

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E NEGÓCIOS**

SAULO GOMES BORNHORST

**MÉTODO PARA O PLANEJAMENTO
DE SERVIÇOS MÉDICOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS**

PORTO ALEGRE

2015

Saulo Gomes Bornhorst

**MÉTODO PARA O PLANEJAMENTO DE
SERVIÇOS MÉDICOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Gestão e Negócios, pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Luís Roehe Vaccaro

Porto Alegre

2015

B736m Bornhorst, Saulo Gomes

Método para o planejamento de serviços médicos em hospitais brasileiros / Saulo Gomes Bornhorst. -- 2015.

144 f. : il. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Negócios) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, São Leopoldo, RS, 2015.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Luís Roehe Vaccaro.

1. Administração - Serviço de saúde. 2. Gestão - Saúde. 3. Serviço médico - Hospital. 4. Business model. 5. Planejamento estratégico - Saúde. I. Título. II. Vaccaro, Guilherme Luís Roehe.

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido durante o mestrado e coroado pela dissertação é, a exemplo da vida, longo em sua maratona de aulas e trabalhos e, ao mesmo tempo, breve, na impressionante velocidade com que passam os dias, meses e anos.

Agradeço inicialmente ao professor Guilherme Vaccaro que, para minha sorte tornou-se meu orientador e amigo, por sempre acreditar que o trabalho seria sólido e representativo. Seu incansável estímulo, sempre na medida certa, é responsável por grande parte do sucesso dessa dissertação. As conversas sobre os serviços médicos e outros tantos assuntos tornaram mais leves os encontros de orientação.

Também agradeço a todos os professores do MPGN e funcionários da Unisinos que nos apoiaram nesses dois anos. Aos colegas de turma, companheiros de agradáveis tardes e noites de estudo, nos dois lados do Atlântico. Turma unida e divertida mesmo com toda sua heterogeneidade.

Aos amigos médicos e colegas de hospitais que sempre apoiaram o projeto, possibilitando a sua realização e, posteriormente, colaboraram com a validação do método.

Por fim agradeço a minha família, que começou pequena, minha amada esposa Aline e minha querida filha Júlia, companheiras inseparáveis, que ajudaram a desbravar terras francesas, no estágio em Poitiers. Sem o apoio das minhas meninas não teria chegado ao fim desta maratona. O time ganha, em breve, mais uma integrante com a chegada da nossa pequena Laura. Estamos te aguardando.

Mais importante que tornar-me mestre é a certeza de ter aproveitado o caminho.

RESUMO

Este trabalho trata da temática da gestão com foco no planejamento de serviços médicos em hospitais brasileiros. A utilização das ferramentas da gestão no setor de saúde brasileiro e mundial tem ocorrido com frequência cada vez maior nas últimas décadas, premida pela necessidade crescente de ter-se uma melhor alocação dos recursos existentes. Os hospitais brasileiros, entretanto, ainda têm projetado novos serviços médicos sem o necessário planejamento, resultando em frequente desperdício de recursos públicos e privados. O presente estudo, através de uma abordagem qualitativa, utiliza-se da pesquisa-ação para propor um método e um modelo (SBModel) para o planejamento de serviços médicos em hospitais brasileiros. Parte-se da utilização do Business Model Generation, adaptando-o para o cenário local de saúde, após a constatação da inexistência de um modelo adequado à realidade da saúde brasileira. Após a elaboração de um método e modelo iniciais e sua aplicação na elaboração de dois serviços médicos em um hospital privado localizado na cidade de Porto Alegre, RS, ocorreu uma validação com gestores hospitalares para, na sequência, ser feita uma aplicação do método e modelo (SBModel) validados em um serviço médico de outro hospital privado localizado na mesma cidade. Conclui-se que a ferramenta proposta (SBModel) tem um importante papel na organização ou reorganização de serviços médicos, sendo replicável no cenário nacional de saúde.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Serviços médicos. Business model. Planejamento.

ABSTRACT

This Master thesis addresses the management thematic focused on the planning of medical services in Brazilian hospitals. The use of management tools in the Brazilian and global health sector has been occurring with an increasing frequency in recent decades, influenced by the growing need to have a better allocation of existing resources. Brazilian hospitals, however, have still designed new medical services without the necessary planning, resulting in frequent waste of public and private resources. This study, through a qualitative approach, uses Action research to propose a method and a model (SBModel) for the planning of medical services in Brazilian hospitals. It starts with the application of the Business Model Generation, adapting it to the local health scenario, after finding the absence of an appropriate model to the Brazilian health reality. After the development of a method, initial models and their application in the implementation of two medical services in a private hospital in the city of Porto Alegre (RS), there was a validation by hospital managers. Subsequently, a new application of the validated method and model (SBModel) was made in a medical service of another private hospital in the same city. It is inferred that the proposed tool (SBModel) plays an important role in the organization or reorganization of medical services, being replicable in the national health scenario.

Keywords: Healthcare management. Medical services. Business model. Planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema de funcionamento de um hospital	28
Figura 2 - Plano de Negócios	41
Figura 3 - Business Model Generation (canvas)	45
Figura 4 - ModelH.....	45
Figura 5 - Fotografia do canvas originado no <i>brainstorming</i>	73
Figura 6 - Canvas inicial do novo serviço originado no <i>brainstorming</i>	77
Figura 7 - Canvas revisado do Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica	79
Figura 8 - Fotografia do canvas originado no <i>Brainstorming</i>	99
Figura 9 - Canvas inicial do novo serviço originado no <i>brainstorming</i>	100
Figura 10 - Canvas revisado da Unidade Endovascular	102
Figura 11 - Análise SWOT.....	105
Figura 12 - SBModel	113
Figura 13 - SBModel inicial.....	137

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gasto com saúde, por país: (a) total, em percentual do PIB; (b) públicos e privados, em valores absolutos	12
Gráfico 2 - Sinistralidade dos planos de saúde	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Business Model Ontology.....	43
Quadro 2 - Síntese do Referencial Teórico	49
Quadro 3 - Perfil dos avaliadores	56
Quadro 4 - Resumo das Reuniões	64
Quadro 5 - Resumos das Etapas	68
Quadro 6 - Análise dos concorrentes	78
Quadro 7 - Resumo das Etapas - Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica.....	81
Quadro 8 - Resumos das etapas.....	94
Quadro 9 - Problemas e soluções sugeridas	97
Quadro 10 - Cronograma de criação do novo serviço.....	109
Quadro 11 - Resumo dos objetivos da etapa 1	110
Quadro 12 - Resumo dos objetivos da etapa 2	112
Quadro 13 - Cronograma de criação do novo serviço.....	134
Quadro 14 - Resumo dos objetivos da etapa 1	135
Quadro 15 - Resumo dos objetivos da etapa 2	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principal concorrente.....	78
Tabela 2 - Resumo dos procedimentos realizados	95

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O Problema de Pesquisa	15
1.2 Objetivos	19
1.2.1 Objetivo Geral	20
1.2.2 Objetivos Específicos	20
1.3 Justificativa	20
1.4 Estrutura do Texto	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 O Setor de Saúde Brasileiro	24
2.2 Estrutura Organizacional e Serviços Hospitalares	27
2.3 Gestão e Modelo de Negócios no Setor de Saúde	30
2.4 Planejamento Estratégico	33
2.5 Plano de Negócios (Business Plan) na Área de Saúde	36
2.6 Modelo de Negócios (<i>Business Model</i>) na Área de Saúde	41
2.6.1 Conceito de Business Model	41
2.6.2 Modelos práticos para aplicação do Business Model	43
2.6.3 Utilização do Business Model Generation	48
2.7 Síntese do Referencial Teórico	49
3 METODOLOGIA	51
3.1 Método de Pesquisa	51
3.2 Método de Trabalho	52
3.2.1 Planejamento e Exploração.....	53
3.2.2 Execução.....	54
3.2.3 Análise e Síntese	56
3.3 Delimitações	57
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	59
4.1 Estudo 1: Business Model do Centro de Leucemias	59
4.1.1 Contexto de Aplicação.....	59
4.1.2 Relato da Execução	60
4.1.3 Análise e Discussão	64
4.2 Estudo 2: Business Model do Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica	66
4.2.1 Contexto de Aplicação.....	66

4.2.2 Relato da Execução	67
4.2.3 Análise e Discussão	82
4.3 Validação do Método Proposto com Especialistas Gestores	86
4.4 Estudo 3: Aplicação do SBModel para Unidade Endovascular	92
4.4.1 Contexto de Aplicação.....	92
4.4.2 Relato da Execução	92
4.4.3 Análise e Discussão	106
5 APRESENTAÇÃO DO MÉTODO PROPOSTO PARA PLANEJAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS (SBMODEL).....	108
5.1 Constituição das Equipes.....	108
5.2 Etapas.....	109
5.2.1 Etapa 1 - Escolha do Serviço e Grupo Participante	110
5.2.2 Etapa 2 - Análise de Cenários do Novo Serviço Médico	111
5.2.3 Etapa 3 - Brainstorming.....	112
5.2.4 Etapa 4 - Montagem do Canvas Final e Análises.....	121
5.2.5 Etapa 5 - Plano financeiro e Análise de Viabilidade	123
5.2.6 Etapa 6 - Apresentação do Canvas.....	123
5.3 Análise Comparativa com os Modelos Existentes	123
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS.....	128
APÊNDICE A - CARTA CONVITE ENVIADA AOS GESTORES POR E-MAIL	133
APÊNDICE B - MATERIAL ENVIADO AOS GESTORES.....	134
APÊNDICE C - ROTEIRO COM QUESTÕES DE VALIDAÇÃO DO SBMODEL ...	147

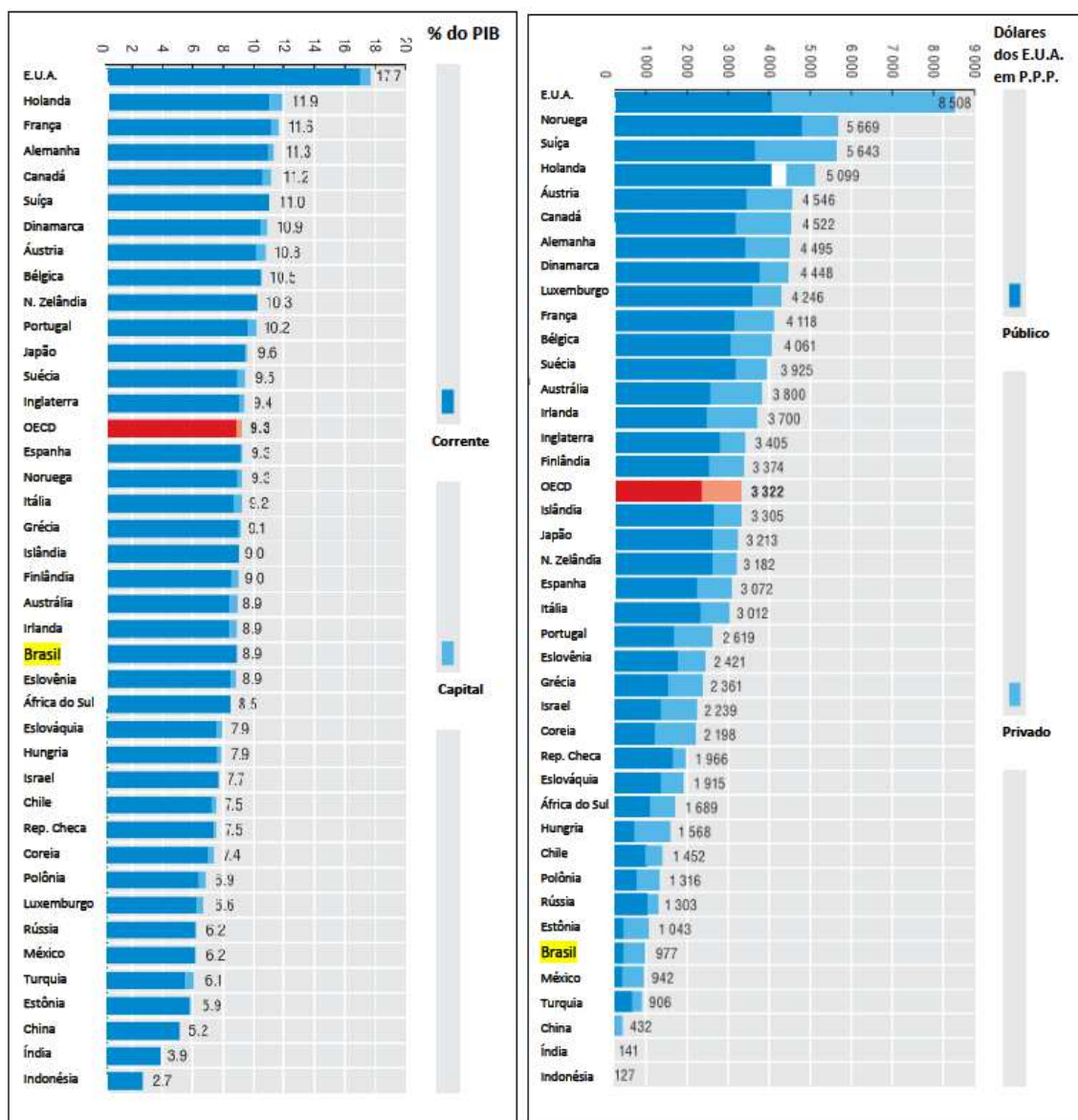
1 INTRODUÇÃO

O investimento em saúde representa um esforço financeiro considerável para a sociedade, em todo o mundo. Como em todo ambiente de recursos limitados, há escolhas a serem feitas, tais como alocar recursos em prevenção ou tratamento de doenças ou na reabilitação dos pacientes. Díficeis decisões devem ser tomadas, como cortar gastos na prevenção de doenças, fato que vem ocorrendo em países europeus desde a crise de 2008. (OECD, 2013). Em pesquisa anual com executivos de hospitais americanos em 2013, o American College of Healthcare Executives (2014) revelou que os desafios financeiros representaram a principal preocupação dos CEOs de saúde na última década.

O grande aumento de custos tem se traduzido em uma inflação médica muito superior aos índices gerais de aumento de preços em todo o mundo. Em 1970 a assistência à saúde custava 7% do PIB nos Estados Unidos, valor que chegou a 16% em 2007 (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009) e 17,7% do PIB em 2013. (OECD, 2013). No Brasil, a inflação médica também tem superado os demais índices a cada ano. Em 2012, o índice de variação do custo médico e hospitalar (VCMH) foi de 15,4% ao ano, três vezes a inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e a tendência apontada pelo Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013) é que a variação dos custos das operadoras de saúde siga aumentando em patamares semelhantes nos próximos anos.

Os gastos brasileiros com saúde são consideráveis, correspondendo a 8,9% do seu PIB, como mostra o Gráfico 1 (a), próximo à média da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), ou aproximadamente mil dólares por habitante por ano, em valores absolutos. Mais da metade desse valor é referente a gastos privados, ficando o Governo Federal, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma parcela menor dos gastos (OECD, 2013), como apresenta o Gráfico 1(b).

Gráfico 1 - Gasto com saúde, por país: (a) total, em percentual do PIB; (b) públicos e privados, em valores absolutos



(a)

(b)

Fonte: (OECD, 2013).

No Brasil, o direito à saúde da população é um princípio constitucional, sendo esse um dever do Estado, sem a previsão de limites. (BRASIL, 1988). No entanto, mesmo considerada a pertinência desse direito universal, diferenças e dificuldades pragmáticas surgem na medida em que se questiona ou não de onde saem os recursos necessários para sustentar tal direito. (TIEGHI, 2013).

A sociedade brasileira preocupa-se em como terá suas necessidades atendidas, considerado um cenário em que há uma crescente demanda por

investimentos de um lado e uma pressão por redução de custos de outro. Em particular, para fins deste estudo, considera-se a perspectiva dos hospitais privados que respondem pelo atendimento a mais de cinquenta milhões de beneficiários de planos de saúde e por cerca de 64% dos leitos ofertados ao sistema de saúde brasileiro, conforme a Associação Nacional de Hospitais Privados. (ANAHP, 2013). Para esses atores, a gestão dos serviços de saúde representa não apenas uma questão associada à atenção à saúde dos brasileiros, mas também uma necessidade de meios adequados de planejamento e gestão de operações.

Nesse sentido, segundo Christensen, Grossman e Hwang (2009), o grande desafio da sociedade é inovar para reduzir os custos e melhorar a qualidade e acessibilidade à saúde, sendo necessário, para isso, uma inovação do modelo de gestão.

A indústria foi pioneira no estabelecimento dos elementos da gestão científica. Este segmento inaugurou, há mais de cem anos, a ciência da administração de empresas, com estudos em fábricas na França e nos Estados Unidos. (FAYOL, 2009; TAYLOR, 2011). Gradativamente, esses princípios de gestão foram sendo estendidos a outros setores econômicos e sociais. Em particular, ao longo do século XX, os serviços passaram a ter grande representatividade no PIB de países desenvolvidos e em desenvolvimento, passando de 44% para mais de 60% do PIB brasileiro ao longo do século XX. (ESTATÍSTICAS..., 2003). Ampliou-se assim a necessidade de um melhor gerenciamento, sob a ótica da administração de empresas, com a profissionalização de seus gestores e suas práticas. Escolas de negócios, como a Harvard Business School, foram criadas com esse propósito no último século. (MARTINET; HAFSI, 2008).

O setor da saúde, entretanto, sofreu atrasos na busca das melhores práticas de gestão, padecendo com a dificuldade da criação de indicadores e com preconceitos em relação à necessidade de se fazer escolhas. Nas últimas décadas, lentamente, iniciou-se um movimento que procura entender melhor a saúde. Essa perspectiva não é diferente em termos brasileiros. (ANAHP, 2013).

A busca por alternativas de sustentabilidade e competitividade é relevante, especialmente no contexto de saúde privada, levando à necessidade de melhores formas de planejamento e visão de longo prazo. Argumento similar poderia ser usado sobre os prestadores públicos, dado que incrementos de eficiência revertem-se em benefícios à população. No entanto, a esfera dos prestadores privados de

saúde apresenta-se relacionada à visão concorrencial das organizações, o que gera particular impacto sobre os aspectos de sustentabilidade e competitividade.

No tangente aos Hospitais Privados, anteriormente, a realidade configurava-se por médicos sem formação em gestão, que dirigiam pequenas instituições de forma amadora. Nos últimos anos, a expansão do setor de saúde suplementar e a sua regulamentação (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), 2014) promoveram o crescimento da oferta de provedores de saúde privados e da profissionalização da gestão em saúde. (ESCRIVÃO JR., 2012). A saúde suplementar, por meio dos planos de saúde, possibilitou que milhões de brasileiros pudessem ser atendidos em hospitais privados. Entretanto, trouxe uma nova realidade de tabelas de remuneração com valores fixos, forçando os hospitais a compatibilizarem seus custos e despesas operacionais em busca de melhores margens financeiras e manutenção da capacidade de investimento, face a receitas relativamente menores. Iniciou-se então, um ciclo de pressão por uma gestão mais profissionalizada das instituições hospitalares, trazendo como um dos resultados uma consolidação do setor saúde brasileiro, de modo que grandes planos de saúde, de um lado, e hospitais, de outro, utilizam-se de procedimentos de fusões e aquisições de concorrentes em busca de ganhos de escala. (JAGGI, 2011).

Essa percepção reforça a necessidade de se estabelecerem meios para a adequada gestão dos ativos de organizações hospitalares privadas. E a adequação inicia-se pelo estabelecimento de estratégia, a qual necessita ser desdobrada em planos táticos e operacionais, assegurando alinhamento de visão e ação. Uma estratégia, mesmo sendo visionária, não será bem sucedida se não estiver vinculada a processos operacionais apropriados e a uma governança compatível. (KAPLAN; NORTON, 2008). Nesse contexto, um elemento relevante para substanciar uma prática médica viável é estabelecer um planejamento sólido dos negócios, com foco no engajamento do paciente, atendendo suas necessidades e focando questões importantes para a viabilidade econômica do negócio. (ZIMLICH, 2013).

Portanto considera-se legítimo pesquisar temas relacionados às questões assistenciais e gerenciais da saúde, visando a tornar cada vez mais efetivos os mecanismos de prevenção, diagnóstico, intervenção, recuperação e reabilitação do paciente, bem como dos processos de planejamento, monitoramento, controle e gestão dos ativos de saúde. Um requisito necessário, ainda que não suficiente, para esse fim é a proposição de modelos de negócio de serviços médicos adequados ao

contexto e aos diferentes atores envolvidos nos processos assistenciais e administrativos de atenção à saúde.

1.1 O Problema de Pesquisa

Tradicionalmente as empresas de prestação de serviço na área da saúde, os hospitais em especial, apresentam deficiências em sua gestão operacional e em seu planejamento de médio e longo prazo. (ESCRIVÃO JR.; KOYAMA, 2007). Em função da natureza do sistema de saúde, da dualidade público-privada, da complexidade da gestão epidemiológica, da dependência tecnológica crescente sobre os procedimentos médicos e hospitalares, e de outros fatores associados, torna-se difícil auferir segurança sobre decisões consideradas complexas, como a escolha entre planejar a construção de um novo prédio ou reequipar um serviço médico em espaço já existente. Nesse caso, o usual é primeiro construir o prédio para, posteriormente, se preocupar com que atividade ocorrerá em seu interior. Ou então, montar o novo serviço para, eventualmente, perceber que o mesmo não terá viabilidade econômica ou alinhamento de longo prazo com a instituição hospitalar. A evolução tecnológica e de procedimentos também contribui para tornar as decisões tomadas neste contexto mais complexas. Não é raro que um serviço recém-construído seja modificado a seguir ou até mesmo encerrado, logo após abrir as portas. Até mesmo um hospital ou rede de hospitais pode encerrar seu atendimento por problemas de gestão, como foi o caso do complexo hospitalar da ULBRA. (HOSPITAIS..., 2009; informação verbal¹).

Em função desse quadro, mais recentemente, instituições hospitalares de maior porte têm investido na profissionalização de sua gestão, tanto visando a qualificar seus quadros, em geral técnicos, quanto buscando profissionais e métodos que aportem conhecimento para melhorar suas práticas de gestão em curto, médio e longo prazo. Segundo Feldmann (apud THIEGHI, 2013), hospitais são como empresas e devem ser administrados da mesma forma.

Um particular contexto é associado ao período de expansão dessas instituições. Neste sentido, métodos e práticas de planejamento estratégico e tático,

¹ Informação coletada em entrevista de campo com o gestor 3, em Porto Alegre, no dia 17 de novembro de 2014.

e de gestão operacional utilizados em organizações de outros setores, como Balanced Scorecard (KAPLAN; NORTON, 1992), Planos de Negócio (DEUTSCHER, 2010), Lean Thinking (WOMACK; JONES, 2004), Sistemas de Indicadores e Paineis de Controle (KAPLAN; NORTON, 2004) passam a fazer parte da rotina da gestão hospitalar.

Todavia, embora em muitos aspectos as organizações da área da saúde sejam semelhantes às demais empresas do setor de serviços, existem algumas particularidades nesse grupo de empresas. O primeiro ponto é que o perfil principal de cliente, via de regra, não é o de pagador direto pelo serviço prestado. Na maioria dos casos há um intermediário (plano de saúde) entre o usuário do sistema de saúde e o hospital. Esse intermediário tem sua própria agenda, que pode ou não estar alinhada aos demais atores do processo no chamado problema do agente-principal, podendo haver, inclusive, interferência no tratamento de pacientes, como o uso inadequado de medicações induzido por incentivos financeiros. (NGUYEN, 2011).

