, pode influenciar na sustentabilidade econômica destas organizações em suas respectivas categorias?

**APÊNDICE B – Questões Direcionadas aos Representantes das Organizações  
Hospitalares Filantrópicas, Fornecedores, Compradores e Serviços Substitutos do Setor  
da Saúde**

- 1 Quais as movimentações estratégicas que os hospitais filantrópicos de Porto Alegre estão adotando para lidar com a dinâmica do setor da saúde?
- 2 Quanto às implicações da Rivalidade Interna, no âmbito das organizações hospitalares filantrópicas, como as entidades pesquisadas estão percebendo, reagindo?
- 3 Quanto às implicações da ameaça dos novos entrantes no âmbito das organizações hospitalares, como as instituições pesquisadas estão percebendo, reagindo?
- 4 Como as instituições hospitalares estão percebendo o poder de negociação dos clientes (SUS e OPS) e quais suas reações predominantes?
- 5 Quanto às implicações dos produtos e serviços substitutos, no âmbito das organizações hospitalares, como as instituições pesquisadas estão percebendo, reagindo?
- 6 No âmbito dos hospitais filantrópicos brasileiros, o poder de negociação dos fornecedores (Fornecedores de equipamentos médicos hospitalares e fornecedores dos insumos médicos) podem ser compreendido de que forma?
- 7 Alguns autores e especialistas do setor da saúde defendem que expansão vertical e ou horizontal são estratégias fundamentais para a manutenção da competitividade das entidades hospitalares. Qual sua posição sobre esta questão?
- 8 Proposição de valor é outra estratégia defendida na literatura. Você considera que esta estratégia pode alterar a dinâmica das forças que governam a competição no setor da saúde? De que forma? A proposição de Valor é vantajosa em termos gerais?
- 9 Como você analisa a relação entre tamanho e localização geográfica das entidades hospitalares filantrópicas com os demais atores do setor da saúde? Como o equilíbrio de forças é afetado por estas questões?
- 10 Existe uma estratégia que sirva como referência a ser seguida no âmbito das entidades hospitalares filantrópicas brasileiras?
- 11 Você gostaria de citar um aspecto a mais que não foi abordado?

## APÊNDICE C – Atores Entrevistados no Setor da Saúde

Quadro 24 – Atores Entrevistados<sup>2</sup>

ENTREVISTADOS	INSTITUIÇÃO	CARGO/FUNÇÃO
Dr. Alberto Beltrame	Ministério da Saúde Secretaria Nacional da Saúde	Ex-Secretário Nacional da Saúde
Dr. Alberto Beltrame	Fundação Universitária de Cardiologia - Hospital Instituto de Cardiologia de Porto Alegre	Superintendente Geral
Dra. Ana Brasil	Laboratório Pfizer Ltda.	Coordenadora de Vendas Região Sul
Dr. Carlos A. Furmaister	Hospital Santa Casa de Porto Alegre	Diretor Presidente
Dr. Carlos Jader Feldman	SIDI Medicina Por Imagem	Diretor Presidente
Dr. Claudio Allgayer	Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul (FEHOSUL)	Diretor Presidente
Dr. Darci Mallmann	Hospital Divina Providência	Superintendente Executivo
Sr. Delamar Manetti	Johnson & Johnson do Brasil Ltda.	Coordenador de Vendas Região Sul
Dr. Glauco Samuel Chagas	Unimed Porto Alegre	Superintendente de Provimento de Saúde
Dr. João Polankzic	Hospital Moinhos de Vento	Superintendente Executivo
Dr. Leomar Bammann	Hospital São Lucas da PUC	Diretor-Geral
Dr. Leomar Bammann	Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre (SINDHOSPA)	Diretor Presidente
Sr. Luciano Bolivar	Philips Medical System Ltda.	Especialista de Produtos
Dr. Marcelo Bósio	Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre - RS	Secretário Adjunto
Dr. Marinon Porto	Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul	Ex-Secretário Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
Dr. Nelson Carvalho De Nonohay	Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul	Ex-Secretário Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
Dr. Rogério D. Pires	Hospital Mãe de Deus	Diretor Executivo

Fonte: elaborado pelo autor

<sup>2</sup> Os senhores Dr. Alberto Beltrame e Dr. Leomar Bammann foram entrevistados com questões que compreenderam categorias de análises diferentes, pois os mesmos representam ou representaram funções em instituições distintas.