O segundo ponto de diferenciação em relação a outros segmentos de serviços reside no fato de as organizações hospitalares terem como foco a saúde e a vida de pessoas. Considerando o *trade-off* intrínseco entre limitação de capacidade e recursos e o bem maior à população, decisões sobre qual paciente atender e como o atender tornam-se potencialmente complexas. No contexto brasileiro, com frequência, esse tipo de questão pode levar à perda da coerência dos parâmetros de decisão: o sistema judiciário é muito atuante nesses temas, e aceita demandas não previstas nos contratos do usuário com seu plano de saúde, com prejuízo importante dos cálculos atuariais e influência direta no custo do sistema de saúde no Brasil. Em consequência, tratamentos não previstos ou desalinhados com a avaliação médica de efetividade e sobrevida do paciente são autorizados, levando a uma judicialização da saúde e ao incremento de custos e despesas operacionais sem garantia de incremento de valor global entregue à população pelo serviço. Em muitos casos, os custos gerados podem comprometer a capacidade de reinvestimento dos planos de saúde, gerando efeitos adversos a médio e longo prazo, quanto ao serviço à população. Esse tema foi considerado superlativo inclusive pelo então Ministro e Presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), Joaquim Barbosa. (BALIARDO, 2013).

O terceiro ponto é relacionado à função do médico na relação entre paciente e prestador de serviços de saúde. A maioria dos hospitais privados é de corpo clínico aberto (ANAHP, 2013), arranjo onde os médicos são membros independentes que atuam como parceiros credenciados do prestador de serviços, sendo responsáveis por considerável parcela da demanda de pacientes. Essa é uma diferença dos atores privados brasileiros também em relação aos hospitais públicos do Brasil ou hospitais norte-americanos, onde a relação prestador-médico é hierárquica, definida por contratos de trabalho ou concursos públicos.

O caminho apontado por gestores e pesquisadores norte-americanos é o foco do hospital nas especialidades e serviços que o mesmo tem vocação para atender, deixando os demais serviços para outras instituições. Segundo Christensen, Grossman e Hwang (2009), fazer de tudo, para todos jamais foi uma proposição de valor viável para um modelo de gestão bem-sucedido.

Ao mesmo tempo, pela visão de proprietários, mantenedoras ou acionistas de hospitais privados e de seus conselhos de administração (no Brasil a maioria dos hospitais não possui fins lucrativos, não tendo um ator proprietário e sim uma mantenedora), é preciso que a instituição persiga as condições que garantam sua sustentabilidade e perpetuação. Um negócio mal estudado ou mal estruturado, frequentemente coloca em risco a saúde financeira da instituição o que, neste contexto, pode levar a consequências negativas para a sociedade.

Para os hospitais que ultrapassam essa etapa de lapso de planejamento e decidem implementar um novo serviço através de práticas de gestão há um novo desafio. Muitos dos grandes hospitais têm, hoje, estruturas de gestão mais robustas (ESCRIVÃO JR., 2012), bem como sólidos modelos médico-assistenciais. Porém fazer a transição entre esses dois mundos distintos é um desafio que se impõe às equipes de gestão dessas organizações, dado que envolve estruturar processos e sistemas de indicadores, estabelecer e desdobrar estratégias claras de gestão, operação e relacionamento, e planejar a oferta de serviços presentes e futuros frente a demandas flutuantes em função de características sazonais, demográficas ou epidemiológicas inerentes aos serviços de atenção à saúde.

Ao planejar e implementar um novo serviço hospitalar, as instituições também se deparam com a ausência de modelos voltados para o setor da saúde brasileiro. Há modelos para a montagem de novos negócios na indústria e em grande parte do

setor de serviços, havendo, porém, carência de instrumentos apropriados para a área da saúde.

O setor saúde diferencia-se, em parte, de outros setores socioeconômicos pois a assistência em saúde é uma área de prestação de serviços com regras próprias e altamente regulada, sendo seu principal sujeito de atuação o paciente e sua família, que também são beneficiários do valor agregado ao final do processo de transformação. Não há estoques estáticos de pacientes e doenças, pois mesmo quem aguarda atendimento tem sua condição de saúde modificada a cada momento. Um paciente que aguarda internação eletiva e não é atendido pode passar a candidato à internação de urgência e à internação em Centro de Terapia Intensiva (CTI) em pouco tempo, pelo paulatino agravamento de sua condição clínica. Os pacientes também participam intimamente do processo de produção numa relação potencialmente conflituosa. Os resultados são percebidos diretamente sobre o cliente/paciente e são comuns as diferenças entre expectativas pessoais e o desfecho técnico do atendimento. A padronização de processos é difícil, dada a variedade da demanda, e a customização uma necessidade predominante. Apesar da tecnologia e complexidade envolvidas no processo, a saúde é, sobretudo um setor de relacionamentos humanos e seus desdobramentos. (DESAFIOS..., 2012).

Os frameworks e modelos desenvolvidos para outros segmentos desconsideram particularidades dos serviços de saúde, como a intermediação dos planos de saúde (terceiros pagantes) e a atuação do Corpo Clínico. Nesse contexto, os próprios médicos assumem papéis ambíguos de agente de prestação de serviço e de clientes a serem conquistados pela organização prestadora de serviços de saúde. Outras particularidades envolvem parcerias estratégicas com fornecedores de tecnologias e insumos, por exemplo.

Por fim, com o crescimento da concorrência da prestação da saúde no Brasil, tem ocorrido uma consolidação na área, tanto entre os planos de saúde quanto entre os hospitais. Fato marcante foi a compra da Amil, então maior plano de saúde do Brasil, pela americana UnitedHealth. (AGNELLI, 2012). No segmento dos hospitais tem destaque a expansão da rede carioca D'Or São Luiz (COSTA, 2010), tornando-se a maior operadora independente de hospitais do Brasil. Face a isso, muitas operadoras de planos de saúde têm assumido um modelo verticalizado de prestação de serviços na saúde, no qual as empresas possuem o plano de saúde e as unidades de atendimento, como hospitais, laboratórios e ambulatórios de

atendimento médico. Esse modelo visa a diminuição de custos, como ocorre na empresa norte-americana Kaiser Permanente (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009), aumentando a pressão sobre hospitais independentes. No contexto brasileiro, operadoras como a Unimed têm seguido este modelo. A Unimed, formada por 370 cooperativas espalhadas pelo Brasil, planejava construir mais 13 hospitais da marca em 2014, totalizando 114 hospitais próprios. A verticalização é claramente a estratégia de negócios da companhia, com previsão de um investimento inicial de R\$ 400 milhões para os empreendimentos, provenientes de capital próprio, BNDES, fundos setoriais, entre outras alternativas de captação de recursos. (UNIMED..., 2012). O processo de verticalização tem obtido apoio em estudos econômicos que mostram que o modelo tem vantagens, com ganho de eficiência e menores custos. (LEANDRO, 2010).

Os fatos expostos anteriormente remetem à necessidade de melhor assistência ao planejamento de negócios e serviços de saúde. Dentre os frameworks existentes, o Business Model (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) tem sido recentemente difundido e usado por pesquisadores e gestores como meio para compreender-se os negócios existentes e para avaliar o potencial de novas propostas. (LAMBERT, 2012). Entende-se que este seja um conceito abstrato e com complexidade adequada para que haja o entendimento e a comunicação das estruturas e estratégias que sustentam o modo de se fazer negócios.

Face a esse contexto, este estudo orienta-se pela necessidade de aporte de meios adequados de planejamento de negócios e serviços de saúde, considerando o contexto privado e entendendo que o planejamento tático apresenta-se como crucial para o desdobramento de ações estratégicas antes da operação, mitigando riscos de decisões equivocadas. Por este motivo, orienta-se pela questão: “Como conduzir o planejamento de novos serviços em instituições de saúde brasileiras?”

1.2 Objetivos

A seguir estão apresentados os objetivos geral e específicos.

1.2.1 Objetivo Geral

O principal objetivo do presente trabalho é propor um método, a partir do Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011), para a criação de serviços em hospitais privados brasileiros.

1.2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são:

- a) analisar os modelos existentes de geração de business model para o ambiente hospitalar brasileiro;
- b) propor uma alteração sobre o canvas apresentado no Business Model Generation para melhor considerar o serviço em hospitais privados brasileiros;
- c) analisar os resultados da aplicação do método proposto em diferentes contextos de saúde suplementar do sul do Brasil.

1.3 Justificativa

Este estudo contempla um tema que, conceitualmente, interfere no ator prestador de serviço hospitalar (situando-se, portanto, na área teórica de planejamento e gestão de setores específicos). Empiricamente, baseia-se em experiências obtidas em hospitais privados de grande porte localizados em Porto Alegre. Os hospitais em Porto Alegre não são, em suas características, diferentes de seus pares brasileiros, como pode ser constatado em notícias, notas técnicas e publicações, como as da ANAPH (2013). Há uma cultura arraigada de crescimento sem planejamento e abertura de novos serviços de saúde apenas para seguir as instituições pioneiras, em um exemplo de isomorfismo mimético. (DIMAGGIO; POWELL, 1983). Em um mercado cada vez mais competitivo, ações como essa frequentemente prejudicam a instituição obrigando-a a repensar seu modelo muitas vezes após já ter o serviço montado.

Não há um questionamento a respeito da real vocação do hospital ou que tipo de serviço ele está habilitado a oferecer a seus pacientes. No caso de um serviço

novo, compensarão o esforço e o gasto para adquirir as novas habilidades necessárias? Apesar da importância de se conseguirem respostas a essas dúvidas, ainda é recente a tendência de se pesquisar a respeito no Brasil. Segundo Feldmann (apud TIEGHI, 2013) há muito desperdício de recursos por má organização, com as pessoas pouco preparadas e capacitadas para gerirem instituições de saúde. Como indicativo de mudança, no mundo, especialmente nos Estados Unidos, a gestão na área da saúde vem merecendo a dedicação de pesquisadores médicos e administradores, como Porter e Teisberg (2007).

A sociedade brasileira, como ocorre no resto do mundo, tem sido chamada a sustentar os custos cada vez maiores do atendimento médico. (ANAHP, 2013). Ao mesmo tempo em que dispende mais dinheiro, o brasileiro, cujos impostos deveriam custear sua saúde, se vê obrigado a contratar um plano privado de saúde para obter um tratamento de saúde adequado. Porém não vê o retorno desse investimento, amargando filas em serviços de emergência (EMERGÊNCIAS..., 2014), esperando meses para uma consulta médica ou ainda recebendo um atendimento aquém do esperado.

A maioria dos médicos brasileiros atuam nos hospitais privados de forma independente, modalidade de corpo clínico aberto (ANAHP, 2010), recebendo honorários (privados ou de planos de saúde) por esse atendimento, não havendo vinculação cativa a um prestador específico. Para esses médicos, que são de suma importância para o funcionamento do hospital, também é vital a clareza de escopo da instituição. Se o hospital tem e comunica o foco no atendimento a determinada especialidade médica ou patologia, este melhor atrairá um grupo determinado de médicos, voltado para esse atendimento.

Esses temas remetem à noção de plano de negócio e de business model (modelo de negócio). Em pesquisa realizada no portal CAPES até 21/04/2014, com os termos: “business plan” AND “hospital” e “business model” AND “hospital”, com artigos dos últimos cinco anos, foram encontrados 724 e 1667 artigos, respectivamente.

Na pesquisa “business plan” AND “hospital”, dos 724 artigos encontrados, apenas um discorre a respeito da criação de um plano de negócios na área hospitalar. Esse artigo (BRANDT et al., 2009) apresenta quatro passos necessários para a construção de um plano de negócios para enfermeiras gestoras em um hospital: o primeiro passo é uma avaliação inicial adicionada de análise SWOT; o

segundo passo uma revisão de literatura; o terceiro um planejamento estratégico; e o último passo, a implementação e monitoramento. Os passos são brevemente descritos e alguns exemplos citados. Dos demais artigos da pesquisa “business plan” AND “hospital”, há ainda outros três com contribuições para a organização de um novo serviço na área médico-hospitalar. O artigo “Proton Cancer Therapy Center: An Entrepreneur Dilemma” (REED; BRUNSON, 2011) versa sobre a difícil decisão de investir cem milhões de dólares em um negócio que, se não der certo, não poderá ser adaptado para outro fim. Um outro artigo (ZIMLICH, 2013) considera seis pontos importantes para a lucratividade de consultórios de médicos generalistas nos Estados Unidos. Por fim o artigo “12 strategies for managing capital projects” (STOUDT, 2013) recomenda estratégias para construção de novos projetos e redução de custos.

Em outra pesquisa realizada, sem o filtro de data foi encontrado mais um artigo relevante (COHN; SCHWARTZ, 2002) que explicita a demanda sobre os médicos norte-americanos, para que desenvolvam novos serviços ou tecnologias. O método utilizado é o de um “business plan” (plano de negócios). (SAHLMAN, 1997). O processo descrito segue o planejamento estratégico e inicia com um encontro para “brainstorming”, busca dados sobre forças internas e externas que afetam a organização, formula missão, visão e valores e desenvolve um plano a ser implementado. O plano de negócios proposto por Cohn e Schwartz (COHN; SCHWARTZ, 2002) inclui um sumário executivo, conceito de negócio, análise de mercado e competitiva, estratégia de negócios e ainda planos operacional, financeiro e de implementação. Os autores citam como armadilhas para um plano de negócios, a falta de clareza e de foco, enxergar o documento gerado como estático e a dificuldade de vender o plano de negócios para eventuais investidores. Essa visão remete à necessidade de um modelo de negócio (business plan) antes da formação do plano de negócios. No final do artigo de Cohn e Schwartz (2002) há a descrição da implementação de um serviço para tratamento de câncer de próstata, seguindo o passo-a-passo descrito.

Na pesquisa “business model” AND “hospital”, dos 1667 artigos encontrados, apenas quatro mostravam alguma relação com o trabalho em curso, porém nenhum descreve a criação de novos serviços, sob a ótica do “business model”. Um dos artigos (SCHLEIEN, 2013) explicita o desafio econômico que as Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) Pediátricas norte-americanas devem enfrentar em

função de suas limitadas fontes de recursos, que devem ser maximizadas, por exemplo, com acordos de prestação de serviços médicos a outras unidades. Outro (KATES, 2014) versa sobre o uso do modelo Lean para a implementação de um centro de fraturas geriátrico. Um outro artigo (SOUTHARD; CHANDRA; KUMAR, 2012) descreve o uso da tecnologia de “RFID” ou identificação por radiofrequência, para melhorar o processo das cirurgias ambulatoriais em um centro cirúrgico norte-americano. Por fim um artigo (LIU; WEI, 2013) cita resumidamente quatro casos de uso de “business modeling” na China, sendo um deles na área hospitalar.

Evidencia-se, portanto, a carência de discussões de cunho acadêmico aplicadas sobre o tema de definição de modelos de negócios em ambientes de serviços hospitalares. Mais especificamente, no caso brasileiro, contexto no qual não foram evidenciadas publicações.

1.4 Estrutura do Texto

Esta dissertação está estruturada em 6 capítulos:

- Capítulo 1: Apresenta a introdução, os problemas de pesquisa, o objetivo e a justificativa do trabalho
- Capítulo 2: Traz o referencial teórico e sua relação com a dissertação.
- Capítulo 3: Apresenta a metodologia do trabalho.
- Capítulo 4: Traz os resultados das duas aplicações iniciais do método e do modelo no planejamento de serviços médicos (hospital 1), a validação do método e modelo propostos por gestores da saúde e a aplicação final do método e modelo já validados em um terceiro serviço médico (hospital 2).
- Capítulo 5: Propõe um método de planejamento para serviços médicos no Brasil (SBModel).
- Capítulo 6: Discorre sobre as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o marco conceitual dos temas envolvidos na pesquisa, e tem o objetivo de fornecer subsídios teóricos para a pesquisa-ação a ser realizada. Para isso, serão abordadas questões sobre o setor de saúde brasileiro, estrutura organizacional e serviços hospitalares, planejamento estratégico, gestão e modelo de negócios no setor de saúde, plano de negócios na área de saúde e Business Model.

2.1 O Setor de Saúde Brasileiro

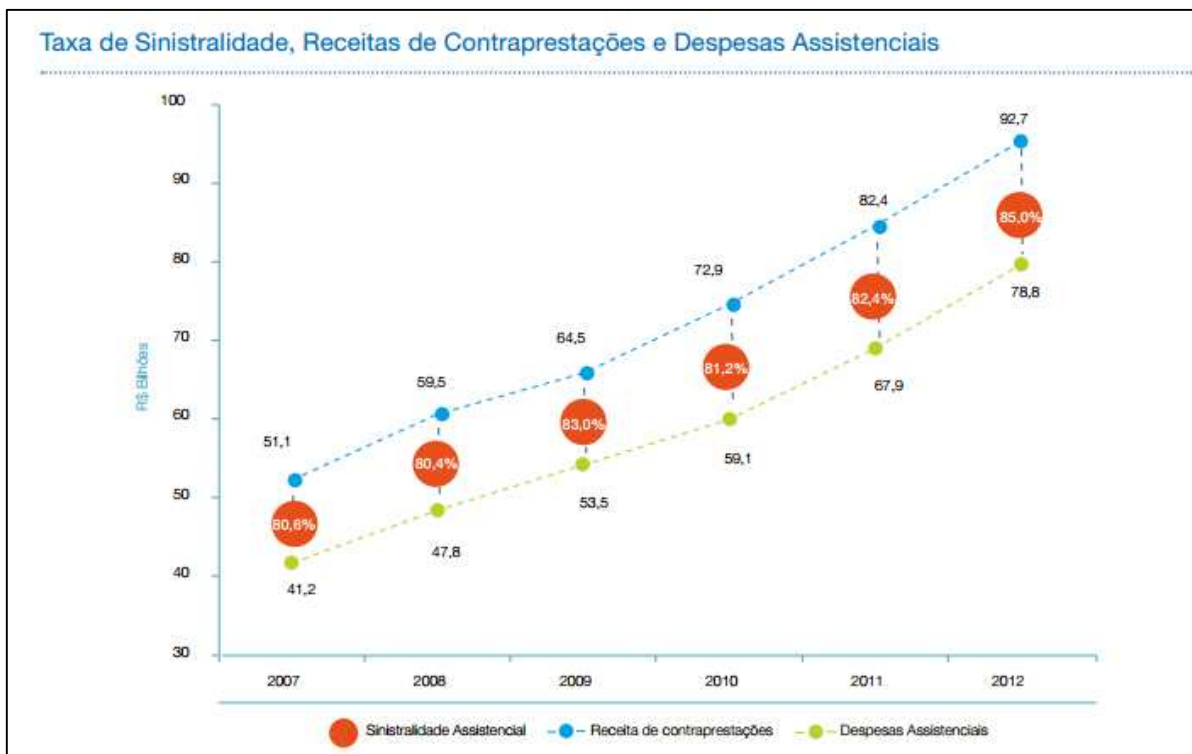
Os planos de saúde privados existem há quase cem anos. Pode-se considerar como os primeiros planos de saúde privados as Caixas de Aposentadoria e Pensões dos empregados das estradas de ferro brasileiras, criadas em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves. (ANS, 2014). A Cassi – caixa de aposentadoria e pensão dos funcionários do Banco do Brasil – é o mais antigo plano de saúde brasileiro ainda em operação, tendo sido fundada em 1944. (ANS, 2014).

O modelo de saúde brasileiro foi modificado a partir da Constituição Federal de 1988, com a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) composto por atores públicos e privados, passando os planos de saúde a fazerem parte de um sistema suplementar de saúde, composto por atores preponderantemente privados, com ou sem fins lucrativos, de atenção à saúde. (ANS, 2014).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em janeiro de 2000 para disciplinar esses planos de saúde privados no Brasil, como complementares ao SUS. Desde então, em nome do benefício da população, a ANS submete os planos de saúde a uma severa regulação, que limita a atuação dos mesmos principalmente junto aos clientes pessoa física, bem como regula as possibilidades de traduzir em repasse financeiro toda a sorte de novos procedimentos incluídos no rol de obrigações a serem prestadas por esses atores. A concorrência natural deste sistema e a pressão por ajustes de preços advinda de outros atores do sistema, tais como clientes corporativos e hospitais gera uma consequente redução nas margens financeiras dos planos de saúde: mesmo com um aumento real de 14% no ticket médio mensal dos planos de saúde entre os anos de 2007 e 2012, houve crescimento da sinistralidade de 80,6% para 85% no período

(ANHAP, 2013), como mostra o Gráfico 2. Esse contexto inviabilizou muitas empresas e, em contrapartida, aumentou a pressão dos planos de saúde sobre os hospitais, compelindo-os a reduzir custos em função da redução dos ganhos globais médios relativos aos serviços prestados via operadoras de planos de saúde.

Gráfico 2 - Sinistralidade dos planos de saúde



Fonte: (ANAHP, 2013).

A maior regulação sobre os planos de saúde tem auxiliado em um melhor monitoramento do do setor, mas também tem levado a grandes transformações na última década com, por exemplo, a diminuição dos planos de saúde individuais. (MAUTONE, 2003). O grande aumento no número de brasileiros com planos de saúde privados, chegando a quase 48 milhões de usuários em dezembro de 2012 (ANAHP, 2013) tem ocorrido às custas do crescimento dos planos de saúde empresariais, menos sujeitos à regulação governamental, com uma paulatina redução dos planos individuais, cujas mensalidades precisam de aval da ANS para serem reajustadas. (ANAHP, 2013).

Para o usuário, está cada vez mais difícil contratar um plano de saúde fora de sua empresa. Quem está desempregado ou trabalha por conta própria acaba ficando à margem da saúde suplementar (planos de saúde privados). Segundo

a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), das 17 maiores empresas de planos de saúde brasileiras, 12 cancelaram a venda de planos de saúde com contratos individuais, decisão que pode ser explicada pela necessidade dos reajustes desses planos de saúde dependerem de autorização da Agência Nacional de Saúde, o que não acontece nos planos coletivos. (BRASILEIROS..., 2013).

Os usuários de planos coletivos, por outro lado, têm maior facilidade de contratar um plano de saúde e em geral o fazem com valores mais baixos. Mas frequentemente se deparam com grandes aumentos em suas mensalidades nos anos seguintes (BRASILEIROS..., 2013), pois os planos de saúde aproveitam a menor regulação por parte da ANS para repassarem seu custo aos usuários. A inflação médica tem se refletido em aumentos dos planos de saúde muito superiores à inflação geral do país. Desde o início do Plano Real em 1994 os planos de saúde tiveram reajuste superior a inflação (medida pelo índice IPCA do IBGE) em mais de 200 pontos percentuais. (SALLOWICZ; SOARES, 2014).

Os hospitais brasileiros, por sua vez, ainda não são regulados diretamente pela ANS – o que está nos planos do governo federal. (LABOISSIÈRE, 2012). Entretanto mais de 90% de suas receitas são oriundas dos planos de saúde, restando menos de 10% de pacientes particulares. (ANAHP, 2013). Ou seja, os hospitais atendem majoritariamente usuários de planos de saúde, não tendo a liberdade de fixar os valores de seus serviços, precisando negociar caso a caso com os planos de saúde. No ano de 2012, a receita média dos hospitais participantes da ANAHP cresceu abaixo da inflação, e os custos cresceram acima do índice, trazendo importante impacto para os resultados econômico-financeiros dos hospitais. (ANAHP, 2013).

O sistema de saúde brasileiro é frequentemente comparado ao norte-americano, em oposição ao sistema público de saúde da maioria dos países europeus (GOULART; CARVALHO, 1998), por ter um componente privado, complementar ao SUS. (ANS, 2014). Porém os sistemas têm grandes diferenças, pois, nos Estados Unidos, além dos planos de saúde, há grandes sistemas públicos de saúde, Medicare (MEDICARE, 2014) e Medicaid (MEDICAID, 2014), que também são atendidos nos hospitais privados, constituindo grande parte dos atendimentos desses hospitais. No Brasil, em contraste, menos de 1% dos atendimentos dos

hospitais da ANAHP são de pacientes do SUS, sistema de saúde público. (ANAHP, 2013).

2.2 Estrutura Organizacional e Serviços Hospitalares

Os hospitais usualmente se organizam em torno das especialidades médicas clínicas (como cardiologia e pneumologia) e cirúrgicas (como cirurgia geral e neurocirurgia). Cada especialidade médica, em geral chamada de serviço médico (Serviço de Cardiologia, por exemplo) pode atuar em diversas unidades do hospital como no Centro de Terapia Intensiva (CTI), unidades de internação, emergência, ambulatório e bloco cirúrgico. A lógica estrutural é, portanto, matricial.

Não há uma uniformidade na nomenclatura das diversas áreas assistenciais de um hospital, podendo em dada instituição, uma Unidade de Transplante de Medula Óssea fazer parte de um Centro de Leucemias e este integrar um Serviço de Oncologia. Em outro hospital a nomenclatura e hierarquia das áreas pode seguir lógica diversa.

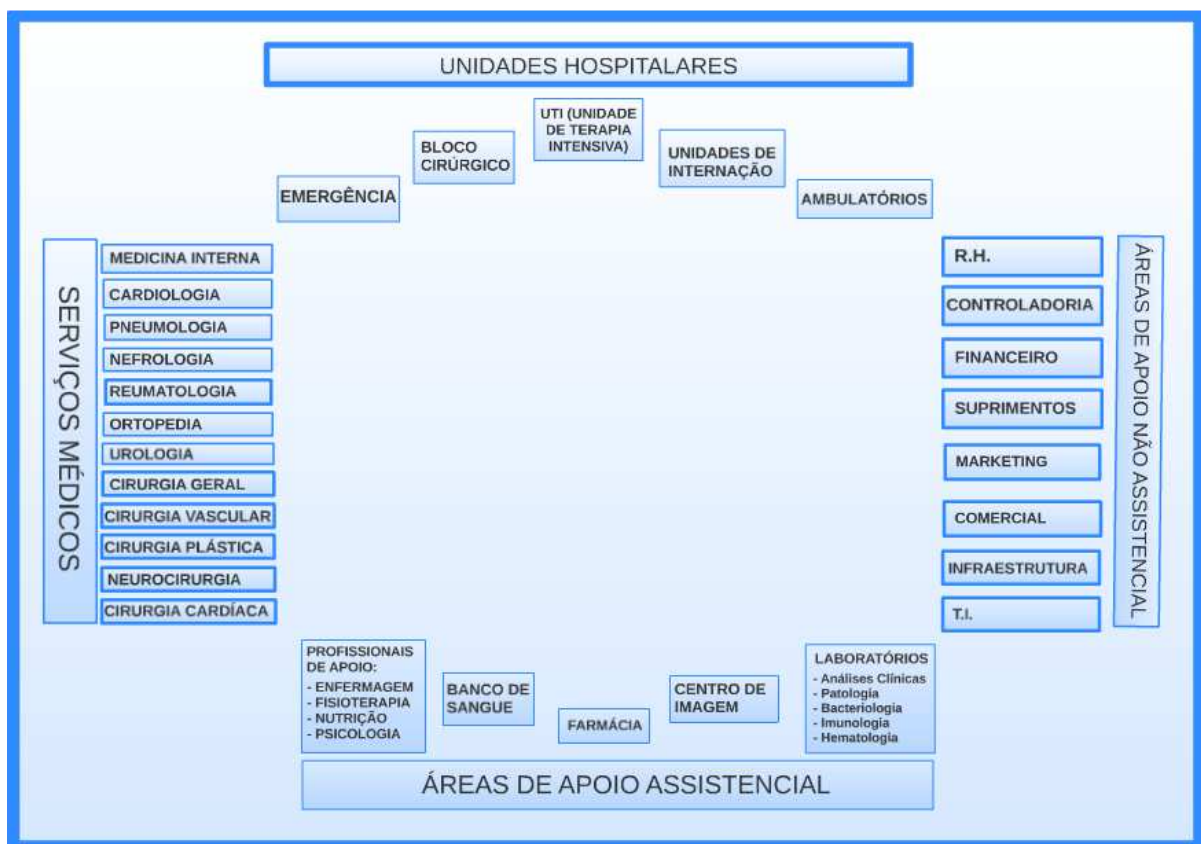
Também há os serviços de apoio assistencial, que fornecem suporte a diversas unidades do hospital, como o centro de imagem, os laboratórios e o banco de sangue. Para o funcionamento de um hospital é imprescindível o trabalho de diversos profissionais que apoiam o médico no tratamento dos pacientes: enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos são alguns deles. Por fim há toda uma estrutura de áreas de apoio não assistenciais, como Recursos Humanos (RH), controladoria, financeiro e suprimentos.

Um esquema do funcionamento de um hospital pode ser visto na Figura 1. Adicionalmente, alguns conceitos sobre os componentes da estrutura organizacional e de serviços hospitalares é apresentada:

- a) serviço médico: é a organização, no âmbito hospitalar, de cada especialidade médica. Por exemplo, um Serviço de Cardiologia representa a organização dos médicos cardiologistas dentro da instituição hospitalar. Eles podem atuar em diversos setores do hospital;
- b) unidades hospitalares: são os locais físicos de atendimento dos pacientes. Por exemplo, as Unidades de Internação, com os quartos e leitos onde os pacientes permanecem internados no hospital;

- c) áreas de apoio assistencial: englobam tanto os profissionais assistenciais de apoio, como enfermagem, quanto os locais de assistência, como o Centro de Imagem, onde os pacientes realizam exames tais como raio X e tomografias;
- d) áreas de apoio não-assistencial: são as áreas de suporte que não atendem pacientes, como o Recursos Humanos (R.H.) e a Tecnologia da Informação (T.I.).

Figura 1 - Esquema de funcionamento de um hospital



Fonte: Elaborado pelo autor.

Como evidenciado anteriormente, um hospital funciona de forma matricial, pois em um setor com a emergência, por exemplo, há o staff próprio (médicos, enfermagem, demais profissionais da saúde, funcionários administrativos), que mantém o funcionamento ininterrupto. Mas também há interação com os serviços de apoio do hospital, tanto no próprio local (higienização, segurança), bem como setores que apoiam à distância (faturamento, financeiro). Também há profissionais terceiros atuando na emergência, como ocorre com os médicos assistentes e

médicos especialistas, que vêm ao setor para avaliar pacientes. Os pacientes da emergência também utilizam serviços de outros setores, como laboratório e radiologia. Quando internados podem ser transferidos para uma unidade de internação ou CTI. Por fim, pacientes que estão sendo atendidos em qualquer setor do hospital podem, por intercorrências clínicas, ter necessidade de atendimento na emergência, até a estabilização de seu quadro.

Ainda, observa-se que hospitais gerais, compostos por diversos serviços ou especialidades médicas abrigam dois modelos de funcionamento, ora agindo como centros resolutivos e em outros momento com atividades que agregam valor. (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009). Segundo os autores esses dois modelos, em muitos casos, são complementares, pois primeiro o paciente precisa ter diagnosticada sua doença ou problema de saúde, função cumprida por um centro resolutivo para, na sequência, receber o tratamento necessário, executado por um centro que agrega valor. Um centro resolutivo encarrega-se da medicina intuitiva, buscando soluções para problemas não estruturados, necessitando de uma grande gama de diferentes profissionais e equipamentos para diagnosticar doenças de diferentes tipos e especialidades médicas. As atividades hospitalares que agregam valor partem de um diagnóstico firmado, para a realização de um tratamento específico, em geral um procedimento relativamente padronizado, como uma cirurgia cardíaca, podendo um hospital inclusive focar sua atuação em um único procedimento ou em uma única especialidade médica, como ocorre nos hospitais cardiológicos. (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009). Os autores ainda sugerem um tipo de ruptura a nível do serviço médico, usando como exemplo as angioplastias realizadas no serviço de hemodinâmica, onde os procedimentos são realizados de forma pouco integrada, com cada especialista médico (cardiologista, cirurgião vascular, radiologista) atendendo seu paciente de forma independente, apenas utilizando as instalações do serviço de hemodinâmica, ao invés de focar nos pacientes atendidos neste serviço, que são submetidos a procedimentos muito semelhantes (nos vasos sanguíneos), embora realizado em diferentes órgãos do corpo humano. Esse conceito de foco no atendimento ao paciente ou doença a ser tratada vem de encontro com o postulado por Porter e Teisberg (2007), que defendem a estrutura de unidades de práticas integradas (UPIs), que abrangem todo o ciclo de tratamento de um paciente com determinada doença ou condição de saúde.

2.3 Gestão e Modelo de Negócios no Setor de Saúde

O conceito de hospital, como atualmente conhecido, começou a tomar forma no século XVIII, na Europa. (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009). Nessa época, no entanto, a medicina era mais arte do que ciência, pouco havendo para se fazer pelos pacientes, que procuravam os hospitais como um lugar para morrer. A partir do século XX os hospitais começaram a assumir o papel de respeitados centros de pesquisa científica, tecnologia médica, treinamento clínico e assistência especializada, tornando-se capazes de lidar com problemas muito complicados e transformando-se nas mais importantes instituições para o tratamento das enfermidades. (RUTHES; CRISTINA; OLM, 2007).

Entretanto, Christensen, Grossman e Hwang (2009) ressaltam que por questões de regulamentação, contratos e pagamentos, muitas atividades seguem sendo realizadas nos hospitais, ao invés de serem transferidas para locais mais baratos e convenientes. Muitas dessas atividades consideradas pelos hospitais como menos lucrativas, como prevenção, pronto-atendimento e atendimento às doenças crônicas já vêm sendo repensadas nessas instituições. Continua-se necessitando de hospitais, mas, segundo os autores, de um menor número deles, à medida que o progresso científico desloca as doenças da medicina intuitiva para a de precisão.

Em crítica forte ao modelo de atendimento baseado no conceito de “job shop”, ou seja, atender todas as especialidades e níveis de complexidade, orientando-se apenas pela demanda de serviço, como em uma oficina, Christensen, Grossman e Hwang (2009) observam que fazer tudo para todos nunca foi uma proposição de valor viável para um modelo de gestão bem sucedido. No entanto, essa continua sendo a proposição de valor que os administradores dos hospitais gerais utilizam, mesmo sendo o diagnóstico e o tratamento proposições de valor diversas. Os hospitais se preocupam em oferecer todo o tipo de serviço, para serem um local único de atendimento, mesmo que isso tenha pouco impacto junto aos pacientes que estão mais preocupados com experiência, escala e domínio no serviço necessário. (PORTER; TEISBERG, 2007).

Christensen, Grossman e Hwang (2009) defendem a separação dos papéis em diferentes unidades. Grandes hospitais gerais podem ser centros resolutivos. Esses centros encarregar-se-ão dos casos mais complexos, com diversas

especialidades médicas trabalhando em conjunto. Assim fica mais fácil chegar a um correto diagnóstico, por exemplo. Um diagnóstico preciso garante que vidas sejam salvas e dinheiro seja economizado. Esses centros resolutivos devem ser remunerados pelos seus resultados. Já as clínicas com processos que agregam valor (ou hospitais especializados) serão focados em determinado procedimento, uma cirurgia de quadril, por exemplo. Segundo o autor esses centros, em geral, têm melhores resultados com menores custos, devendo ser remunerados pelo sistema de pagamento por serviço prestado. Os pacientes mais complexos serão deixados para os centros resolutivos.

Em uma segunda ruptura, Christensen, Grossman e Hwang (2009) defendem que os serviços sejam levados ao consumidor, como já foi feito em outras indústrias (os computadores pessoais levaram a computação para os lares de todos). Médicos e enfermeiros poderão executar exames e procedimentos, hoje centralizados, em um consultório, por exemplo. As redes facilitadoras, onde profissionais e pacientes trocam experiências precisariam, no entanto, remunerar seus coordenadores com base no sistema de pagamento por adesão.

Na maioria dos países a competição existente na assistência à saúde impele os atores a transferirem custos e criar uma competição cujo foco não é o valor ao paciente, mas sim a redução de custos sem que exista agregação de valor ao paciente. O único caminho para um mercado de saúde eficiente e competitivo, sendo que a solução para a crise, ironicamente, está em trazer de volta o foco do sistema de saúde para a saúde. (PORTER; TEISBERG, 2007). O objetivo deveria ser aumentar o valor para os pacientes com maior qualidade de resultados em relação ao dinheiro gasto. Eliminar desperdícios e serviços desnecessários é benéfico, mas não deve haver restrição no cuidado ao paciente ou redução de sua qualidade.

Segundo os autores, competição em resultados significa que todos os envolvidos, serviços hospitalares, planos de saúde e fornecedores que alcançarem os melhores resultados serão recompensados e os demais ou perderão negócios ou terão que deixar de prestar determinados serviços. É a forma de fugir do vigente “jogo de soma zero”, em que um ator busca transferir os problemas (e os custos) para os demais e o paciente sempre sai perdendo. A obrigatoriedade da mensuração de resultados talvez seja o passo mais importante de todos para um melhor funcionamento do sistema de saúde. Nesse sentido, torna-se necessário

migrar os pacientes para os prestadores que apresentam melhores resultados, criando um círculo virtuoso pela maior escala, eficiência e experiência.

Já segundo Christensen, Grossman e Hwang (2009), o fato do serviço prestado por hospitais e médicos não ser mensurado não se deve à falta de empenho dos mesmos e sim ao fato dessa mensuração não ser possível, visto que foram reunidos sob o mesmo teto modelos de gestão fundamentalmente distintos, com métricas de valor e pagamento incompatíveis.

Sobre a verticalização do atendimento em saúde, tema cada vez mais discutido no Brasil (AGNELLI, 2012), Porter e Teisberg (2007), advogam que existem benefícios na fusão de planos de saúde com prestadores, criando-se uma estrutura verticalizada, especialmente quando a competição de soma zero é a regra, pois essa integração permite que os incentivos sejam mais alinhados. Estudo realizado no Brasil mostrou que há ganhos de eficiência na verticalização de um plano de saúde, com a redução das despesas médicas, levando a uma diminuição do custo de agência. (LEANDRO, 2010).

Porém, existem dois problemas com a integração vertical, segundo Porter e Teisberg (2007). Primeiro, é pouco provável que um sistema integrado contenha os prestadores de maior valor em cada uma das diferentes áreas ou especialidades médicas, sem que se estimule a melhoria do atendimento pela competição entre os prestadores. Em segundo lugar, o modelo verticalizado estimula (a exemplo do sistema de capitação) a redução de custos e limitação dos serviços oferecidos. Já a separação do plano de saúde e do prestador de serviço (como o hospital) estimula a competição para oferecer o melhor serviço ao paciente, pois esses planos de saúde estarão sempre em busca do prestador que melhor atenda seu paciente. Também, gerenciar um plano de saúde é muito diferente de gerenciar um hospital. Por fim os autores concluem que tanto os planos de saúde quanto os prestadores se beneficiarão de uma total separação dos papéis, cada um se dedicando a sua vocação, livres de quaisquer conflitos de interesse.

No sentido apontado anteriormente, Porter e Teisberg (2007) defendem a estrutura de Unidade de Práticas Integradas (UPI), definidas em torno das condições de saúde e não de serviços, tratamentos ou exames isoladamente. Se em um hospital tradicional o paciente circula por diferentes unidades (radiologia, internação, bloco cirúrgico), misturando-se a pacientes com outras condições de saúde, em uma UPI uma grande gama de especialidades médicas é reunida em uma instalação

especializada dedicada ao atendimento de uma determinada doença (ou a uma série de doenças). Nesse cenário, as UPIs devem englobar todo o ciclo de atendimento ao paciente, com um médico e enfermeiro líderes, sendo o atendimento prestado por toda uma equipe, com continuidade mesmo após a alta do paciente, dependendo da sua patologia e necessidades, com conseqüente melhora dos resultados dos tratamentos realizados. Segundo os autores, os prestadores deverão, um dia, cobrar pelo ciclo total de atendimento e esse valor poderá ser comparado com o resultado obtido.

2.4 Planejamento Estratégico

Segundo Drucker (1999), toda organização opera sob uma teoria do negócio, um conjunto de hipóteses que explica qual é o seu negócio e objetivos, como são definidos os resultados e quem são os clientes e a que eles dão valor e como remuneram a organização por isso. A estratégia converte essa teoria em desempenho. Segundo o autor, a incapacidade da organização para produzir os resultados esperados é a primeira indicação séria de que a teoria do negócio precisa ser repensada: o que é uma oportunidade somente pode ser decidido se houver uma estratégia.

A estratégia de uma empresa descreve como ela pretende criar valor para seus acionistas, clientes e cidadãos. (KAPLAN; NORTON, 2004). Na prática não existem duas organizações iguais. Algumas descrevem a estratégia por meio de seus planos financeiros focando aumento de receita e lucro. Outras focam seus produtos e serviços, clientes desejados ou qualidade e processos ou ainda recursos humanos e aprendizado. Dentro de uma mesma organização a estratégia pode ser vista de formas diferentes, com o diretor financeiro preocupando-se com as finanças e o setor de RH com o investimento em pessoas. O risco é de que poucos tenham uma visão holística da organização. (KAPLAN; NORTON, 2004).

Os autores ainda citam que na maioria dos casos o verdadeiro problema não é má estratégia e sim má execução, sendo que a maioria das empresas não é bem sucedida na implementação da estratégia. O mapa estratégico fornece uma maneira uniforme e consistente de descrever a estratégia, facilitando a definição e o gerenciamento dos objetivos e indicadores. O mapa estratégico representa o elo entre a formulação e execução da estratégia. (KAPLAN; NORTON, 2004).

Bossidy e Charan (2005) também ressaltam a importância da execução nas organizações. Executar é um conjunto específico de comportamentos e técnicas que as empresas precisam dominar para terem vantagem competitiva. É uma disciplina por si só, pois quanto maior é o envolvimento e dedicação na discussão dos problemas, melhor será a capacidade de resolvê-los. Segundo esses autores, a empresa, para ter sucesso, precisa que seus departamentos trabalhem de forma conjunta esquecendo um passado em que cada unidade da empresa agia de forma independente, como houvesse várias pequenas empresas e não apenas uma, ou seja, o comportamento internamente competitivo é destrutivo, estando o concorrente fora da empresa, no mercado.

A estratégia pode ser caracterizada pela conjugação dos produtos e serviços com os quais a empresa pretende atingir seus objetivos e os dos mercados onde ela pretende operar. É a mobilização de todos os recursos da empresa no âmbito global, visando atingir objetivos de longo prazo. (MOYSÉS FILHO et al., 2010). E o planejamento estratégico tem como finalidade última buscar a perenidade da empresa, ou seja, a contínua relação da mesma no ambiente no qual está inserida, proporcionando simultaneamente robustez e flexibilidade. É como se a empresa passasse a usar uma lente bifocal através da qual ela consegue enxergar longe (o futuro) e perto (o presente). (MOYSÉS FILHO et al., 2010).

Porter introduziu, na década de 1980, um conjunto de conceitos sobre o qual construir e não uma estrutura integrada por si mesma (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010), sendo os conceitos mais importantes o de análise competitiva, o conjunto de estratégias genéricas e a noção de cadeia de valor. A organização sofre influência de cinco forças: a ameaça de novos participantes, o poder de barganha dos fornecedores e dos clientes da empresa, a ameaça de produtos substitutos e dos concorrentes, sendo que as peculiaridades dessas forças, explicam a adoção de determinada estratégia por parte da empresa. (PORTER, 1979). Quanto às estratégias das empresas, o autor afirmou que existem dois tipos básicos, baixo custo ou diferenciação, que combinadas com o escopo da empresa (foco amplo ou nicho), produzem quatro estratégias genéricas. (PORTER, 2004). Em relação à cadeia de valor da empresa, Porter sugere que a empresa pode ser desagregada em atividades primárias e de apoio, sendo a cadeia de valor uma maneira sistemática de avaliar o desempenho e interação entre as várias atividades.

Já o conceito de visão baseada em recursos (RBV, na sigla em inglês), traduz a empresa como um pacote de recursos tangíveis e intangíveis (BARNEY, 1991), transformado em um sistema único pela rede de interpretações comuns. (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010). Segundo Barney são recursos estratégicos o valor, a raridade, a inimitabilidade e a substitutibilidade. O conceito transforma a formulação da estratégia em administração da cognição coletiva, interferindo na forma como a organização é planejada e nos pesos relativos entre diferentes elementos internos à organização, para fazer frente aos elementos a ela externos.

Uma empresa frequentemente tem que parar de crescer ininterruptamente para organizar as unidades de negócios já existentes. Há evidências de casos que não geraram bons resultados, quando a preocupação das empresas é apenas crescer, sem haver um necessário realinhamento ou rearranjo das novas estruturas. (BOSSIDY; CHARAN, 2005).

É nesse contexto que se inserem os modelos de planejamento estratégico. Independente do modelo estratégico adotado, a empresa deve ter flexibilidade para se adaptar, reagir ao mercado e aos concorrentes e antever alternativas que promovam sua sustentabilidade e competitividade. Nesse sentido, segundo Charam e Bossidy (2005), um plano estratégico é mais do que números, sendo o mais importante a existência de ideias claras e específicas. O plano deve avaliar o ambiente externo, o conhecimento da empresa sobre os clientes e mercados existentes, entender a melhor forma de crescer com rentabilidade, conhecer os concorrentes e executar a estratégia proposta. Também é importante pesar se as perspectivas de curto, médio e longo prazos estão equilibradas. Os autores ainda citam a importância de se escolher as ideias certas, evitando que as empresas escolham os negócios errados, entrando em mercados que não tem expertise ou ainda abraçando mais oportunidades que a empresa tem capacidade de atender.

Existem centenas de modelos de planejamento estratégico (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010), termo surgido na década de 1970, porém a maioria se reduzindo às mesmas ideias. A maioria baseia-se no uso do modelo SWOT, dividindo-o em etapas claramente delineadas, com atenção à fixação de objetivos no início e à elaboração de orçamentos e planos operacionais no final. Uma vez estabelecidos os objetivos, parte-se para a avaliação das condições internas e externas (auditorias). Mais recentemente surgiram avanços no planejamento como o

planejamento por cenários, uma ferramenta que ajuda a tomar decisões em meio à incerteza (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010), as chamadas opções reais. Quando o montante a ser investido em um negócio é calculado a decisão seguinte é investir ou não investir em uma estratégia de tudo ou nada, com as opções reais apresentando uma terceira alternativa. Uma empresa pode pagar para ter acesso privilegiado a uma tecnologia para, então, decidir se a usará ou não. Por fim há o controle estratégico, um modelo híbrido entre o planejamento estratégico e o controle financeiro, com uma autonomia das unidades de negócios, responsáveis pela estratégia, porém com a necessidade de aprovação pela direção central dessas estratégias. (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) questionam o planejamento estratégico que, segundo eles, na maioria dos casos, pouco teria a ver com estratégia. Seria melhor nominado como programação estratégica, formalizando as consequências das estratégias desenvolvidas por outros meios. Bossidy e Charan (2005) também atentam para o fato de muitos planos estratégicos não se relacionarem adequadamente com a operação, pois não abordam como obter os resultados necessários. Já as empresas que os executam de forma adequada tendem a apresentar um processo operacional consistente, ligando estratégias e pessoas a resultados, na visão desses autores. A estratégia define aonde um negócio quer ir e o processo de pessoal define quem leva o negócio até lá, sendo que o plano operacional indica o caminho para as pessoas, decompondo o resultado de longo prazo em metas de curto prazo. Os autores enfatizam a necessidade absoluta do envolvimento do líder da empresa nos processos-chave, conhecendo intimamente o negócio, sendo responsável pela supervisão da transição direta da estratégia para a operação.

2.5 Plano de Negócios (Business Plan) na Área de Saúde

Plano de negócios é um documento usado para o planejamento e comunicação da empresa com seus públicos: interno (gestores e funcionários) e externo (fornecedores, clientes estratégicos e demais *stakeholders*). (DEUTSCHER, 2010). Um plano de negócios proporciona um norte ao empreendedor, auxiliando a empresa a criar métricas para acompanhar adequadamente o seu crescimento. O

plano de negócios se justifica quando o empreendedor tem um objetivo claro a atingir. (DORNELAS, 2013).

O plano de negócios é uma alternativa para a criação de um negócio, principalmente quando esse empreendimento já tem um passado, ou seja, é uma ferramenta mais adequada quando se parte de certezas. (SALIM, 2012). Segundo Osterwalder e Pigneur (2011), o propósito de um plano de negócios é descrever e comunicar um projeto e a forma de implementá-lo. A motivação para sua realização pode ser vender um projeto para investidores externos ou para a própria organização. O plano de negócios também pode servir como guia de implementação.

Segundo Brandt et al. (2009), o plano de negócios baseado em evidências é um processo cíclico que inclui uma avaliação inicial (análise SWOT - na sigla em inglês para representar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças), que identifica processos que não estão funcionando bem, oportunidades para melhoria, e áreas com ameaças percebidas ou reais para a organização. Também é recomendada a revisão de literatura, visando a coleta de dados empíricos que possam suportar as recomendações e o planejamento estratégico, que reforça três princípios-chave: missão, visão e valores comuns, objetivos e resultados em comum e comprometimento com o plano de ação. Por fim, o plano de negócios deve incorporar os achados da análise SWOT e da revisão da literatura e o processo contar com a presença de pessoas de todos os níveis da organização.

Bossidy e Charan (2005) ressaltam que a crença de que os lucros seguem a receita, que leva a ideia que uma empresa só precisa de mais negócios para ganhar mais dinheiro, é uma fórmula para alocar mal as receitas. Os autores citam uma empresa que fez um grande investimento na Indonésia, sem conhecer o país, com resultados muito abaixo do esperado. Autorizar um investimento assim sem que a empresa saiba gerenciá-lo representa, na visão desses autores, uma receita de fracasso.

Reed e Brunson (2011), ao decidir sobre o investimento na construção de um novo negócio na área médica (centro de terapia de prótons para o tratamento do câncer), observam que há vários riscos inerentes ao próprio negócio: o risco do mercado (deve haver um mercado grande o suficiente para o negócio); o risco das pessoas (é melhor um empreendedor classe A e um plano de negócios classe B, do

que o oposto); o risco da tecnologia (que pode tornar-se obsoleta); e o risco financeiro.

Segundo Deutscher (2010), um plano de negócios em saúde deve conter as seguintes etapas, como ilustrado na Figura 2:

- 1- Resumo da oportunidade, na qual se deve explicitar a razão pela qual o investimento deve acontecer. A oportunidade sempre vem com uma mudança no ambiente externo à empresa, sendo a ausência de entendimento dessa premissa um erro frequente nos planos de negócios. É muito difícil justificar um investimento apenas com um desenvolvimento interno. As mudanças no ambiente externo podem ser resumidas como:
 - Novas tecnologias: ruptura tecnológica;
 - Alteração do perfil demográfico da população: mudança incremental, em geral, sem haver ruptura, como no aumento da expectativa de vida da população e conseqüente aumento no número de idosos;
 - Alteração de comportamento da sociedade: um aumento da conscientização a respeito da conservação do meio ambiente, por exemplo;
 - Alteração legal: alguma alteração de marco regulatório;
 - Alteração política: tanto no país quanto no exterior, como o grande crescimento chinês das últimas décadas, que teve impacto em todo o mundo;
 - Alteração econômica: relacionada à atividade econômica do país e às assimetrias em relação aos outros países;

- 2- Análise do mercado, que examina como o mercado se movimenta perante a oportunidade. Para um panorama do mercado deve-se responder às perguntas:
 - Que problema será resolvido? O problema deve ser identificado, analisando-se como ele está sendo resolvido no momento e qual a nova proposta de solução para esse problema;
 - Quem tem esse problema? Visa identificar se é um mercado amplo ou de nicho. O usuário pode ser pessoa física, empresas ou governo;

- Qual o tamanho do mercado potencial? Deve-se utilizar fontes confiáveis para essa análise. Quanto mais acurada a informação, melhor.

Na dinâmica do mercado e análise da concorrência, usam-se as cinco forças de Porter (PORTER apud DEUTSCHER, 2010): competidores do negócio, clientes, novos entrantes, fornecedores e substitutos. Na análise de ameaças e oportunidades, pode-se usar a análise SWOT (na sigla, em inglês, forças, fraquezas, oportunidades e ameaças).

3- Análise da organização, pela qual se inspeciona o ambiente interno, como missão, visão, valores, trajetória e recursos. Dentro da trajetória deve ser identificado o 'DNA' (ou competências chave) da empresa. No caso de uma organização nova será destacada a trajetória dos empreendedores. Também deve-se identificar os principais produtos e serviços a serem oferecidos, os principais clientes, as alianças e parcerias e a governança corporativa. Dentre os recursos destacam-se os ativos tangíveis e intangíveis e as competências (conhecimento e habilidades) dos gestores e demais empregados da empresa.

4- Elementos do marketing e proposição de valor, com foco na oferta da empresa (atributos/preço).

Com relação aos elementos de marketing, deve-se levar em conta os 4 Ps (produto, praça, promoção e preço):

- Produtos e serviços: uma ferramenta útil é a matriz BCG, que enquadra os produtos como Oportunidades (novos produtos que consomem caixa e rendem pouco, de alto risco), Estrelas (estão em crescimento, perto do ponto de equilíbrio financeiro), Vaca Leiteira (geradores de caixa, com pouca necessidade de investimentos, mas risco de obsolescência) e Cachorros de Estimação ou Abacaxis (produtos ou unidades de negócios que se tornaram obsoletos e devem ser descontinuados);
- Distribuição (praça): pode-se utilizar a matriz produto X mercado (ANSOFF, 1977). Vai da estratégia mais conservadora (produto atual no mercado atual – penetração), à mais agressiva (produto novo em

mercado novo – diversificação), passando por duas estratégias de risco intermediário (novos produtos em mercados atuais e produtos atuais em novos mercados);

- Promoção: a forma de avisar os clientes que a empresa existe ou está lançando novos produtos; e
- Preço: deve-se examinar os custos, o mercado e a elasticidade do preço, calculando-se o ponto de equilíbrio.

A proposição de valor, por sua vez, é o produto ou serviço que a empresa pretende entregar ao mercado, traduzindo uma escolha entre o conjunto de atributos oferecidos aos clientes e o preço que a empresa pretende cobrar por isso.

- 5- Modelo de negócios, estratégia e plano de ação, com referência ao posicionamento a ser adotado pela empresa. Em relação ao modelo de negócios, Deutscher (2010) recomenda utilizar a cadeia de valor de Porter (PORTER apud DEUTSCHER, 2010). A posição que a empresa ocupa na cadeia de valor ajuda a entender seu plano de negócios. Uma empresa pode estar presente em todas as fases ou terceirizar parte da cadeia. O planejamento estratégico irá resumir as fases anteriores, preparando a base para as projeções financeiras. O plano de ação mostra o cronograma de execuções propostas.
- 6- Plano financeiro. O plano financeiro tratará dos investimentos necessários ao negócio, o fluxo de caixa previsto e as estimativas de retorno financeiro do investimento (*valuation*).

Figura 2 - Plano de Negócios

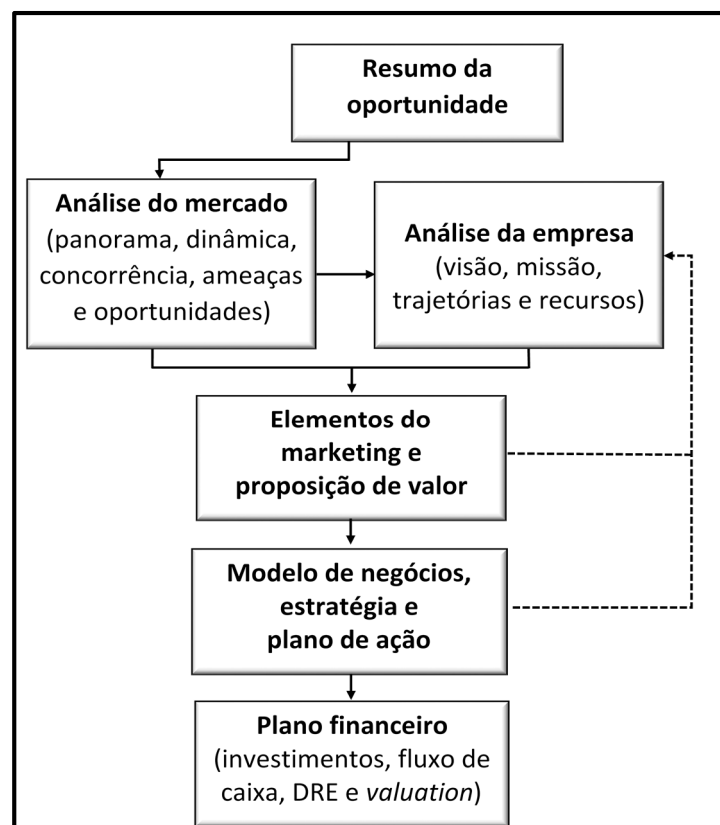
Fonte: Deutscher (2010).

2.6 Modelo de Negócios (*Business Model*) na Área de Saúde

Inserido na perspectiva da seção anterior, o Business Model explica como uma empresa funciona e cria valor, como será o modelo de receita e de que forma as áreas e processos de negócios se relacionam com o objetivo de que a empresa funcione, gerando valor aos clientes. (DORNELAS, 2013).

2.6.1 Conceito de Business Model

O Business Model é uma alternativa para se planejar o futuro empreendimento quando não se tem bem claro quem é o cliente ou qual é seu principal problema (“job to be done”), ou quando não se sabe qual é a solução mais adequada, ou seja, quando há dúvidas sobre qual a melhor oferta para uma demanda não identificada. O Business Model é, portanto, uma boa ferramenta quando se parte de incertezas. (SALIM, 2012).



Como evidenciado na seção anterior, plano de negócios e Business Model podem ser complementares. Nesse sentido a execução do plano de negócios seria realizada após a validação do Business Model. (ZUINI, 2011).

Segundo Christensen, Grossman e Hwang (2009), a saúde continua cara e inacessível por falta de inovação dos Business Models: ao invés de perguntar como é possível pagar pelo atendimento em saúde, dever-se-ia perguntar como tornar esse atendimento mais adequado. Os autores defendem a tese de que se deve passar de um modelo de inovação sustentável, em que produtos melhores e mais inovadores podem ser vendidos por maiores preços, para um modelo de inovação disruptiva, em que haja novos modelos mais adaptados a real necessidade do consumidor, com um custo menor.

Na visão de Christensen, Grossman e Hwang (2009), há três alternativas de Business Models em saúde:

1. solucionadores, ou centros resolutivos (como as empresas de consultoria): seu propósito é diagnosticar e recomendar soluções para problemas não estruturados. Seu recurso mais importante são as pessoas (especialistas). A cobrança tradicionalmente é por serviço prestado;
2. agregadores de valor, ou organizações com processos que agregam valor (como as montadoras de automóveis): transformam insumos (pessoas, materiais, energia) em produtos de maior valor. O trabalho tende a ser realizado de maneira repetitiva, há menor dependência dos instintos das pessoas. A capacidade de gerar valor está mais incorporada a processos e equipamentos. O lucro ocorre a partir do resultado de seus produtos ou serviços;
3. facilitadores de rede (sites de venda como o eBay): são as empresas que organizam, viabilizam e mantêm a operação efetiva das diversas redes, com lucros oriundos de taxas (sócios) ou cobrança das transações realizadas.

Para Christensen, Grossman e Hwang (2009), a saúde em geral se comporta como solucionador, mesmo nas situações em que esse não é o melhor modelo. Ao separar os modelos, com parte do processo sendo feita com a lógica dos agregadores de valor ou facilitadores de rede, o custo pode cair até 60%, estimam os autores. Hospitais focados no atendimento de certas patologias, como doenças

cardiológicas, ou cirurgias oftalmológica e ortopédica são exemplos de instituições da área da saúde atuando como agregadores de valor.

Um fator que distingue um modelo ou *framework* de uma simples lista de componentes é a presença de uma relação entre esses componentes. (WHETTEN apud LAMBERT, 2012). Há três grupos de usuários do modelo: gestores, profissionais de TI e *stakeholders* externos. Em particular, os gestores necessitam de um modelo que promova o entendimento e a comunicação da lógica dos negócios na empresa. (LAMBERT, 2012). Segundo a autora, quanto mais abstrato o conceito por trás de um Business Model, mais versátil e adaptável ele é, porém com risco de ser tão amplo que o torne sem sentido. Por outro lado um conceito pouco abstrato perde o potencial de universalidade. Ainda segundo a autora, dos vários modelos de Business Models existentes, o Business Model (Canvas) de Osterwalder e Pigneur (2011), além de apresentar unidades de análises mais balanceadas, tem um foco múltiplo, que o torna um dos mais versáteis entre o vários Business Models existentes.

Se a discussão trazida até esse ponto sobre Business Model, mais conceitual, enfocou a conceitualização e tipologia do Business Model, com autores como Christensen, Grossman e Hwang (2009) discutindo quando uma empresa deve utilizá-lo na criação de um novo negócio, outros autores como Osterwalder e Pigneur (2011) trazem uma visão voltada para a utilização prática do Business Model, buscando a formatação de um framework que auxilie uma empresa a planejar novos negócios. Já o presente trabalho, embora tenha um objetivo de criar um método prático para a aplicação de um modelo (SBModel) para a implementação de novos serviços de saúde, procura também abordar e discutir questões teóricas relativas ao Business Model.

2.6.2 Modelos práticos para aplicação do Business Model

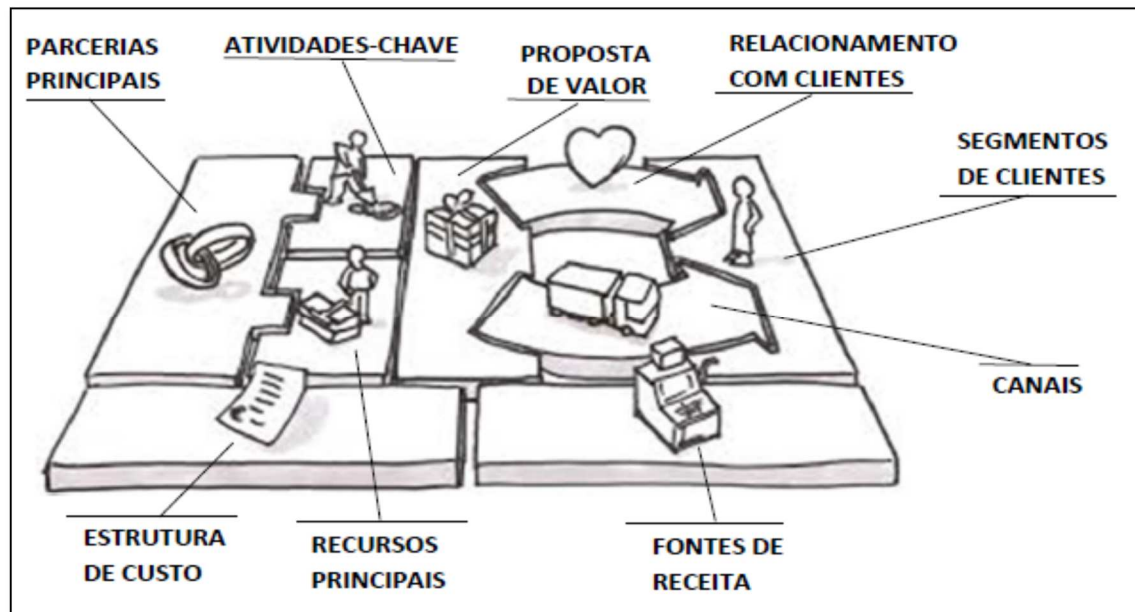
Osterwalder (2004) apresentou em sua tese de PhD um modelo de plano de negócios chamado Business Model Ontology, ilustrado no Quadro 1. Em 2011, Osterwalder e Pigneur lançaram o livro Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011), que consolida a ideia de um framework para criação de negócios, cujo tabuleiro de trabalho (canvas) aparece na Figura 3.

Quadro 1 - Business Model Ontology

Pilar	Blocos de Construção do Business Model	Descrição
Produto	Proposta de Valor	Uma Proposição de Valor é uma visão geral do conjunto de produtos e serviços de uma empresa que são valiosos para o consumidor.
Interface com o Consumidor	Consumidor Alvo	O Consumidor Alvo é um segmento de consumidores que a empresa visa oferecer valor.
	Canal de Distribuição	Canal de Distribuição é um meio de se entrar em contato com o consumidor.
	Relacionamento	Relacionamento descreve o tipo de ligação que a empresa estabelece com o consumidor.
Gerenciamento de Infraestrutura	Configuração de Valor	Configuração de Valor descreve o conjunto de atividades e recursos, necessários para a criação de valor ao consumidor.
	Capacidade	Capacidade é a habilidade de executar um padrão reproduzível de ações, necessário para que se crie valor para o consumidor.
	Parceria	Parceria é um acordo cooperativo, voluntariamente iniciado entre duas ou mais companhias, visando a criação de valor para o consumidor.
Aspectos Financeiros	Estrutura de Custo	Estrutura de custo é a representação monetária de todos os meios empregados no Business Model.
	Modelo de Receita	O Modelo de Receita descreve o modo que uma empresa ganha dinheiro através de uma variedade de fluxos de receita.

Fonte: adaptado de Osterwalder (2004).

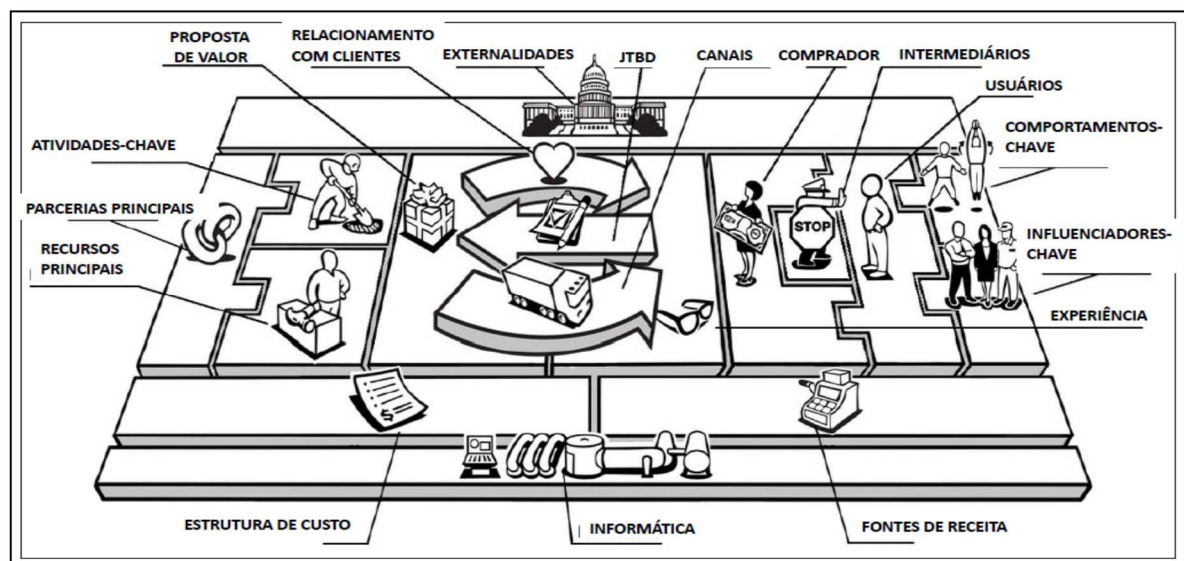
Figura 3 - Business Model Generation (canvas)



Fonte: Osterwalder e Pigneur (2011).

Kevin Riley e associados (RILEY, 2013), adaptaram o framework do Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) especificamente para a área da saúde no contexto dos Estados Unidos, ampliando de nove para dezessete os “blocos” do canvas e integrando aspectos do conceito de valor compartilhado de Porter e do conceito de “jobs-to-be-done” (JTBD) de Clayton Christensen. (RILEY, 2013). Esse modelo é denominado ModelH, e seu canvas é apresentado na Figura 4.

Figura 4 - ModelH



Fonte: Riley (2013)

Como esperado, analisando os modelos Business Model Generation – Canvas (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) e ModelH (RILEY, 2013) percebe-se uma série de convergências e algumas diferenças em função do foco do ModelH na área da saúde (RILEY, 2013). Ambos iniciam seus modelos com a descrição do **segmentos de clientes**, que o Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) define como sendo os diferentes grupos de pessoas ou organizações que uma empresa busca alcançar e servir, sendo os clientes o âmago de qualquer plano de negócios. Para poder atendê-los a empresa precisa agrupá-los, podendo um Business Model servir a um ou vários segmentos. Já para o ModelH (RILEY, 2013), o segmento consumidor divide-se em dois, os **usuários do serviço**, ou para quem estamos criando valor e o **pagador**, que é quem paga pelo valor criado, podendo ele também ser o usuário.

A **proposta de valor** está presente em ambos os modelos e traduz o valor que se está entregando ao cliente ou o problema que se está ajudando a resolver. É o pacote de produtos e serviços que criam valor para um segmento de clientes específico. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011).

No ModelH há ainda os **intermediários**, que afetam como a proposta de valor é vista e paga pelo pagador (RILEY, 2013), e, os **JTBD** (trabalhos a fazer, na tradução em português), que são os objetivos de alto nível que os usuários e pagadores perseguem. Também no ModelH os **comportamentos-chave** refletem as atividades necessárias aos usuários para que completem seus JTBD e os **influenciadores-chave** afetam o entendimento do usuário em completar seus JTBD. (RILEY, 2013).

Ambos modelos trazem o **canais** que descrevem a forma como uma empresa se comunica e alcança seus clientes, tendo cinco fases: conhecimento, avaliação, compra, entrega e pós-venda. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). Os canais são também a forma como uma empresa leva sua proposição de valor ao mercado. (RILEY, 2013).

O **relacionamento com o cliente** também aparece nos dois modelos de Business Model, representando o tipo de relacionamento cada um dos segmentos de clientes espera ter com a empresa (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) ou ainda pode ser definido como a conexão que a empresa cria com seus usuários e pagadores (RILEY, 2013). O ModelH traz também a **experiência**, forma como os

usuários e pagadores percebem os canais e o relacionamento com o consumidor. (RILEY, 2013).

Fontes de receita é um bloco comum a ambos os modelos, sendo definida como os valores que os clientes estão realmente dispostos a pagar e a forma como o fazem, bem como o quanto cada fonte de receita contribui para o seu total (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011), ou ainda a forma como a empresa fatura através de seus clientes.

O componente **recursos principais** descreve os recursos mais importantes para se fazer um Business Model funcionar, sendo categorizados como: físico, intelectual, humano e financeiro. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). Os recursos principais são os atores internos necessários para entregar a proposição de valor. (RILEY, 2013).

As **atividades-chave** retratam as ações mais importantes que uma empresa deve realizar para que seu Business Model realmente funcione (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) ou para criar uma proposta de valor. (RILEY, 2013).

O componente **parcerias principais** descreve a rede de fornecedores e parceiros que põem o Business Model para funcionar. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). São os atores externos necessários para entregar a proposta de valor (RILEY, 2013).

Por fim a **estrutura de custo** explicita todos os custos envolvidos na operação do Business Model (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011), sendo os mais importantes motores financeiros de um Business Model. (RILEY, 2013).

Em relação aos dois modelos de business model apresentados, Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) e ModelH (RILEY, 2013), o primeiro mostra-se muito simplificado para a realidade dos serviços médicos, visto que mostra uma relação direta entre o cliente e a proposta de valor da empresa (através dos canais e relacionamento com o cliente). Essa limitação foi captada por Riley (2013), que adaptou o canvas, originado o ModelH. Esse modelo, entretanto, também mostra-se de difícil aplicação na realidade dos serviços médicos brasileiros, pois destaca fatores como externalidades, informática, e influenciadores, pouco relevantes no cenário brasileiro de serviços médicos e não mencionando diretamente planos de saúde (que trata como comprador) e médicos assistentes, que têm marcada importância no cenário local

de saúde. Nos hospitais privados brasileiros, ao contrário dos norte-americanos, os médicos são geralmente autônomos, em modelo de corpo clínico aberto e não contratados da instituição. (ANAHP, 2013).

2.6.3 Utilização do Business Model Generation

O Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) sugere, então, que se organize os nove componentes no canvas (Figura 3). Este canvas pode ser utilizado como base para um *brainstorming* no design do Business Model.

Quanto à estratégia, Osterwalder e Pigneur (2011) sugerem quatro abordagens:

- a) ambiente de modelo de negócios: análise das forças de mercado (análise de mercado), forças da indústria (análise competitiva), tendências principais (previsão) e forças macroeconômicas (análise macroeconômica);
- b) avaliação do modelo de negócios: pela matriz SWOT;
- c) uso da estratégia do Oceano Azul sob a ótica do modelo de negócios, buscando criar mais valor, eliminando custos. O foco está nos fatores que podem ser reduzidos ou eliminados e nos fatores que devem ser elevados ou criados; e
- d) gerenciamento de múltiplos modelos de negócios: que aborda estratégia de empresas com mais de um modelo de negócios ocorrendo simultaneamente.

Em relação ao processo do Business Model, Osterwalder e Pigneur (2011) o dividem em 5 fases:

- a) mobilização, quando ocorre a preparação do cenário;
- b) compreensão, uma imersão no projeto;
- c) design, que pode ocorrer em paralelo com a compreensão, quando a melhor opção entre os possíveis Business Models é escolhida;
- d) implementação, a execução do projeto; e

e) gerenciamento, quando ocorre o monitoramento, avaliação e adaptação do Business Model em resposta ao mercado.

Por fim um plano de negócios pode ser feito após o término do Business Model (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011), complementando-o. Os autores sugerem que a estrutura deste plano de negócios, com seis seções:

- a) equipe: equipe de gestão responsável pelo plano de negócios;
- b) business model: o próprio canvas do Business Model;
- c) análise financeira: retorno do investimento;
- d) análise do ambiente externo: forças do mercado, indústria, macroeconômicas e tendências principais;
- e) plano de implementação: como implementar o Business Model; e
- f) análise de risco: pela matriz SWOT.

Observa-se que há uma congruência com os elementos apresentados previamente, na seção 2.5.

2.7 Síntese do Referencial Teórico

Esta seção finaliza o referencial, apresentando uma síntese dos principais conceitos a serem utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa. O Quadro 2 apresenta um resumo dos principais tópicos abordados e as respectivas referências, bem como uma descrição resumida da relação desses assuntos e de seus objetivos perante o presente trabalho.

Quadro 2 - Síntese do Referencial Teórico

(continua)

Tópicos	Descrição	Objetivos	Referências
O Setor de Saúde Brasileiro	Origem e evolução do setor saúde no Brasil (SUS e planos saúde).	Situar os planos de saúde como complementares ao SUS, sob forte regulamentação da ANS. Explicitar o contexto brasileiro	ANS (2014) ANAHP (2010, 2013)
Estrutura Organizacional e Serviços Hospitalares	Descrição do modelo de funcionamento e da organização interna de um hospital e seus serviços.	Conceituar Serviço Médico e representar sua relação com demais áreas do hospital.	Christensen, Grossman e Hwang (2009)
Gestão e Modelo de Negócios no Setor de Saúde	Medicina como arte (visão antiga). Foco no médico e nas especialidades médicas	Mostrar os diferentes modelos de funcionamento dos serviços de saúde, discutindo-se a ideia de um hospital prestar todos os tipos	Christensen, Grossman e Hwang (2009)

	Gestão em saúde (nova visão). Foco no paciente – Unidades de Prática Integrada (UPIs).	de serviço em saúde, bem como a verticalização na saúde.	Porter e Teisberg (2007)
--	----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------

(conclusão)

Tópicos	Descrição	Objetivos	Referências
Planejamento Estratégico	Criação de Valor nas Empresas; Execução da estratégia.	Entender a importância da cultura de cada organização na concepção de sua estratégia. Ligar essa estratégia a uma boa execução.	Drucker (1999) Kaplan e Norton (2004) Mintzberg (2010) Porter (1980, 1985) Charam e Bossidy (2010)
Plano de Negócios (Business Plan) na Área de Saúde	Instrumentalização de objetivos claros a atingir. Forma de se comunicar um projeto.	Descrever o passo-a-passo de um plano de negócios, utilizando-o como ferramenta para criação de novos negócios.	Osterwalder e Pigneur (2011) Charam e Bossidy (2010)
Business Model	Explicação de como uma empresa cria valor, conceituando os diferentes tipos de Business Models; Instrumento para quando se parte de incertezas.	Conceituar o Business Model, com ênfase no Business Model Generation, visando sua utilização na criação de novos serviços.	Osterwalder e Pigneur (2011) Christensen, Grossman e Hwang (2009)
ModelH	Business Model para área da saúde nos Estados Unidos.	Destacar as diferenças existentes entre esse modelo e o Business Model Generation, com vistas à sua aplicação na área da saúde.	Riley (2013)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Essa análise sustenta o potencial de se estabelecer um método apropriado para prestadores de serviço hospitalares privados brasileiros. A crítica que se estabelece aos modelos anteriormente apresentados é continuação da compreensão que sustenta a proposição desta pesquisa. Os mesmos não são estabelecidos com base no sistema de saúde brasileiro, requerendo, portanto, adaptações.

3 METODOLOGIA

O conhecimento científico, produto da investigação científica, surge não apenas pela necessidade de se encontrar respostas aos problemas de ordem cotidiana (característica do senso comum), mas pelo desejo de fornecer explicações sistemáticas e que possam ser testadas e criticadas através de provas empíricas e da discussão intersubjetiva. (KÖCHE, 1997). O autor ainda refere que a investigação científica se inicia com a identificação de uma dúvida, de uma pergunta ainda sem resposta, sendo o conhecimento existente incapaz de encontrá-la.

3.1 Método de Pesquisa

O método a ser utilizado nesse estudo é orientado pelo paradigma interpretativista, associando a compreensão de um fato a seu contexto e interlocutores, incluindo o pesquisador. Em termos da natureza dos dados e de sua análise, orienta-se como pesquisa qualitativa. A palavra qualitativa implica em ênfase nas qualidades das entidades e em processos e significados que não são experimentalmente medidos ou examinados em termos de quantidade, intensidade ou frequência. A pesquisa qualitativa explora a natureza socialmente construída da realidade, a relação íntima do pesquisador com seu objeto de estudo e as restrições situacionais que moldam a pesquisa. (DENZIN; LINCOLN, 2005).

O método a ser utilizado será baseado nos protocolos da pesquisa-ação. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo, com envolvimento cooperativo dos pesquisadores e dos participantes que representam a situação ou problema. (THIOLLENT, 2011). Uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver uma ação por parte das pessoas envolvidas no problema sob observação, sendo essa ação não trivial, merecedora de investigação para ser elaborada e conduzida. Num contexto organizacional a ação visa frequentemente resolver problemas de ordem técnica como introduzir uma nova tecnologia dentro da organização. O ponto de partida é, em geral, uma demanda da organização-cliente, sendo impossível realizar esse tipo de experiência à revelia dos membros da organização. (THIOLLENT, 2009). Ainda, segundo o autor, na pesquisa-ação os pesquisadores desempenham um papel ativo no

equacionamento dos problemas, buscando também aumentar tanto o seu conhecimento quanto o nível de consciência das pessoas consideradas.

Segundo Thiollent (2011), a pesquisa-ação tem dois tipos de objetivo: um prático, que busca contribuir para a melhor solução para um problema, que considerado central para a pesquisa, chegando-se a uma solução e uma proposta de ações. Essa solução não deve ser encarada como uma panaceia e também nem todos os problemas têm solução de curto prazo. Também há um objetivo do conhecimento, ou seja, a obtenção de informações que seriam de difícil acesso em outro contexto, aumentando o conhecimento sobre determinadas situações. Deve-se tentar manter um equilíbrio entre os dois tipos de conhecimento. Também a pesquisa pode ter um objetivo instrumental, no qual se busca a solução de um problema prático de ordem técnica, limitado a um contexto sociocultural. Eventualmente os problemas não terão uma solução fácil. Nesses casos não há soluções de curto prazo, sendo o objetivo do trabalho exatamente evidenciar essa complexidade. Para pensar de forma complexa necessita-se trabalhar com o objeto em seu contexto. (VASCONCELLOS, 2013).

Na pesquisa-ação os pesquisadores, ao contrário do que ocorre na pesquisa convencional, desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas (THIOLLENT, 2011), buscando também aumentar tanto o seu conhecimento quanto o nível de consciência das pessoas consideradas. O autor lembra que, no contexto organizacional, onde há nítida divisão entre dirigentes e dirigidos, deve-se evitar as ambiguidades para que a pesquisa-ação não tenha seu alcance limitado como utilitarista, o que ocorre quando seus objetivos são impostos pelos dirigentes.

Por fim, no âmbito da pesquisa-ação, embora não exista a necessidade de todas as hipóteses serem testadas estatisticamente, esse raciocínio obviamente não elimina a necessidade da busca de provas. Outrossim, a orienta em um viés qualitativo, ainda que com necessidade de aprovação dos resultados tanto por parte do pesquisador quanto de seus pares. (THIOLLENT, 2011).

3.2 Método de Trabalho

Segundo Thiollent (2011), o planejamento de uma pesquisa-ação é flexível e, ao contrário de outros tipos de pesquisa, não segue uma série de fases rigidamente ordenadas. Inicia por uma fase exploratória, e finaliza com a divulgação dos

resultados. Já os temas intermediários não precisam ser ordenados temporalmente, dado o constante vaivém entre a organização de seminários, coletar os dados, cotejar o saber formal (especialistas) com informal (usuários). Em geral, quando os planejadores da pesquisa estabelecem uma divisão de fases, eles acabam infringindo a ordem em função dos problemas imprevistos que surgem. (THIOLLENT, 2011). Portanto define-se, nesse modo de trabalho, o ponto de partida e o de chegada, traçando um roteiro básico a ser seguido nas fases intermediárias, mas que não tem a pretensão de ser rígido. Desvios e adaptações serão monitorados e registrados, elemento relevante do protocolo de pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011) e posteriormente analisados. Para a realização desta pesquisa, as etapas são estabelecidas e apresentadas a seguir.

3.2.1 Planejamento e Exploração

Segundo Thiollent (2011), a fase exploratória consiste em descobrir o campo da pesquisa, os interessados em participar e suas expectativas, bem como estabelecer um diagnóstico da situação, problemas prioritários e ações necessárias. Segundo o autor, tanto pela grande diversidade das situações quanto pela imprevisibilidade das mesmas, é impossível enunciar regras precisas para organizar os estudos da fase exploratória.

O presente estudo parte do problema relatado para a ação. O trabalho de campo em questão foi desenvolvido, por conveniência, em hospitais privados localizados na cidade de Porto Alegre, objetivando identificar evidências empíricas sobre o método proposto para a criação de novos serviços de saúde. São condicionantes de viabilidade de um estudo dessa natureza, o acesso à organização em nível estratégico-tático e o reconhecimento do pesquisador como interlocutor passível de tratar sobre o tema de planejamento estratégico. Neste sentido, justifica-se a seleção das unidades de campo por conveniência, dado que o pesquisador tem formação em medicina e atuação há sete anos em atividades de gestão médico-hospitalar. Além disso, houve um necessário alinhamento, primariamente com a diretoria dos hospitais participantes, visando estabelecer a real necessidade de criação de novos serviços e também o desenvolvimento de um método claro para que esses serviços fossem sustentáveis, com o necessário alinhamento com planejamento estratégico das instituições. A definição do tema e a estratégia

metodológica deram-se, no caso, pela natureza do problema em questão, a falta de um método claro para a criação de novos serviços médicos nas instituições.

Em um segundo momento levantaram-se as parcerias necessárias, classificadas tanto como imprescindíveis quanto como eventuais. Segundo Thiollent (2011), nesse momento há a necessidade de se detectar apoios e resistências ao projeto. Entre os parceiros havia médicos, chefes dos referidos serviços, supervisores assistenciais (enfermeiros) e funcionários administrativos. Também profissionais que trabalham em serviços de apoio, como os setores comercial e financeiro, e que ajudaram no diagnóstico e montagem da solução final do problema, respectivamente.

Na sequência partiu-se para a definição de quais serviços seriam criados, utilizando como critério as necessidades institucionais, com alinhamento com as suas áreas de ênfase e planejamento estratégico. Para sustentar a execução dos estudos que embasaram o desenvolvimento da proposta de método apresentada neste trabalho, um cronograma de etapas de desenvolvimento mínimo foi estabelecido na etapa anterior. Igualmente, estabeleceu-se que, durante os encontros, seriam feitas anotações em um diário de bordo com a memória das ações dos participantes.

3.2.2 Execução

A execução contempla a etapa de experimentação e desenvolvimento de propostas de ação. A execução contemplou 3 estudos, realizados em dois hospitais de Porto Alegre, um de médio porte (50-199 leitos) e outro de grande porte (200-499 leitos), conforme a classificação apresentada por Cherubin (1997). No hospital 1 foram realizados os dois primeiros estudos e, no hospital 2, o terceiro estudo. No segundo estudo do hospital 1 alguns participantes do primeiro grupo foram convidados para compartilhar suas experiências. No trabalho realizado no hospital 2 somente o pesquisador permaneceu, dos grupos de trabalho anteriores.

Em todos os estudos, durante a execução, diário de bordo foi transformado em relatório, sendo enviado aos participantes antes da reunião seguinte e, portanto, disponível a todos os participantes do estudo podendo ser consultado a qualquer momento. No terceiro estudo, realizado no hospital 2, dado o consentimento dos participantes, alguns encontros foram gravados, para posterior análise.

O estudo piloto, realizado no hospital 1 durante o mês de dezembro de 2013, focou na criação de um Centro de Leucemia. O Centro de Leucemia foi criado dentro do serviço de Oncologia com o intuito de organizar um serviço já existente no hospital em questão, motivado pela contratação de uma nova coordenadora médica, servindo de base para a ampliação da especialidade de onco-hematologia. O Centro de Leucemia foi organizado a partir de um plano de negócios tradicional (DEUTSCHER, 2010) tendo sido implementado no fim de 2013. Participaram do plano de negócios a médica especialista, as equipes de inteligência e financeira do hospital e esse pesquisador.

Após esse trabalho inicial os demais estudos foram realizados de maneira incremental em outros serviços médicos, buscando, pelo aprendizado cumulativo, o refinamento da proposta de Business Model, artefato central resultante deste estudo.

O segundo estudo de aplicação foi realizado também no hospital 1, visando o planejamento de um novo Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica, já utilizando como base o Business Model Generation. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). Participaram de sua elaboração o chefe do serviço, a equipe de inteligência a equipe financeira, o pesquisador e convidados eventuais (funcionários do hospital com interface com a especialidade). Ao final da elaboração desse segundo serviço médico, os membros que participaram de ambos estudos inferiram sobre a evolução metodológica entre ambos e sobre o entrosamento da equipe.

O terceiro estudo foi realizado no hospital 2, e o objetivo foi a reformulação da Unidade Endovascular, que já estava em funcionamento há 3 anos, porém sem planejamento formal prévio. Para esse estudo foi utilizada a versão final do artefato (denominado SBModel em alusão à realidade brasileira de serviços de saúde médico-hospitalares), como apresentado adiante neste volume.

A organização do material originado em cada estudo coube ao pesquisador. O teor do referido material foi, entretanto, discutido em cada encontro subsequente, para que o grupo pudesse opinar sobre o mesmo, validando a percepção relatada pelo pesquisador. A experiência do acompanhamento do trabalho permitiu ao pesquisador e à equipe, propor versões de um método emergente de planejamento de negócios para novos serviços médicos em hospitais privados brasileiros.

3.2.3 Análise e Síntese

Após a execução de cada estudo, com a criação de novos serviços médicos nos hospitais privados participantes, foi feita a análise do material, com o intuito da criação da proposta consolidada do método para a criação de novos serviços hospitalares. Essa análise e gênese do método foi realizada pelo pesquisador e seu orientador. Para tanto, analisaram a evolução dos modelos gerados ao longo da fase de execução do presente estudo e cotejaram os mesmos com os modelos existentes na literatura, em especial com o Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) e o ModelH. (RILEY, 2013).

O método originado, denominado SBModel, em referência à aplicação do Business Model para a elaboração de novos serviços médicos tendo como alvo o sistema de saúde brasileiro, foi então submetido à avaliação de especialistas, para fins de validação de sua versão final e coleta de percepções que subsidiaram a análise e a escrita do documento final da pesquisa.

A escolha dos avaliadores foi feita obedecendo os seguintes critérios:

- a) ter exercido cargo de direção em hospital brasileiro;
- b) ter no mínimo cinco anos de experiência em gestão em saúde; e
- c) ter experiência com criação de novos serviços médicos.

Com base nesses critérios foram escolhidos seis avaliadores de três hospitais da cidade de Porto Alegre, sendo um hospital de médio porte e dois de grande porte. (CHERUBIN, 1997). Esses hospitais são as maiores instituições dedicadas exclusivamente ao atendimento de pacientes com planos de saúde, na cidade.

Um dos avaliadores declinou do convite, tendo sido os cinco demais gestores entrevistados denominados (em ordem cronológica das entrevistas) como gestor 1 a gestor 5. O Quadro 3 apresenta o perfil desses avaliadores.

Quadro 3 - Perfil dos avaliadores

Gestor	Porte do Hospital	Formação	Tempo de experiência em gestão
1	médio	médico	mais de 20 anos
2	grande	médico	10 anos

3	grande	administrador	mais de 20 anos
4	médio	médico	8 anos
5	grande	economista	mais de 20 anos

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos currículos dos avaliadores.

O objetivo dessa validação era entender se esses especialistas conheciam alguma abordagem para planejamento de novos serviços médicos no Brasil e se já haviam presenciado sua utilização. Em relação ao método apresentado, o pretendido era saber se o mesmo seria útil na criação de novos serviços médicos e se a composição do SBModel estava adequada, com a existência de elementos desnecessários ou a necessidade de se acrescentar algum componente. Por fim, havia uma questão aberta estimulando sugestões dos avaliadores.

A validação ocorreu em 3 etapas:

- a) convite para a participação na validação feito por e-mail (Apêndice A), e agendamento das entrevistas. Contatos telefônicos foram feitos quando necessários;
- B) após o aceite, foram enviados aos gestores o material descritivo do SBModel (Apêndice B) e as questões apresentadas no Apêndice C. A escolha das questões (Apêndice C) submetidas com o objetivo de validar o método para o planejamento de serviços médicos no Brasil e o SBModel teve como base a tese de PhD de Osterwalder (2004), que também submeteu seu trabalho à avaliação de gestores e consultores. As questões propostas foram adaptadas ao cenário dos serviços médicos no Brasil;
- c) entrevista com os avaliadores, para a coleta das informações necessárias, no período de 3 de novembro à 4 de dezembro de 2014, com duração entre 36 minutos e 1 hora e 6 minutos. As entrevistas foram gravadas.

3.3 Delimitações

O presente estudo visa, a partir da realização de uma pesquisa-ação, elaborar uma proposta de método emergente para a criação de novos serviços em hospitais privados brasileiros, validando-a qualitativamente. Como é baseado em uma abordagem interpretativista e parte da experiência em hospitais privados, localizados

na cidade de Porto Alegre, sua replicabilidade fica limitada a instituições com características semelhantes, sem a garantia de obtenção dos mesmos resultados.

O método pretende ser um direcionador consistente para organizações que se orientem pela questão norteadora desta pesquisa, não tendo a pretensão de se apresentar como solução definitiva ou exaustiva para essa questão. Segue, portanto, a tendência de modelos similares de planejamento estratégico-tático existentes na literatura sobre o tema, sendo igualmente coerente com a abordagem metodológica utilizada para sua construção. Difere-se, no entanto, por propor uma forma apropriada às características de organizações de saúde privadas brasileiras.

O Business Model Canvas foi selecionado como base por seu foco múltiplo, sendo um dos mais versáteis entre o vários Business Models existentes. (LAMBERT, 2012).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo narra o desenvolvimento das atividades de campo previstas anteriormente, visando descrever como emergiu o método proposto, artefato final desta pesquisa. Divide-se cada aplicação em um relato de andamento da aplicação, seguida de uma seção de análise e discussão. A primeira visa a estabelecer os elementos percebidos e considerados relevantes no desenvolvimento da atividade de execução. A segunda, pontuar os elementos de fragilidade e as oportunidades identificadas para o refinamento do artefato objetivo da pesquisa.

Inicialmente são apresentadas as construções do Business Model do Centro de Leucemias (4.1) e o Business Model do Centro de Pneumologia (4.2), ambos desenvolvidos no Hospital 1. Na sequência é apresentada a validação do método e do modelo (SBModel) propostos (4.3). Posteriormente, apresenta-se a aplicação realizada na Unidade Endovascular, realizado no Hospital 2 (4.4).

4.1 Estudo 1: Business Model do Centro de Leucemias

O projeto do centro de leucemias surgiu do interesse do hospital 1 em aprimorar e ampliar o seu serviço de oncologia. Aliado a esse fato, uma médica hematologista qualificada estava retornando ao Brasil, com interesse em residir e trabalhar na cidade de Porto Alegre, podendo organizar e assumir a chefia de um futuro centro para o tratamento de pacientes com leucemias. A instituição havia identificado uma carência de médicos com esse perfil na região.

4.1.1 Contexto de Aplicação

O Centro de Leucemias serviria como um embrião para um projeto mais audacioso, um centro de transplantes de medula óssea (TMO), serviço então inexistente no âmbito privado, no estado do Rio Grande do Sul. Além disso, embora o tratamento das leucemias já fosse realizado no referido hospital, não havia uma estrutura organizada para suporte ao paciente e ao médico assistente que internava seu paciente para tratamento no hospital, ou seja, não existia uma organização desse grupo de médicos e, tampouco, protocolos institucionais validados. Em dezembro de 2013, o hospital solicitou então ao pesquisador (P1) que fosse

estudada a viabilidade do futuro Centro de Leucemias, no prazo de duas semanas, incluindo também a contratação da equipe médica.

4.1.2 Relato da Execução

Para execução desse projeto foram envolvidos os seguintes participantes:

P1: pesquisador

P2: médico chefe da especialidade de oncologia

P3: médica especialista em hematologia

P4: apoio de B.I. (*business intelligence*)

P5: analista da controladoria

P6: advogada do setor de contratos

P7: diretor executivo do hospital

P8: diretor médico do hospital

P9: diretor financeiro do hospital

Inicialmente P3 havia apresentado, para P1, P2 e P8, um modelo médico de funcionamento do Centro de Leucemias e do Centro de Transplantes de Medula Óssea, já validado, do ponto de vista médico-assistencial, por P8. A partir desse modelo estabeleceu-se o projeto para o novo serviço.

Considerando o contexto, o prazo exíguo e a base de conhecimento estabelecida no hospital foco, foi utilizada a ferramenta tradicional de plano de negócios (DEUTSCHER, 2010) representado na figura 2. Esse método já vinha sendo usado no hospital, embora não para a criação de novos serviços médicos, pois esses não eram concebidos com o auxílio de um método estruturado.

A execução metodológica deu-se por meio de 6 reuniões. As reuniões tinham foco decisório, sendo entremeadas com intervalos temporais que permitiam o desenvolvimento de tarefas pelos integrantes da equipe, preparatórias para as reuniões subsequentes. A seguir são descritos os temas e decisões tratados nas reuniões realizadas.

Primeira Reunião:

Houve um encontro entre P1 e P2 para melhor entendimento do projeto. P2 relatou a importância, para o serviço de oncologia, do desenvolvimento da onco-hematologia, em especial o tratamento das leucemias e o transplante de medula óssea (TMO). Havia a necessidade de se contratar um coordenador médico na especialidade de hematologia como responsável pela organização e posterior chefia dos novos centros que iriam tratar as referidas doenças.

P3 estava retornando ao Brasil, após trabalhar por mais de cinco anos em um serviço de tratamento de leucemias e transplante de medula óssea nos Estados Unidos. P2 entendia que essa médica era a pessoa ideal para a condução dos novos centros.

Como tarefas, ficou, para P1, elaborar um modelo de remuneração para o coordenador médico. P2 apresentou a P1 o código das principais doenças (tipos de leucemias, no caso) que seriam tratadas no centro de leucemias a ser criado. P1 também ficou responsável por levantar o valor recebido pelo hospital no tratamento dessas doenças. Ambos combinaram que P1 seguiria o plano de negócios com P3, consultando P2, se necessário. P2 comprometeu-se a solicitar a P3 que fizesse uma análise do mercado local (cidade de Porto Alegre) e estadual (Rio Grande do Sul), para o tratamento de leucemias, para apresentação na reunião seguinte.

Segunda Reunião:

A reunião iniciou com uma conversa entre P1 e P3. P3 validou as doenças a serem tratadas no centro de leucemias. Basicamente haveria apenas um produto, o tratamento de pacientes com leucemia, em regime de internação. Discutiu-se a necessidade de contratação e treinamento de funcionários especializados em hematologia, necessidade de equipamentos e adequação de área física. Também fez-se uma discussão inicial sobre o modelo de remuneração.

P1 e P3 discutiram o mercado local e estadual (hospitais) para tratamento de leucemia, concluindo não haver, naquele momento, um serviço de referência para tratamento dessas doenças (leucemias), no âmbito privado, no estado do Rio Grande do Sul. P1 e P3 estimaram que o hospital do estudo trataria 20% dos casos de leucemia em pacientes com plano de saúde, residentes no estado, segundo

dados da época. Foi observado que novos pacientes com leucemia poderiam ser atraídos para um centro de excelência no tratamento dessas doenças. Essa percepção deu origem a dois cenários de análise, denominados “realista” e “otimista”.

P1 ficou com a incumbência de elaborar um plano de negócios inicial para ser apresentado a P9, para validação e sequência do projeto.

Terceira Reunião:

P1 apresentou a P9 o plano de negócios, com os dois cenários de análise resultantes da reunião anterior. Após a avaliação, P9 solicitou algumas modificações, como a inclusão de um cenário pessimista, além dos cenários realista e otimista apresentados. Foi também feita a solicitação, por parte de P9, de que o projeto apresentasse o Centro de Leucemias como sendo a fase um de um projeto mais amplo, da Oncologia, em que a fase dois seria o Centro de Transplante de Medula Óssea (TMO). Posteriormente seriam também criados o Centro de Próstata e Centro de Oncologia Gastrointestinal.

Ambos acordaram que não haveria investimentos em obras ou contratação de pessoal (além do gestor, cargo para o qual P3 foi indicada) na fase um e que os treinamentos necessários não seriam contabilizados no plano de negócios, sendo utilizado o valor já orçado no setor de pessoal (DH) do hospital. Também acordou-se que o plano financeiro contraporaria o acréscimo de valor gerado pelos tratamentos de leucemia adicionais com o valor gasto com a contratação de P3 para o cargo de chefia.

Quanto aos cenários, ficou estabelecido que o cenário pessimista mostraria estabilização no faturamento com o tratamento de leucemias no hospital, ou seja, não haveria acréscimo no número de pacientes com a patologia, anualmente tratados no hospital, com a organização do centro de leucemias. O cenário real, por sua vez, mostraria um acréscimo de 15% ao ano (a.a.) no número de pacientes tratados no hospital e o cenário otimista traria acréscimo de 26% a.a. no número de pacientes tratados (dobrando o número de tratamentos a cada 3 anos).

P9 validou o modelo de remuneração com valores de referência a serem apresentados a P3, com uma remuneração fixa e um prêmio por desempenho.

Quarta Reunião:

P1 repassou a P3 o modelo final de plano de negócios solicitado por P9 e a remuneração sugerida. P3 concordou com plano de negócios e com a forma de remuneração, porém solicitou alterações entre as parcelas fixa e variável (prêmio).

Após a reunião, P1 conversou por telefone com P9 sobre a alteração na remuneração solicitada por P3, havendo concordância de P9. P1, então, solicitou a P4 um levantamento dos valores auferidos pelo hospital com o tratamento de leucemias ao longo dos últimos doze meses. Esses valores foram repassados a P5, para elaboração dos cálculos financeiros de retorno do investimento (TIR), *payback* e valor presente líquido (VPL). Os contatos foram realizados por e-mail, com esclarecimentos por conversas telefônicas.

Quinta Reunião:

P1, P4 e P5 reuniram-se para discutir e validar o plano financeiro. Optou-se por usar a metodologia padrão do hospital para retorno do investimento em 6 anos, com cálculos de valor presente líquido (VPL), taxa interna de retorno (TIR) e *payback*. As margens líquidas utilizadas também foram as padronizadas no hospital.

Após a reunião P1 finalizou o plano de negócios.

Sexta Reunião:

P1 apresentou a P7 e P9 o plano de negócios finalizado. O plano foi aprovado. P1 contatou P6 por telefone para a elaboração de um contrato com P3. O prazo de duas semanas foi respeitado.

Ficou definido que o plano de marketing ficaria para um segundo momento, em conjunto com o centro de TMO.

O Quadro 4, a seguir, apresenta um resumo do estudo aplicado realizado.

Quadro 4 - Resumo das Reuniões

REUNIÃO	PARTICIPANTES	DISCUSSÃO	TAREFAS
1	P1 e P2	- entendimento do cenário da oncologia e onco-hematologia; - necessidade de se contratar um coordenador médico para Centro de Leucemias (P3).	- P1: elaborar plano de remuneração para P3 e levantar faturamento do hospital com doenças a serem tratadas no Centro de Leucemias.
2	P1 E P3	- cenário local e necessidades (pessoal e equipamento) para o centro de leucemias.	- P1: elaborar um plano de negócios inicial e apresentar A P9.
3	P1 E P9	- validação do modelo do plano de negócios, plano financeiro e remuneração de P3.	- P1: agendar com P3 para seguimento do plano de negócios, com as alterações propostas.
4	P1 E P3	- discussão da remuneração e alinhamentos sobre o plano de negócios.	- P1 solicita à P4 levantamento sobre valores de tratamentos de leucemia do ano anterior e repassa à P5 para fins de cálculos financeiros.
5	P1, P4 E P5	- discussão e validação do plano financeiro.	- P1: finalizar o plano de negócios.
6	P1, P7 E P9	- apresentação, com aprovação do plano de negócios.	P1: solicitar a P6 elaboração de contrato de P3.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.1.3 Análise e Discussão

Em relação ao plano de negócios desenvolvido, que se baseou em Deutscher (2010), observaram-se os seguintes itens:

- a) resumo da oportunidade (a razão pela qual o investimento deve acontecer): ocorreu uma alteração de cenário, com a chegada de uma profissional médica, com formação e experiência no exterior, o que criaria um diferencial até então inexistente no hospital. Também a criação do novo serviço (Centro de Leucemias) traria maior suporte e visibilidade ao Centro de Oncologia, importante projeto já existente na instituição;
- b) panorama do mercado: Na época, não existia serviço privado de referência para o tratamento de leucemias e tampouco para a realização de TMO (transplantes de medula óssea) no estado do Rio Grande do Sul. O projeto,

que seria executado na sequência, precisava do suporte do Centro de Leucemias e da médica especialista;

- c) análise da empresa: o Centro de Leucemias ficaria adequadamente inserido no planejamento estratégico do hospital, dentro do Centro de Oncologia, definido como área de ênfase da instituição. O atendimento a pacientes graves está no DNA do hospital 1;
- d) elementos do marketing: o grupo participante do estudo identificou que a relação preço/atributos era favorável. O produto a ser oferecido (tratamento para leucemias em um hospital privado) era inexistente na região, à época e os valores repassados pelos planos de saúde consideráveis;
- e) modelo de negócios, estratégia (planejamento estratégico) e plano de ação: O modelo de negócios seria o mesmo já existente com cobrança pelas internações para o tratamento das leucemias. Seria seguido o planejamento estratégico do hospital e o cronograma previa o imediato início das atividades, após a contratação da médica coordenadora do novo centro;
- f) plano financeiro: realizado em conjunto com a equipe financeira do hospital, estimou uma taxa interna de retorno (TIR) de 236% no cenário real e 406% no otimista e um *payback* inferior a um ano em ambos, o que justificava a realização do projeto do ponto de vista financeiro.

No entanto, em relação ao método utilizado, observaram-se lacunas que indicaram a necessidade de melhorias sobre o processo de condução de um estudo dessa natureza, ainda mais se consideradas as consequências associadas, em termos de investimentos e de riscos à organização.

Com a elaboração do plano de negócios do futuro Centro de Leucemias do Hospital 1, incluindo também a ampliação da Oncologia, percebeu-se que o modelo de elaboração dos serviços seria insuficiente. O grupo participante do estudo concluiu que o modelo usado de plano de negócios partia do pressuposto de que uma empresa identifica uma oportunidade no mercado e planeja o desenvolvimento de um produto que irá atendê-la. No entanto, no caso de um novo serviço médico, era necessário primeiro analisar duas premissas: descobrir as necessidades dos clientes (pacientes), buscando atendê-las, e analisar o valor que o hospital tem para oferecer a esses clientes (pacientes), o que perpassa pela relação do mesmo com

operadoras de planos de saúde e outros atores do sistema de saúde, para então buscar uma maneira de combinar essas premissas em um plano de negócios. Pareciam faltar etapas analíticas anteriores ao plano de negócios.

Ao final do processo, foi propiciado um espaço para que a equipe e representantes da organização pudessem comentar sobre os aprendizados gerados pela aplicação realizada. Um aspecto que ficou evidente durante a realização desse trabalho foi a importância da colaboração entre as diversas áreas do hospital. Mesmo para a primeira fase, o Centro de Leucemias, um plano de negócios realizado em curto espaço de tempo (duas semanas), e com apenas um produto oferecido (tratamento de pacientes com leucemia em regime de internação) houve o envolvimento de nove participantes, de nove setores diferentes. Para a criação de um serviço médico mais complexo, o pesquisador (P1) entendeu que haveria a necessidade do envolvimento de um número ainda maior de pessoas. Dadas as lacunas identificadas, P1 também sugeriu um modelo diferente para a criação de serviços médicos.

4.2 Estudo 2: Business Model do Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica

O projeto do serviço de pneumologia e cirurgia torácica teve origem em uma questão médico-assistencial, com a necessidade de organizar ambas as especialidades médicas.

4.2.1 Contexto de Aplicação

Mesmo já existindo no hospital 1, as especialidades de pneumologia e cirurgia torácica não funcionavam de forma organizada e integrada, com os médicos especialistas atuando de forma independente. Não havia uma padronização de condutas médicas, tanto no diagnóstico das doenças quanto em seu tratamento. Os protocolos de diagnóstico e tratamento existentes nas especialidades haviam sido criados por unidades hospitalares, como emergência ou Centro de Terapia Intensiva (CTI), sem um necessário alinhamento entre as mesmas. Alguns poucos médicos pneumologistas e cirurgiões torácicos prestavam atendimentos a pacientes das referidas unidades em esquema de “sobrevisto”, comparecendo ao hospital quando fosse necessária uma avaliação médica da especialidade. Na emergência, por

exemplo, apenas dois pneumologistas, de um total de quarenta e dois médicos credenciados no hospital para essa especialidade, eram responsáveis pela avaliação dos pacientes com doenças pulmonares, o que trazia dificuldades sempre que nenhum dos dois estava disponível para o atendimento de pacientes. Também não havia uma chefia nas especialidades, ambas de grande importância e representatividade.

4.2.2 Relato da Execução

A direção do hospital solicitou, então, ao pesquisador (P1) que elaborasse um estudo visando a criação do serviço de pneumologia e cirurgia torácica, bem como para a contratação de um chefe para gerir esse serviço, médico esse que já havia sido escolhido pela direção do hospital 1. A ideia inicial da organização era usar o mesmo modelo de plano de negócios usado na criação do Centro de Leucemias, embora houvesse dificuldades adicionais, pois além de também ser um novo negócio, o Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica era maior e mais complexo que o Centro de Leucemias. Enquanto o Centro de Leucemias tinha apenas um produto a oferecer o Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica contava com um total de dez produtos que poderiam ser ofertados aos pacientes.

O pesquisador (P1) revisou o modelo de plano de negócios de Deutscher (2010), buscando as modificações necessárias para adaptá-lo às novas necessidades e também passou a procurar um novo modelo que pudesse espelhar mais fielmente a criação de um novo serviço médico. À luz dos achados no estudo anterior, um modelo que se mostrou compatível com essas necessidades foi o Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011), pela sua preocupação central com o **cliente (paciente)** e com o que lhe será oferecido, a chamada **proposta de valor**. Também tinham importância os recursos necessários para a proposta de valor (**recursos principais**), para as **atividades-chave** do negócio e para as **parcerias principais** necessárias.

Como equipe de trabalho foram envolvidos os seguintes participantes no projeto:

P1: pesquisador

P2: médico chefe da especialidade (pneumologia)

P3: médico especialista (pneumologista) de serviço terceirizado

P4: apoio de B.I. (*business intelligence*)

P5: analista da controladoria

P6: advogada do setor de contratos

P7: diretor executivo do hospital

P8: diretor médico do hospital

P9: diretor financeiro do hospital

P10: analista de inteligência do hospital

P11: analista do RH (recursos humanos)

P12: analista do setor comercial

P13: analista do setor de marketing

P14: enfermeira assistencial

Já haviam participado do estudo anterior P1, P4, P5, P6, P7, P8 e P9.

Decidido o método e a equipe, partiu-se para a execução, que deu-se por meio de 6 etapas, cada uma composta de uma ou mais reuniões. As etapas e suas reuniões tinham foco decisório, sendo entremeadas com intervalos temporais que permitiam o desenvolvimento de tarefas pelos integrantes da equipe, preparatórias para as reuniões subsequentes. A seguir são descritos os temas e decisões tratados nas reuniões realizadas, resumidos no quadro 5.

Quadro 5 - Resumos das Etapas

	ATIVIDADE	Cronograma de realização em semanas	Número de Reuniões
Pré-encontros	Escolha do grupo participante	Semana 1	1
Etapa 1	Análise de cenários da especialidade médica e patologia	Semana 2	2
Etapa 2	Início do canvas - Brainstorming	Semana 4	2
Etapa 3	Início da construção do canvas a partir do material organizado	Semana 5	1
Etapa 4	Análise do canvas pelo grupo	Semana 6	3
Etapa 5	Apresentação do canvas, pelo grupo, à direção do hospital	Semana 8	1
Etapa 6	Análise dos resultados	Semana 9	1

Fonte: Elaborado pelo autor.

Pré-Encontros:

Em uma reunião inicial P2 apresentou a P1 e a P8 o modelo médico do novo serviço, com suas percepções de como deve ser composto um serviço de pneumologia (do ponto de vista médico). P1 e P2 combinaram um novo encontro para início do plano de negócios.

Etapa 1:

Foi realizado um encontro entre P1 e P2, para análise de cenário e levantamento dos principais produtos a serem oferecidos pelo serviço de pneumologia.

O cenário vigente, anterior ao Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica, era caracterizado por uma atuação individualizada dos médicos no hospital 1. Alguns Pneumologistas prestavam serviço à Emergência (como sobreaviso, não organizado, havendo uma lista de nomes de médicos, mas sem a existência de uma escala diária). Ainda, atendiam a pacientes na internação, endoscopia ou em serviços externos (parceiros do hospital). Os cirurgiões torácicos realizavam procedimentos no bloco cirúrgico, endoscopia e avaliações na emergência. Não havia consultórios ou ambulatório de pneumologia ou cirurgia torácica no hospital, com os médicos do corpo clínico atendendo em seus próprios consultórios externos. O resultado para o hospital era, aparentemente, pouco expressivo, tanto do ponto de vista assistencial quanto financeiro.

Complementarmente, o Serviço de Broncoscopia funcionava com alta ociosidade. Porém havia sido detectada a necessidade de se adquirir mais um aparelho de broncoscopia (ou outra forma de *back up*).

Em face a esse contexto, P2 descreveu os produtos a serem considerados em um futuro Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica:

- a) núcleo de enfisema: o enfisema é uma doença muito prevalente. Existia pouco conhecimento do hospital sobre o serviço, que era terceirizado. A colocação de válvulas, usadas no tratamento do enfisema, era pouco frequente (apenas nos casos mais graves), sendo porém um bom negócio do ponto de vista financeiro (alto valor unitário e somente particular) e assistencial, pois poucos serviços no mundo realizavam o procedimento. Quando necessário, era realizada dentro do hospital por médicos do núcleo. Esse tipo de procedimento gera muita repercussão tanto no meio

acadêmico quanto na comunidade leiga, visto que poucos centros o realizam no mundo. (OLIVEIRA et al., 2006);

- b) medicina do sono, com foco maior na Neurologia: o serviço de Medicina do Sono era terceirizado. O hospital tinha poucas informações, mas se percebia bom potencial, pela grande prevalência das doenças relacionadas sono;
- c) laboratório de função pulmonar: este serviço também era terceirizado. Realizava exames de função pulmonar, como espirometria, bastante utilizados, porém com baixo valor agregado por cada exame;
- d) broncoscopia: exame pouco utilizado. Outro grande hospital na cidade (que atende basicamente a pacientes do SUS) utilizava somente 6 turnos por semana (40% de ociosidade no equipamento). Poderia ser alavancado, necessitando, para tanto, de captação (crescimento da especialidade de pneumologia e, principalmente, com a criação de um pronto-atendimento da especialidade). Era realizado no setor de endoscopia, coexistindo com os exames de endoscopia digestiva, muito mais frequentes;
- e) ecoendoscopia: baixa utilização, em todo o mundo, à época do estudo. (PASTIS; SIMKOVICH; SILVESTRI, 2012). Haveria necessidade de comprar aparelhagem (estimado, posteriormente, em cerca de 100 mil reais). Não geraria expressão financeira direta (podendo atrair casos complexos para o bloco cirúrgico), mas possuía grande apelo assistencial e de marketing, pois o exame não existia no estado do Rio Grande do Sul à época do trabalho;
- f) centro de reabilitação pulmonar: existia somente um serviço na cidade, voltado para o atendimento de pacientes do SUS, atendendo também pacientes particulares (sem atender a planos de saúde, pela baixa remuneração e ausência de cobertura de alguns procedimentos). Seria um centro integrado, com várias especialidades. A oportunidade identificada era tanto financeira (pacientes particulares) quanto assistencial, com possibilidade de alavancar e dar suporte à pneumologia e cirurgia torácica;
- g) unidade de cuidados respiratórios (UI): 10 leitos de cuidados intermediários (pacientes de gravidade e complexidade intermediária entre os elegíveis para unidade de internação e CTI). Nesse caso haveria a possibilidade de ganhos assistenciais, pelo melhor atendimento aos pacientes

pneumológicos de gravidade intermediária, mas com doenças complexas, e ganhos financeiros, com o risco da não aceitação de uma tabela diferenciada (em relação às unidades de internação) pelos planos de saúde. A alternativa, então, seria a criação de uma CTI pneumológica;

- h) vacinação: interface com centro de vacinas já existente e também a aplicação de vacinação em pacientes internados no hospital. Oferecer tanto para pacientes quanto para seus médicos assistentes. A vacinação tradicionalmente tem baixa cobertura em adultos, especialmente nos idosos (IMUNIZAÇÃO..., 2014) tendo uma boa possibilidade de melhoria e alta margem financeira;
- i) pronto-atendimento (P.A.) de doenças respiratórias (pneumologia, podendo atender também a especialidade de otorrinolaringologia): como é alta a prevalência de doenças respiratórias, tanto em adultos quanto em crianças, haveria necessidade de áreas separadas para ambos em um pronto-atendimento. O P.A. ajudaria a diminuir a demanda pela emergência geral do hospital. Teria impacto na detecção de doenças pulmonares, nos núcleos de enfisema, broncoscopia, centro de reabilitação, medicina do sono e vacinação (captação de pacientes);
- j) hospital do pulmão: atendimento adulto e pediátrico. A exemplo dos existentes tanto na cidade quanto em outras localidades, seria o estágio mais avançado de um projeto de pneumologia, podendo ser planejado ao longo dos próximos anos.

Também foram identificadas necessidades imediatas para a pneumologia e cirurgia torácica no hospital:

- a) organização da grade de médicos de sobreaviso de pneumologia e cirurgia torácica para a emergência. Não haveria custo, pois os médicos seriam remunerados pelos seus atendimentos e procedimentos realizados no hospital;
- b) alavancar broncoscopias. Dever-se-ia medir o custo-benefício de se trazer mais médicos para realização dos exames versus o risco de médicos sem treinamento danificarem o aparelho, que além de ser muito sensível, à

época do estudo era único. Para evitar esse risco um treinamento ou certificação obrigatórios poderiam ser exigidos;

- c) necessidade de aparelho de *backup* para o fibrobroncoscópio (para realização de exames de broncoscopia e procedimentos), pois com um único aparelho haveria sempre o risco do hospital ficar sem poder realizar exames e procedimentos em caso de avaria no fibrobroncoscópio;
- d) análise das relações e parcerias com os serviços terceirizados: Haveria a possibilidade de estreitar a relação com esses serviços, bem como um maior trabalho conjunto entre o serviço terceiro e o hospital.

Após a reunião o resumo acima foi enviado por P1 a P2. P2 manifestou a P1 um certo ceticismo em relação a realização de um plano de negócios da pneumologia. P2 não tinha formação ou experiência em gestão e entendia que a organização da parte médico-assistencial seria o suficiente para que o serviço crescesse, atingindo os resultados esperados pela direção do hospital. Na visão indicada por P2, a parte assistencial e o chamado “negócio”, não se relacionavam.

P1 percebeu que faltava, no plano de negócios, um foco maior nas chamadas necessidades do cliente, seja ele paciente ou um médico assistente que traz seu paciente ao hospital. Também, como já detectado na elaboração do plano de negócios do Centro de Leucemias, não existia, no modelo de plano de negócios até então usado, uma descrição clara do que o serviço se propunha a fazer e de suas parcerias que, no caso do Centro de Pneumologia e Cirurgia Torácica, eram muito relevantes. Nesse momento houve uma troca de e-mails entre P1, P2, P7 e P8, para esclarecimentos a respeito da forma de conduzir a elaboração do novo serviço.

Como informado anteriormente, pesquisando outros modelos para a criação de novos serviços, P1 chegou ao Business Model Generation, caracterizado por sua preocupação com a chamada proposta de valor da empresa e como essa proposta de valor é entregue ao cliente. P2, em um segundo encontro, concordou com a utilização do Business Model. P1 então decidiu trocar o procedimento de elaboração do plano de negócios vigente pelo Business Model, para a criação do novo serviço de pneumologia e cirurgia torácica, combinando com P2 a realização de um *brainstorming*. P1 elaborou um esboço de canvas do Business Model, com a utilização do Business Model Generation, enviando o mesmo para P2 e P10.

Etapa 2: *Brainstorming*:

Foram convidadas pessoas de diferentes setores. Participaram P1, P2, P5, P10, P12, P13, P14. O *brainstorming* foi realizado utilizando-se como modelo o canvas do Business Model Generation. O resultado obtido é apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Fotografia do canvas originado no *brainstorming*



Fonte: Elaborado pelo autor.

O *brainstorming* foi iniciado pelo **segmento de clientes**. P2 destacou os principais usuários de um serviço de pneumologia e cirurgia torácica: os pacientes com doenças pulmonares crônicas e agudas, lembrando que esses últimos poderiam ser atendidos em um P.A. (pronto-atendimento) específico de pneumologia. P12 lembrou do cliente particular, entendendo que o hospital deveria dar uma atenção especial a ele.

Em relação à **proposta de valor**, P2 entendia que o novo serviço deveria focar na qualidade. Em suas palavras “deveria ser o melhor”. P2 também entendia que a reabilitação pulmonar seria importante como diferencial. P1 perguntou a P2 se esse “enxergava a reabilitação como exclusivamente pulmonar” e P2 respondeu que “o melhor, para sua otimização, seria funcionar em conjunto com outras especialidades que também necessitam de reabilitação, como cardiologia e neurologia”. Porém P2 alertou para o risco da reabilitação pulmonar atrasar seu início de funcionamento em função da necessidade de se combinar com outras especialidades, criando-se um serviço maior e com necessidade de mais área física, o que seria difícil de se conseguir no hospital naquele momento.

No componente **canais**, P13 entendia que se destacavam *call center* e *marketing*. P1 lembrou da Emergência do hospital, local de entrada de pacientes com doenças pulmonares e onde frequentemente um médico pneumologista ou cirurgião torácico (atuando como sobreaviso das especialidades) poderiam ser chamados para atender os pacientes, sendo esse o primeiro contato desses pacientes com os médicos especialistas e com o novo serviço médico.

Em relação ao **relacionamento com clientes**, P2 citou a necessidade de haver, no hospital, um espaço físico para atendimento aos pacientes (consultórios ou ambulatório) e também relatou a importância das reuniões com os médicos das especialidades (pneumologia e cirurgia torácica). Os médicos especialistas, por trazerem seus pacientes ao hospital, para consultas e procedimentos também seriam considerados, nesse caso, como clientes. P13 concordou ser importante essa identificação do serviço, para facilitar a comunicação com o paciente.

Nesse momento o grupo discutiu onde se enquadrariam esses médicos especialistas (ou médicos assistentes), que trazem seus pacientes ao hospital e hora são os clientes do hospital, hora são parceiros e podem ser inclusive pacientes do hospital. Também P1 lembrou da relação dos planos de saúde com o hospital, médicos assistentes e pacientes. Os planos de saúde agiam como intermediários sendo, em geral, os pagadores, com influência direta na relação hospital-médico-paciente. Optou-se então pela criação de mais um componente no canvas, chamado de **intermediários**, onde ficariam tanto os médicos assistentes quanto os planos de saúde.

No componente **fontes de receita**, o grupo entendeu que seriam originadas basicamente de pacientes internados no hospital e submetidos a procedimentos

cirúrgicos. P12 ressaltou que a maioria das receitas seria proveniente de planos de saúde, porém P2 lembrou que alguns serviços (como a reabilitação) poderiam ser cobradas diretamente do paciente.

No componente **recursos principais**, P2 citou a ecobroncoscopia (EBUS), a necessidade de espaço físico para consultórios e para a chefia do serviço e o Programa de Residência Médica em Pneumologia.

Quanto às **atividades-chave**, o grupo enumerou: internação, cirurgias torácicas, os exames subsidiários o pronto-atendimento em pneumologia e a reabilitação pulmonar.

No componente **parcerias principais**, foram lembrados os médicos especialistas (médicos assistentes) e a associação formal do hospital com uma universidade do exterior. P2 questionou se não seriam parceiros outros serviços do hospital, como internação e centro de imagem, mas o grupo concluiu que eles são parte integrante do hospital e do serviço de pneumologia e cirurgia torácica. Outras parcerias, como serviços terceirizados não foram considerados, nesse momento, como parcerias principais.

Em relação à **estrutura de custos**, o grupo considerou que fariam parte os custos com os funcionários do serviço (pessoal) e com os equipamentos necessários para seu funcionamento bem como os gastos com a área física necessária para o novo serviço. P5 lembrou que funcionários do hospital que passassem a se dedicar ao novo serviço, deveriam ser realocados neste, para fins de orçamento. P14 reforçou o pensamento de P5, pois já havia a ideia de se transferir uma enfermeira do setor de internação para o novo serviço, quando ele fosse iniciado.

Após a realização do *brainstorming*, houve um novo encontro, em que surgiu uma discussão entre os participantes sobre o modelo utilizado (canvas – Business Model Generation). O grupo entendeu ser o Business Model um modelo mais adequado para estruturar um novo serviço hospitalar, pois há um foco claro na proposta de valor, principais atividades (com recursos e parcerias necessários), mas com a sugestão da criação do novo componente, **intermediários**. Isso se deu pelo entendimento, por parte do grupo, de que o paciente é um cliente indireto na maioria dos casos pois, em geral, quem paga a conta é o seu plano de saúde, que age como intermediário entre o paciente e o hospital. O médico também pode agir como intermediário pois, dependendo de sua conveniência, pode interferir na relação do

paciente com o hospital, por exemplo, agendando uma cirurgia nesse ou em outro hospital, que lhe seja mais conveniente.

Em relação aos custos e receita, não houve novidades em relação ao que havia sido apurado previamente por P1, sendo a receita proveniente basicamente de pacientes internados e de procedimentos cirúrgicos (com menor peso para exames como broncoscopia e colocação de válvulas para tratamento de enfisema).

O canvas resultante do *brainstorming* foi enviado a todos os participantes para maiores considerações. Como tarefas pendentes ficaram:

- a) P1 e P10: reestudar o canvas baseado no Business Model Generation, para tentar adaptá-lo às necessidades explicitadas no *brainstorming*;
- b) P10: também ficou incumbida de fazer uma análise de mercado, com foco nos principais concorrentes regionais;
- c) P1 e P2: conversar com P3 para entender melhor o relacionamento do serviço terceirizado com o hospital;
- d) P4: criar um relatório com o faturamento da pneumologia (com internação de paciente nas unidades de internação e CTI, com procedimentos cirúrgicos, com broncoscopias e colocação de válvulas para tratamento de enfisema). Como P4 entrou em férias, P1 e P10 assumiram a tarefa;
- e) P11: orçar o custo das contratações dos funcionários necessários para o funcionamento do novo serviço;
- f) P4 e P11: a partir dos resultados de P11, então, iriam enviar seus relatórios à P5 a fim de elaborar (juntamente com P1) o plano financeiro para o novo serviço.

Etapa 3:

P1 e P10 revisaram o material obtido a partir do *brainstorming*, que originou um canvas baseado no Business Model Generation (Figura 6).

Figura 6 - Canvas inicial do novo serviço originado no *brainstorming*

Canvas de Modelo de Negócio		Criado para: Pneumologia e Cirurgia Torácica	Criado por: Saulo	Em: dd/mm/aaaa
		Iteração #		
Parcerias Principais Universidade do exterior Médicos	Atividades Chave Internação, Cirurgia torácica, Exames subsidiários, Pronto-atendimento, Reabilitação pulmonar.	Proposta de Valor Qualidade (o melhor), Tecnologia, Reabilitação da função pulmonar - diferencial (junto com cardiologia e neurologia).	Relacionamento com Clientes Espaço físico (consultórios), Com Médicos (reuniões).	Segmentos de Clientes Particular, Pneumopata crônico, Doença pulmonar aguda (pronto-atendimento),
	Recursos Principais Ecobronscopia (EBUS), Espaço físico para consultórios e chefia do serviço, Programa de Residência Médica.		Canais Call center, Marketing, Emergência (indicação).	
Custos Pessoal e equipamentos., Espaço físico.		Receitas Internação e bloco cirúrgico.		

Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise dos concorrentes, restrita aos hospitais de Porto Alegre, encontra-se resumida no Quadro 6. Ela revelou que a maioria dos hospitais não possuía um serviço de pneumologia e cirurgia torácica bem desenvolvido. A exceção identificada era o hospital A, que foi identificado como o principal concorrente pois, mesmo atendendo também paciente do SUS possuía um grande número de atendimentos privados, tendo sido considerado o maior serviço da cidade nas especialidades de pneumologia e cirurgia torácica, à época do estudo. O hospital A foi, então, analisado mais detalhadamente (tabela 1).

Quadro 6 - Análise dos concorrentes

Comparativo da Estrutura Dedicada à Pneumologia e Cirurgia Torácica - Análise dos Concorrentes em Porto Alegre							
	Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C	Hosp. D	Hosp. E	Hosp. F	Hosp. G
Chefia de Serviço	X		X			X	X
Tipo Atendimento	SUS + privado	SUS	SUS + privado	privado	SUS + privado	SUS + privado	privado
Nº de Leitos	6	24		16			
Salas	3						5
Reabilitação Pulmonar	X	X			X		
Endoscopia Respiratória	X		X				
Laboratório de Função Pulmonar							
Laboratório de Função Digestiva	X						
Ponto Fraco	Hotelaria						
Laboratório do Sono			X				
Teste Cutâneo			X				

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 1 - Principal concorrente

	Hosp. A
Leitos de Internação	57
Leitos de UTI	14
Salas Cirúrgicas	3
Atendimentos Ambulatoriais (ano)	59.000
Internações (ano)	1.081
Cirurgias (ano)	4689
Taxa de Ocupação (em %)	91

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como pode ser visto na tabela 1, o hospital A era, então, já consolidado no atendimento das especialidades em questão sendo uma referência regional em termos de qualidade assistencial, com 71 leitos dedicados a pneumologia e cirurgia torácica, sendo 14 leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva). Realizava, à época do estudo, quase 60 mil atendimentos ambulatoriais e mais de 4 mil cirurgias por ano, com uma ocupação superior a noventa por cento, considerando-se paciente do SUS e de planos de saúde.

Etapa 4:

P1, P2 e P10 entenderam que o hospital A poderia servir como exemplo a ser seguido do ponto de vista assistencial e da organização das especialidades mas não como modelo de negócio, pois esse atende também a pacientes do SUS e tem como

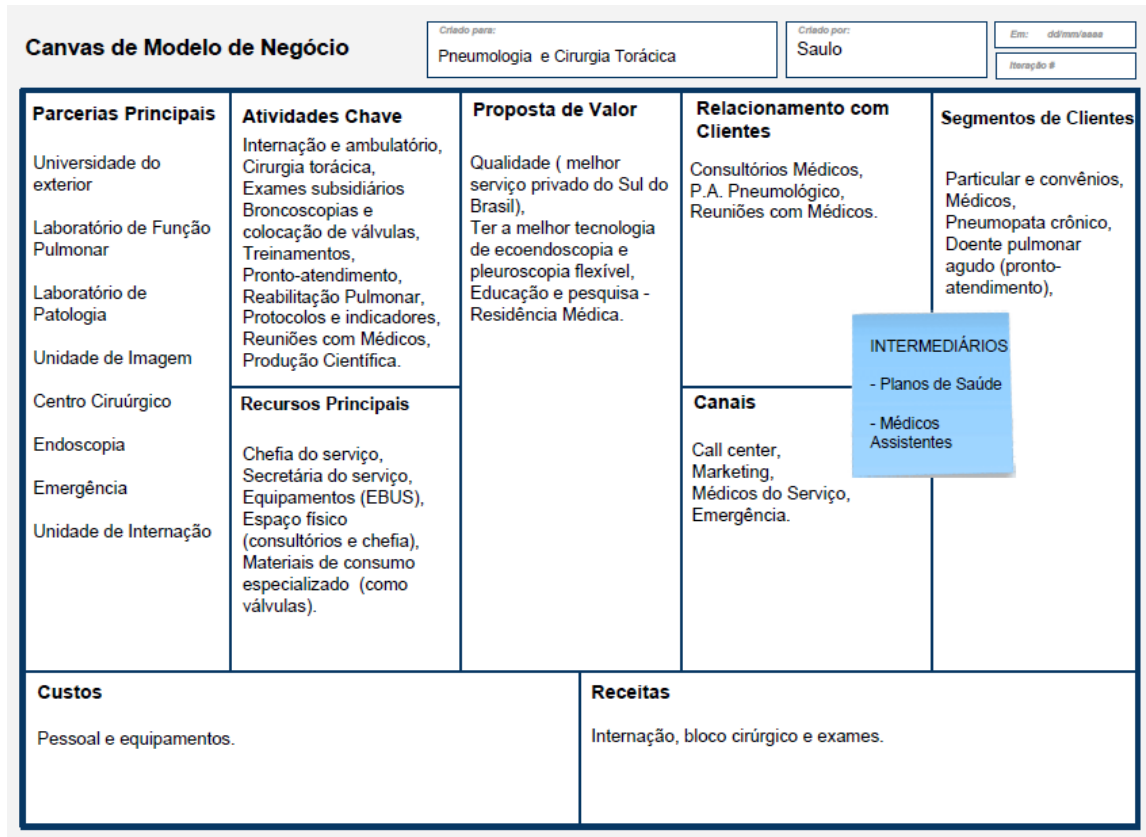
ponto fraco a hotelaria, fator importante para a clientela do hospital 1. A conclusão do grupo foi que havia boas perspectivas para o novo serviço em Porto Alegre, pelas lacunas apresentadas pelos serviços de pneumologia e cirurgia torácica então existentes. P1 conversou com P2 e P3 e, após com P9. Concluíram que o serviço terceirizado de P3 seguiria com esse modelo, sendo buscada uma aproximação entre o hospital e o serviço.

P2 havia relatado preocupação com a reabilitação pulmonar, que não seria incluída, nesse primeiro momento (em função da necessidade de área física que somente teria previsão de liberação em 2015), houve nova discussão a respeito, sendo decidida, ao fim, a inclusão da reabilitação pulmonar no canvas, com implementação em um segundo momento.

P1 e P10 enviaram o relatório de faturamento do futuro serviço a P5. O mesmo foi feito por P11 em relação aos custos de pessoal (funcionários) do futuro serviço. E P1 e P5 encontraram-se para finalização do plano financeiro.

Após as revisões, em um novo encontro, chegou-se então a versão final do canvas, com a inclusão do segmento **intermediários** (planos de saúde e médicos assistentes), como ilustrado na Figura 7.

Figura 7 - Canvas revisado do Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica



Fonte: Elaborado pelo autor.

Por fim, foi formulada uma frase indicando o Business Model do Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica:

O novo Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica será customizado em relação a necessidade dos pacientes e médicos assistentes, com novos produtos e serviços, buscando maior diferenciação e atratividade, trazendo, como resultado, um maior número de atendimentos e uma qualificação da receita e das margens financeiras.

Etapa 5:

O Business Model foi então finalizado e enviado à direção do hospital, aguardando aprovação. P1 contatou P6 por telefone para a elaboração de um contrato com P3.

Etapa 6:

Analisando-se a utilização do Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) para a criação do Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica, P1, P2 e P10 concluíram que, com algumas modificações, o modelo se mostrava adequado. A principal alteração foi a inclusão do segmento intermediários, contemplando os planos de saúde e médicos assistentes, pois ambos interferem na relação entre o hospital e o cliente (paciente). Segundo o grupo o novo modelo para a criação de um serviço médico mostrou-se mais fácil de ser entendido, em comparação com o plano de negócios, para os participantes sem experiência em gestão.

P1, P2 e P10 também concluíram que o *brainstorming* trouxe diversas contribuições ao projeto, como a visão de P12 sobre a importância do paciente particular, o esclarecimento prestado por P13 a respeito do componente canais e a observação de P5 em relação a realocação de pessoal para fins de orçamento do hospital.

Também foi importante a realização do *brainstorming* para o grupo entender a importância de uma análise mais detalhada da concorrência do novo serviço, tendo então P10 iniciado um trabalho de inteligência, analisando o cenário local e regional da pneumologia e cirurgia torácica.

O resumo dos achados em cada etapa é apresentado a seguir, no Quadro 7.

Quadro 7 - Resumo das Etapas - Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica

ETAPA	PARTICIPANTES	DISCUSSÃO	TAREFAS
PRÉ	P1, P2 e P8	- P2 apresentou o modelo médico do novo serviço à P1 e P8.	- P1 e P2: agendar novo encontro para elaboração do plano para o novo serviço.
1	P1 e P2	- P1 e P2: análise de cenário e levantamento dos principais produtos a serem oferecidos pelo serviço de pneumologia. - P2 questionou a validade do plano de negócios. Decidem utilizar o Business Model.	- P1: agendar brainstorming (P1 e P2 contatam P10 para auxiliar na escolha dos participantes).
2	P1, P2, P5, P10, P12, P13 e P14	- Brainstorming, usando o canvas do Business Model como base.	- P1 e P10: revisar canvas. - P10: análise de mercado. - P1 e P2: conversar com P3 (serviço terceirizado) - P4 (assumida por P1 e P10): relatório (faturamento da pneumologia). - P11: orçar o custo de RH.

			- P1 e P5: elaborar plano financeiro.
3	P1 e P10	- Início da elaboração do canvas a partir do material obtido no brainstorming e tarefas da etapa 2.	- P1 e P10: enviar o canvas aos demais participantes do brainstorming para discussão. Elaboração do plano financeiro.
4	P1, P2, P3, P5, P9, P10 e P11.	- Análise e finalização do canvas, com o plano financeiro.	- P1 e P10: enviar o projeto (Business Model) validado do novo serviço (Pneumologia e Cirurgia Torácica) para a direção do hospital.
5	P1 e P10	- Apresentação do projeto à direção do hospital.	
6	P1 e P10	- Análise e discussão do modelo empregado.	

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.3 Análise e Discussão

Em relação ao Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011), foi possível identificar, como ilustrado na Figura 7, alguns aspectos de focalização relevantes ao serviço médico:

- a) segmento clientes: o serviço buscaria atender a pacientes particulares e de convênios, sendo eles doentes crônicos ou agudos (esses em um pronto-atendimento) e também os próprios médicos, que seriam também clientes, na medida em que escolhem o hospital para trazerem seus pacientes, tanto para consultas, quanto para internações ou procedimentos (cirurgias e broncoscopias);
- b) proposta de valor: no novo serviço de pneumologia e cirurgia torácica seria a qualidade, buscando ser o melhor serviço privado do sul do Brasil, tendo a melhor tecnologia (equipamento de ecoendoscopia e pleuroscopia flexível) e também com ênfase na educação e pesquisa, com destaque para um serviço de residência médica;
- c) canais: foram definidos como canais do novo serviço a Emergência do Hospital 1, que atrai novos pacientes pra o serviço, além de fornecer apoio

aos já existentes, os médicos do próprio serviço, pelos mesmos motivos e os setores de marketing e o *call center* do hospital;

- d) relacionamento com o cliente: através do atendimento a pacientes nos consultórios médicos e no pronto-atendimento pneumológico (que seria criado) e também nas reuniões com os médicos especialistas (esses também clientes, no caso);
- e) fontes de receita: seriam mantidas as fontes existentes (receitas com internação de pacientes, cirurgias e exames realizados), com foco na qualificação e ampliação dessas receitas;
- f) recursos principais: foram considerados recursos principais a nova chefia do serviço, com o espaço físico necessário e pessoal de apoio (secretária), o espaço físico dos consultórios, os equipamentos (destaque para os novos, como o EBUS – ecoendoscópio) e os materiais de consumo especializados (como as válvulas para tratamento de enfisema);
- g) atividades-chave: Seriam os atendimentos ambulatoriais e em regime de internação, os procedimentos (cirurgias e broncoscopias), o novo pronto-atendimento da especialidade, os exames subsidiários (realizados em outros setores do hospital) os protocolos e indicadores, os treinamentos, as reuniões com médicos do serviço, e a produção científica. Também incluiu-se a reabilitação pulmonar, por entender ser papel-chave, mesmo que a mesma não fosse viabilizada de imediato;
- h) parcerias principais: a parceria com uma universidade norte-americana, ao qual o hospital se conveniou, as unidades do próprio hospital, como unidade de imagem, centro cirúrgico, endoscopia, emergência e unidade de internação e os serviços terceirizados parceiros do hospital, como os laboratórios de função pulmonar e de patologia;
- i) estrutura de custo: seria composto por custos com pessoal e equipamentos.

Com relação às modificações feitas em relação ao status quo / versão anterior do procedimento de elaboração de modelos de negócio, pode-se perceber avanços pela utilização de um modelo baseado no Business Model Generation. Da experiência anterior, desde o início já se havia identificado que o procedimento de criação de modelos de negócios utilizado para o Centro de Leucemias (estudo 1)

não seria o melhor método para a criação de novos serviços médicos. O plano de negócios parecia insuficiente, pela ausência de preocupação com elementos-chave de um serviço médico, como quem são os clientes, qual é a entrega proposta pelo serviço e de que forma ela irá ocorrer.

No entanto, mesmo essa abordagem apresentou lacunas. Durante a realização do *brainstorming* percebeu-se que o Business Model Generation, embora sendo um instrumento potencialmente adequado para a criação de um serviço médico, não estava totalmente adaptado ao cenário da saúde.

Inicialmente identificou-se que, no setor saúde, o cliente não era um personagem claro e único, pois, diversamente do que ocorre em outros setores, havia um “cliente usuário”, o paciente, e outro “cliente pagador”, o plano de saúde (podendo ser o próprio paciente, nos pagamentos particulares). Em um hospital privado brasileiro, em torno de 90% dos pagamentos são feitos por planos de saúde, que agem como intermediários entre os hospitais e os pacientes. (ANAHP, 2013). Também há os “clientes médicos”, os médicos assistentes, que atendem seu paciente em um consultório (no hospital ou fora desse) decidindo, com seu paciente, o local em que uma cirurgia será realizada. Essa decisão depende de múltiplas variáveis, como cobertura do plano de saúde, localização geográfica do hospital e facilidade de marcação da cirurgia (o médico pode ter maior facilidade para agendamento de procedimentos em um hospital que em outro).

O pesquisador entendeu que, para as próximas aplicações, o componente cliente poderia ser alterado para paciente, modificando-se o nome dos componentes **segmentos de clientes e relacionamento com clientes** para **segmento de pacientes e relacionamento com pacientes**. Essa alteração também eliminaria uma possível confusão quanto aos outros clientes já descritos: planos de saúde e médicos assistentes, intermediários na relação do serviço médico com o paciente.

Também, o grupo participante do *brainstorming* discutiu a existência de uma certa sobreposição entre os componentes **relacionamento com o cliente e canais**, descritos no Business Model Ontology. Entendeu-se que ambos têm características em comum, pois tratam da interface dos clientes com a proposta de valor da empresa, que no setor da saúde, hospitalar em especial, é um relacionamento mais direto. O grupo entendeu, por fim, que o componente **canais** tem uma conotação mais física ou operacional (não por acaso é representado pela figura de um caminhão no canvas do Business Model Generation), enquanto o **relacionamento**

com o cliente é um componente mais intangível ou tático dessa relação (representado no canvas por um coração). Foi decidido, então, manter ambos no canvas.

Percebeu-se que a experiência com a criação do Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica gerou uma série de outros aprendizados. O primeiro, e talvez mais importante, foi a riqueza de contribuições gerada pelo grupo participante dessa experiência. Na comparação com a criação do Centro de Leucemias, foram agregados mais cinco participantes, em um total de quatorze nesse estudo para a criação do Serviço de Pneumologia. Os participantes eram 7 de diferentes setores do hospital, o que gerou uma grande diversidade de opiniões, como pode ser evidenciado no *brainstorming*, realizado sobre o canvas do Business Model Generation. Aspectos como um estudo mais aprofundado do mercado local da especialidade somente foram realizados a partir da presença de um analista da inteligência corporativa, por exemplo. Também a presença de um médico de fora da estrutura formal do hospital (um médico de serviço terceirizado), acrescentou uma visão além-muros, importante para a futura consolidação do referido serviço. Representantes dos departamentos de marketing e comercial trouxeram diferentes visões de mercado na relação com os clientes e demais *stakeholders*.

Em relação ao Business Model Generation o grupo percebeu que se não era um modelo completo para a criação de um novo serviço médico, com necessidades de adaptações, atendia as principais necessidades. Em busca de uma solução para essas adaptações, P1 chegou ao ModelH, uma adaptação do Business Model Generation para o mercado norte-americano de saúde.

Como apresentado anteriormente, o ModelH, surgiu com a preocupação de adaptar o canvas do Business Model Generation ao setor saúde norte-americano. Foram mantidos os nove segmentos originais do canvas e acrescentados outros sete, destacados na Figura 4.

P1 e P10 analisaram os dois modelos de canvas e concluíram que as externalidades, informática e *jobs to be done* (JTBD) já estariam contidos nos segmentos existentes. O componente **JTBD** foi discutido dentro da proposta de valor, o componente **informática** juntamente com recursos principais e parcerias principais, e as **externalidades** no momento da realização do plano financeiro, no componente receitas. O **comprador** dos serviços seria o próprio paciente (cliente)

ou então o intermediário (plano de saúde, no caso). Os **comportamentos e influenciadores-chave** estariam contemplados no segmento clientes (usuários).

O método aprimorado com as observações acima descritas foi apresentado a especialistas, para validação, tendo recebido sugestões de refinamento. Por este motivo, a seguir é apresentada a validação do modelo, seguida da terceira aplicação, já como o método em versão final. O método é apresentado separadamente, no Capítulo 5 desta dissertação.

4.3 Validação do Método Proposto com Especialistas Gestores

Como indicado no capítulo de metodologia, o modelo foi validado com especialistas gestores do setor de saúde (quadro 3). O instrumento usado para nortear a validação foi apresentado no apêndice C. Nenhum dos gestores tinha conhecimento de uma ferramenta específica para planejamento de novos serviços médicos no Brasil.

O gestor 5 comentou que não há nenhum método estruturado, com passo-a-passo, para a elaboração de serviços médicos e que

“hoje acaba sendo um processo muito baseado em plano de negócios, no viés financeiro...não há uma análise do contexto. Não há preocupação em fidelizar o paciente.”

Todos os gestores foram unânimes em relação à utilidade do método e do modelo operacional propostos, concordando com seu propósito principal. O Gestor 2 ressaltou que

“embora um método não seja tudo, a sua utilização aumenta muito as chances de sucesso de um serviço”.

O Gestor 4 comentou que

“embora o business model seja voltado ao planejamento de novos serviços, não vejo porque não poderia ser utilizado na reformulação de um serviço já existente, inclusive pelo foco no relacionamento com as parcerias, por exemplo, o que auxilia na avaliação do serviço já em funcionamento e no que pode ser melhorado”.

Finalizou com a ressalva que no caso de um serviço já existente dever-se-ia lembrar do risco dos envolvidos apenas justificarem o que já existe, sem novas proposições.

E o gestor 5 ressaltou a importância do trabalho por

“construir o passo-a-passo ordenado do pensamento. Os médicos são seres não organizacionais, não têm método de análise. Eles vão muito pela experiência, pelo passado, sem construir todas as etapas desse processo”.

Em relação à forma com que o método e modelo apresentados poderiam auxiliar na tomada de decisões do grupo gerencial, novamente houve consenso favorável, sendo reiterada a capacidade instrumental e hierarquizada das decisões, como focos em dados objetivos, contribuindo para reduzir os riscos associados ao planejamento. Evidências são apresentadas nas falas dos gestores 1 e 3:

“O método instrumentaliza o gestor, ajudando a traduzir a teoria para a prática e aumentando a chance de um novo projeto ser bem sucedido”.
(Gestor 1)

“O método estrutura uma hierarquia de decisões evitando as chamadas aventuras”. (Gestor 3)

Os gestores 2 e 4 também fizeram menção ao risco de bom projeto fracassar por ter sido mal planejado. Segundo o gestor 5:

“O ponto principal olhando o modelo é a visão sistêmica do processo. É poder fazer a análise de todos pontos, mas principalmente poder analisar a correlação que tem entre eles. A proposta de valor passa a ser o ponto central da tomada de decisão e não o viés financeiro”.

Em relação aos elementos propostos pelo SBModel, houve sugestão do Gestor 1 de modificações de alguns nomes de campos no canvas, traduzindo-os para terminologias mais afeitas à área da saúde. Já o gestor 2 sugeriu a inclusão de um elemento no canvas, os médicos plantonistas que, em alguns serviços médicos, têm uma importância muito grande em seu entender. Adicionalmente, citou a necessidade de deixar claro como o serviço relacionar-se-á com a instituição em termos de negócios e remuneração de resultados. O gestor 3 considerou adequada a estrutura e ponderou ser necessário haver mais aplicações práticas para identificar

alterações. O gestor 5 sugeriu um destaque para a equipe assistencial, com a criação de serviços de especialidades médicas ao invés de serviços médicos.

E o gestor 4 relatou sua satisfação com o foco no paciente, sendo ele o cliente do serviço médico. Ele também sugeriu a inclusão de um indicador único, na proposta de valor, que representasse o interesse coletivo do serviço médico, com a necessidade do esforço de todos os integrantes do serviço para que alcançando esse indicador, levassem à entrega de valor proposta no modelo.

A proposta de inclusão de necessidade de geração de um indicador no Business Model é relevante na medida em que pode tangibilizar a promessa que o serviço médico faz aos pacientes. Nas palavras do Gestor 4: “tornando-a mais que uma frase bonita”.

Ainda em relação à forma como o método e modelo propostos possam influenciar na definição de indicadores estratégicos, os gestores 1 e 3 apontaram a relação do trabalho proposto com o planejamento estratégico da instituição, e seu potencial de auxiliar na definição dos indicadores. O gestor 2 ressaltou que o método auxilia os médicos gestores a estender práticas usadas na medicina, utilizando uma metodologia mais científica. Ele ponderou a necessidade de se definirem os indicadores que pautam a relação do serviço médico com o hospital, para que se tenha controle de qualidade do serviço. Essa análise de correlações foi corroborada pelo gestor 5.

A respeito da relação entre o método e o planejamento estratégico o gestor 1 entendeu que o método pode ser utilizado antes do planejamento estratégico, identificando os serviços que são viáveis e devem fazer parte do planejamento do hospital. O gestor 4 disse que via o método e o planejamento estratégico acoplados, com o planejamento finalizando o canvas. Já os gestores 2, 3 e 5 entenderam que o método poderia ser usado tanto antes ou durante a elaboração do planejamento estratégico quanto em uma etapa posterior a este. O gestor 3 relatou:

“Acho que é fundamental para análise de decisões dentro do planejamento estratégico e, depois, na sua operacionalização. Uma ferramenta de estudo para evitar decisões empíricas”.

O gestor 5 completou:

“Inicialmente eu enxerguei o modelo como eu tenho um planejamento, então é um modelo para execução da estratégia. Mas dependendo do nível de aprofundamento ele pode gerar um aprendizado para orientar a estratégia seguinte. Na minha percepção ele é um modelo de execução do ciclo estabelecido e ele pode influenciar o seguinte ou até a redefinição do ciclo em andamento”.

Quanto à percepção de utilidade do método proposto como estímulo à criação de novos serviços (atuação em novas áreas), os gestores 1, 2, 4 e 5 entenderam que o método transfere confiança à instituição no momento de buscar novos negócios e pode servir de apoio aos gestores na busca de novas oportunidades, sendo que o gestor 4 manifestou:

“Quem busca novos negócios são as lideranças da empresa...após essa identificação o modelo vai possibilitar uma decisão com mais segurança sobre a viabilidade daquele negócio”.

E o gestor 5 disse:

“Esse modelo pode estruturar a pauta estratégica e ao estruturar a pauta estratégica ele vai fazer essas reflexões todas e ele ordena a agenda estratégica da instituição, que hoje na área da saúde é muito errática”.

Já o gestor 3 entendeu que o método é mais propício à revisão de serviços já existentes.

Sobre a importância do método e do modelo na comunicação com os funcionários, houve parecer favorável de três gestores, tanto pela capacidade do método “resumir o projeto” (gestor 1) como pela inclusão e motivação dos colaboradores. Na fala do Gestor 2:

“Temos funcionários cada vez mais diferenciados e que querem entender o serviço onde trabalham, bem como onde eles se encaixam na organização. O método e o modelo podem auxiliar nesta busca”.

Completa o gestor 5 que o modelo mostra o modelo

“às pessoas, não necessariamente de dentro do serviço, dando a clareza do que está sendo construído. Eu acho que olhar para a proposta de valor e deixar claro sua importância para o funcionário é a grande contribuição desse modelo”.

Nos comentários adicionais o gestor 1 sugeriu um modelo mais lúdico, mais fácil de ser visto por todos. Todos os gestores sugeriram treinamentos para os participantes dos projetos e os gestores 2 e 3 entenderam ser importante a reaplicação do método no mesmo serviço após alguns anos, para reavaliação desses serviços. O gestor 4 salientou que os médicos que estão na assistência aos pacientes não precisam saber como usar o método, mas precisam saber de sua importância também do ponto de vista assistencial. Por fim o gestor 5 relatou sua preocupação com relação à necessidade de adaptação do método “com o grau de proficiência estratégica que cada instituição tem”, bem como a necessidade de haver um gestor médico na instituição, para coordenar o projeto. Ele também acrescentou sua preocupação à cerca do

“quanto o modelo permite que se identifique a necessidade de um serviço médico que não tenha ninguém te propondo. Eu não percebi claramente no modelo como é que se faz a estratégia disruptiva”.

E ainda, como ocorre

“esse nascimento de um serviço não a partir de um proponente mas a partir da análise de cenário médica?”

Como resultado o modelo foi considerado validado.

Algumas sugestões dadas pelos gestores não foram consideradas na versão apresentada nesta dissertação, sendo deixadas para futuros aprofundamentos:

- a) a alteração de alguns nomes de componentes do canvas, no intuito de “traduzi-lo” de forma mais eficaz para o cenário da saúde, como sugerido pelo gestor 1, limitaram-se às já realizadas previamente à validação, ou seja, a troca da palavra **cliente** por **paciente**, nos componentes **segmentos de pacientes** e **relacionamentos com os pacientes**, visto que o foco do presente trabalho é a adaptação do Business Model Generation para a elaboração de serviços médicos, porém sem descaracterizar o mesmo. Portanto só foram realizadas as modificações consideradas imprescindíveis;
- b) as sugestões de criação de novos componentes para o canvas, **médicos plantonistas** (gestor 2) e de **equipe assistencial** (gestor 5) não foram

efetuadas pois, pelo entendimento de que ambos já estão contidos no componente recursos principais. Entretanto a importância de ambos foi destacada em questão da etapa 3 (brainstorming) do SBModel;

- c) a troca do nome “serviços médicos” por “serviços de especialidades médicas”, sugerida pelo gestor 5, pela ênfase maior no trabalho em grupo, envolvendo diversas categorias de profissionais da saúde, já havia sido considerada no início do presente trabalho, quando foi cogitado a nomenclatura “serviços de saúde”. Porém, na revisão de literatura o nome serviços médicos é que aparece mais relacionado ao tipo de serviço visado pelo presente trabalho.

Foram realizadas três alterações sugeridas pelos gestores:

- a) no canvas final, o componente **parcerias principais** foi dividido em **parcerias internas** e **parcerias externas** pelo entendimento da grande importância das relações entre o futuro serviço médico e os demais serviços do hospital. O gestor 2 exemplifica bem essa necessidade ao manifestar

Talvez seja uma coisa que falte... uma coisa que a gente sente, como direção, de como o serviço médico vai se relacionar com a instituição.

- b) também foi acrescentado um **indicador-chave** ao componente **proposta de valor**, sugestão do gestor 4. Esse indicador-chave tem a missão de valorizar ainda mais a proposta de valor do futuro serviço médico, auxiliando a sua tradução na prática, tornando-a mais consistente.
- c) quanto a ideia de se ter um modelo mais lúdico, sugestão do gestor 1, o leiaute final do canvas foi modificado, a fim de tornar sua visualização mais fácil.
- d) foi ressaltada a necessidade de haver um médico gestor na instituição, para coordenar o trabalho de elaboração de um serviço médico, utilizando-se o SBModel. A sugestão do gestor 5 mostrou-se pertinente pois as instituições que não contarem com tal profissional terão que contar com o auxílio de um consultor externo para tal, a exemplo do que já havia sido sugerido previamente à validação em relação aos chefes de serviço.

Com isso finalizou-se a validação do método e modelo propostos, o que credenciou o SBModel para nova aplicação.

4.4 Estudo 3: Aplicação do SBModel para Unidade Endovascular

O projeto do serviço médico de hemodinâmica que, no hospital 2, recebe a denominação de Unidade Endovascular originou-se da intenção do pesquisador (P1) em aplicar um método de planejamento de serviços médicos em um hospital diverso do hospital 1, onde dois outros serviços médicos (Centro de Leucemias e Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica) haviam sido criados. O hospital 2 por sua vez estava interessado em reorganizar a sua Unidade Endovascular que, mesmo já existente há 3 anos (fase 1) e tendo sido ampliado no presente ano (fase 2), não contava com um planejamento formal de negócio.

4.4.1 Contexto de Aplicação

A Unidade Endovascular contava com a atuação de vários médicos de especialidades diversas. A direção do hospital 2 contratara uma chefia administrativa havia poucos meses, com o relato de importantes melhorias nos processos do setor. Mas percebera também uma grande possibilidade para a unidade em questão, que ainda funcionava com grande ociosidade, especialmente após ter adquirido seu segundo equipamento de hemodinâmica (angiógrafo), ocorrido na implementação da fase 2.

4.4.2 Relato da Execução

Como equipe de trabalho foram envolvidos os seguintes participantes no projeto:

P1: pesquisador

P2: médico especialista 1 (cardiologista)

P3: médico especialista 2 (cirurgião vascular)

P5: analista da controladoria

P7: diretor executivo do hospital

P8: diretor médico do hospital

- P14: enfermeiro assistencial
- P15: diretor jurídico
- P16: diretor de enfermagem
- P17: diretor comercial
- P18: diretor administrativo
- P19: analista de processos
- P20: supervisor administrativo do serviço
- P21: médico especialista 3 (eletrofisiologista)
- P22: médico especialista 4 (radiologista intervencionista)
- P23: médico especialista 5 (cardiologista)
- P24: médico especialista 6 (cirurgião vascular)
- P25: médico especialista 7 (eletrofisiologista)
- P26: enfermeiro assistencial 2
- P27: coordenador de enfermagem do serviço
- P28: coordenador de faturamento
- P29: autorizador
- P30: comprador
- P31: coordenador de suprimentos
- P32: coordenador de RH

O pesquisador (P1) contava então com uma ferramenta de Business Model já adaptada para o planejamento de novos serviços médicos, o SBModel. Esta foi a primeira aplicação da ferramenta já com seu formato pós-validação.

Etapa 1 - Escolha do serviço e grupo participante:

P1 entrou em contato então com o diretor médico do hospital 2 (P8) e foi combinado que P1 faria uma apresentação do projeto de pesquisa para a diretoria deste hospital. Participaram da apresentação P1, P7, P8, P15, P16 e P18. A direção do hospital sinalizou para P1 o interesse em seguir com o trabalho. Os presentes discutiram então as possíveis alternativas entre os serviços médicos existentes e possíveis projetos, ficando a cargo da diretoria decidir qual entre os projetos estudados seria o escolhido para estudo. As opções eram a Unidade Endovascular, já em operação ou um novo centro clínico (consultórios médicos).

Foi então agendada uma segunda reunião, com a diretoria do hospital 2, onde participaram P1, P7, P8, P19. Nesta reunião foi comunicado a P1 que o serviço envolvido no estudo seria a Unidade Endovascular. Também foi decidido pela diretoria e P1 o grupo participante.

Decidido o método e a equipe, partiu-se para a execução, que deu-se por meio de 6 etapas, cada uma composta de uma ou mais reuniões. As etapas e suas reuniões tinham foco decisório, sendo entremeadas com intervalos temporais que permitiam o desenvolvimento de tarefas pelos integrantes da equipe, preparatórias para as reuniões subsequentes. A seguir são descritos os participantes e as atividades das reuniões realizadas, resumidos no quadro 8.

Quadro 8 - Resumos das etapas

ETAPA	REUNIÕES	ATIVIDADE
1	2	Escolha do serviço e grupo participante
2	2	Análise de cenários do novo serviço médico
3	1	Brainstorming
4	1	Montagem do canvas final e análises
5	1	Plano financeiro e análise de viabilidade
6	1	Apresentação do canvas

Fonte: Elaborado pelo autor.

Etapa 2 - Análise de Cenários do Novo Serviço Médico:

Foi realizada uma primeira reunião entre P1 e P20, para que P1 conhecesse o a Unidade Endovascular atual. P20 relatou que estava na função havia poucos meses, com experiência prévia na mesma função em outro hospital. P20 descreveu as alterações realizadas desde seu início no hospital 2, com a organização das agendas dos procedimentos, do material em estoque (e sua rastreabilidade) e dos indicadores do serviço. Para os pacientes particulares (que realizam pagamento direto, sem a intermediação de um plano de saúde) haviam sido criados 12 pacotes de procedimentos nos últimos meses, com um custo pré-fixado, incluindo honorários médicos, trazendo uma previsibilidade para os pacientes e para o hospital. Segundo P20 não havia chefias médica e de enfermagem específicas do serviço, sendo a

responsabilidade técnica dos diretores médicos e de enfermagem. Os médicos que atuam no serviço são do corpo clínico do hospital 2, sem vínculo empregatício. Esses médicos também realizam procedimentos na Unidade Endovascular em outros hospitais da cidade de Porto Alegre e em outras cidades do Rio Grande do Sul. O serviço conta também com uma equipe de médicos anestesistas que dá suporte aos procedimentos. Na Tabela 2 há um resumo dos procedimentos realizados por cada especialidade e distribuição por planos de saúde (período de 11 meses).

Tabela 2 - Resumo dos procedimentos realizados

UNIDADE ENDOVASCULAR 2014													
PROCEDIMENTOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	TOTAL	%
CATETERISMO	17	12	24	33	24	30	16	28	30	27	27	268	27,0%
ANGIOPLASTIA	7	6	6	15	15	8	7	11	11	11	21	118	11,9%
ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA	0	0	1	1	3	2	2	3	7			19	1,9%
TOTAL CARDIOLOGIA	24	18	31	49	42	40	25	42	48	38	48	405	40,8%
ANGIOGRAFIA CEREBRAL	1	4	2	4	3	1	2	2	2	3		24	2,4%
EMBOLOGIA CEREBRAL	5	4	1	3	1	0	2	1	3	3	1	24	2,4%
TOTAL NEUROLOGIA	6	8	3	7	4	1	4	3	5	6	1	48	4,8%
ANGIOGRAFIA VASCULAR	2	10	11	6	12	7	13	10	14	18	10	113	11,4%
ANGIOPLASTIA VASCULAR	9	9	17	20	17	25	16	22	19	12	20	186	18,7%
TOTAL VASCULAR	11	19	28	26	29	32	29	32	33	30	30	299	30,1%
E.E.F. (ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO)	0	0	3	6	7	7	1	5	5	6	12	52	5,2%
E.E.F. + ABLAÇÃO	12	17	10	10	18	16	15	14	9	16	11	148	14,9%
CARDIOVERSÃO										1		1	0,1%
TOTAL ELETROFISIOLOGIA	12	17	13	16	25	23	16	19	14	23	23	201	20,2%
MARCAPASSO	0	0	0	0	0	0	0	2	5	13	12	32	3,2%
NEFROSTOMIA	0	0	0	0	4	0	1	1	0	2	0	8	0,8%
TOTAL OUTROS	0	0	0	0	4	0	1	3	5	15	12	40	4,0%
TOTAL	53	62	75	98	104	96	75	99	105	112	114	993	100,0%
PLANOS DE SAÚDE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV		2014
A	19%	32%	28%	36%	30%	34%	33%	38%	35%	44%	29%		33,4%
B	47%	40%	37%	36%	40%	21%	39%	27%	25%	29%	35%		33,1%
C	9%	8%	16%	11%	16%	23%	16%	13%	15%	6%	20%		14,4%
D	6%	2%	4%	3%	5%	0%	4%	3%	4%	7%	6%		4,0%
TODOS OS DEMAIS	19%	18%	15%	14%	9%	22%	8%	18%	21%	14%	10%		15,0%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ainda na etapa 2 ocorreu uma segunda reunião com o diretor médico do hospital 2 (P8) e com os médicos especialistas que representam as especialidades que atendem no serviço de hemodinâmica: cardiologia (P2 e P23), cirurgia vascular (P3 e P24), eletrofisiologia (P21), radiologia intervencionista (P22).

A dinâmica da reunião foi uma livre exposição de fatos pelos médicos presentes, com mediação de P1 e P8. A reunião foi gravada com posterior transcrição e análise de P1. P1 fez então um resumo da reunião com foco nos problemas trazidos pelos médicos e as soluções apontadas pelos mesmos:

P2 iniciou trazendo a necessidade de se traçar estratégias diferentes para as especialidades que participam do serviço de hemodinâmica:

- a) para o cardiologista e para o radiologista intervencionista o cliente geralmente é o médico que encaminha o seu paciente e o hospital tem que entender a motivação do médico externo para encaminhar (ou não) seus pacientes;
- b) emergência: é responsável por 2/3 dos pacientes da cardiologia. O paciente com patologia aguda é cada vez mais importante. Deve haver vaga de internação garantida para o paciente-alvo da Unidade Endovascular;
- c) convênios: podem bloquear procedimentos por 1 mês para autorização (prazo legal) o que pode trazer prejuízo nos casos mais urgentes (pacientes não atendidos na emergência);
- d) parcerias externas com hospitais sem hemodinâmica (Unidade Endovascular) e convênios com pronto-atendimentos, que podem encaminhar pacientes ao hospital;
- e) percepção de qualidade é muito fraca em nosso meio, sendo difícil de ser medida. Um indicador como rapidez na alta pode ser útil.

P3 destacou:

- a) a cirurgia vascular tem grande associação com a cardiologia sendo a emergência muito importante na captação de pacientes, também para a cirurgia vascular, serviço inexistente nos hospitais privados de Porto Alegre;
- b) necessidade de um ambulatório, ou centro clínico, para diminuição da dependência dos encaminhamentos externos, podendo esse ambulatório servir de apoio à emergência.

P8 salientou:

- a) há o problema dos médicos novos que aguardam anos para serem conveniados com alguns planos de saúde. A solução a curto prazo para o hospital é focar em quem pode encaminhar pacientes, como ocorre com as seguradoras (um tipo de plano de saúde). Segundo ele “o crescimento da hemodinâmica pode incomodar alguns planos de saúde”, pelo aumento da complexidade do hospital;
- b) o hospital 2 sempre foi discreto na divulgação externa, mas que isso deve mudar em 2015 com a estruturação de um setor de marketing.

“Temos que nos estruturar para garantir o atendimento completo... Investimos em tecnologia e temos o problema da área física, pois o hospital tinha que ser maior. Estamos pensando em reaproveitamento de internação para áreas estratégicas”.

- a) P21 ressaltou que o hospital 2 tem uma ótima oportunidade, pois “não há feudos ou vícios”, tendo uma estrutura de hemodinâmica (Unidade Endovascular) única na cidade;
- b) P23 lembrou que o hospital 2 é central em termos geográficos, na cidade e que “esquecemos a população da zona [região da cidade] e concorreremos com diversos hospitais no centro da cidade”. “Para o serviço decolar precisamos de equipes de apoio nas especialidades. Ter um fluxograma assistencial claro”;
- c) P22 disse: “Vejo um hospital forte em partos e ortopedia”. Ele lembrou que atende pacientes tanto no hospital 2 quanto em outros hospitais.

Um resumo dessa segunda reunião da etapa 2, com estruturação a partir dos problemas apontados e das soluções sugeridas pelo grupo participante, está no quadro 9, a seguir.

Quadro 9 - Problemas e soluções sugeridas

PROBLEMA APONTADO	SOLUÇÃO SUGERIDA
-------------------	------------------

Hospital periférico, na percepção de médicos e pacientes; falta divulgação. Ausência de estratégia para lidar com diversas especialidades Na Unidade Endovascular: demandas diferentes.	- Divulgar o hospital e criar facilidade para o médico trazer todos os seus pacientes para o hospital, independentemente do convênio. -Criação de estrutura de MKT (em andamento).
Percepção de qualidade fraca no meio:	-Criar um indicador de qualidade assistencial fácil de medir e de entender. -Entender por que o médico de fora encaminha pacientes para o hospital.
Falta de prioridades do hospital (em relação aos serviços):	-Priorizar a Unidade Endovascular. -Criar identidade como um hospital do coração/doenças cardiovasculares.
Problemas do hospital 2 no apoio à hemodinâmica pelas especialidades relacionadas.	-Seguir modelo da cardiologia, com sobreaviso (24x7).
Ausência de avaliação pré-operatória em muitos pacientes. Morosidade da avaliação realizada em consultórios externos.	-Criar agenda nos consultórios com hospitalistas ou outros especialistas (ambulatório de pré-operatório). Associar à avaliação pré-anestésica.
Convênios com interesses desalinhados com os do serviço e do hospital.	-Emergência cardiológica/vascular para atrair pacientes. -Criar ambulatório (centro clínico). Pode servir de apoio para emergência. -Criar protocolos, previsibilidade para negociar com convênios. -Convênio com planos de saúde que tem pronto-atendimento.
Área física insuficiente:	-Priorização dos serviços e especialidades mais importantes. - Construção de um centro clínico.

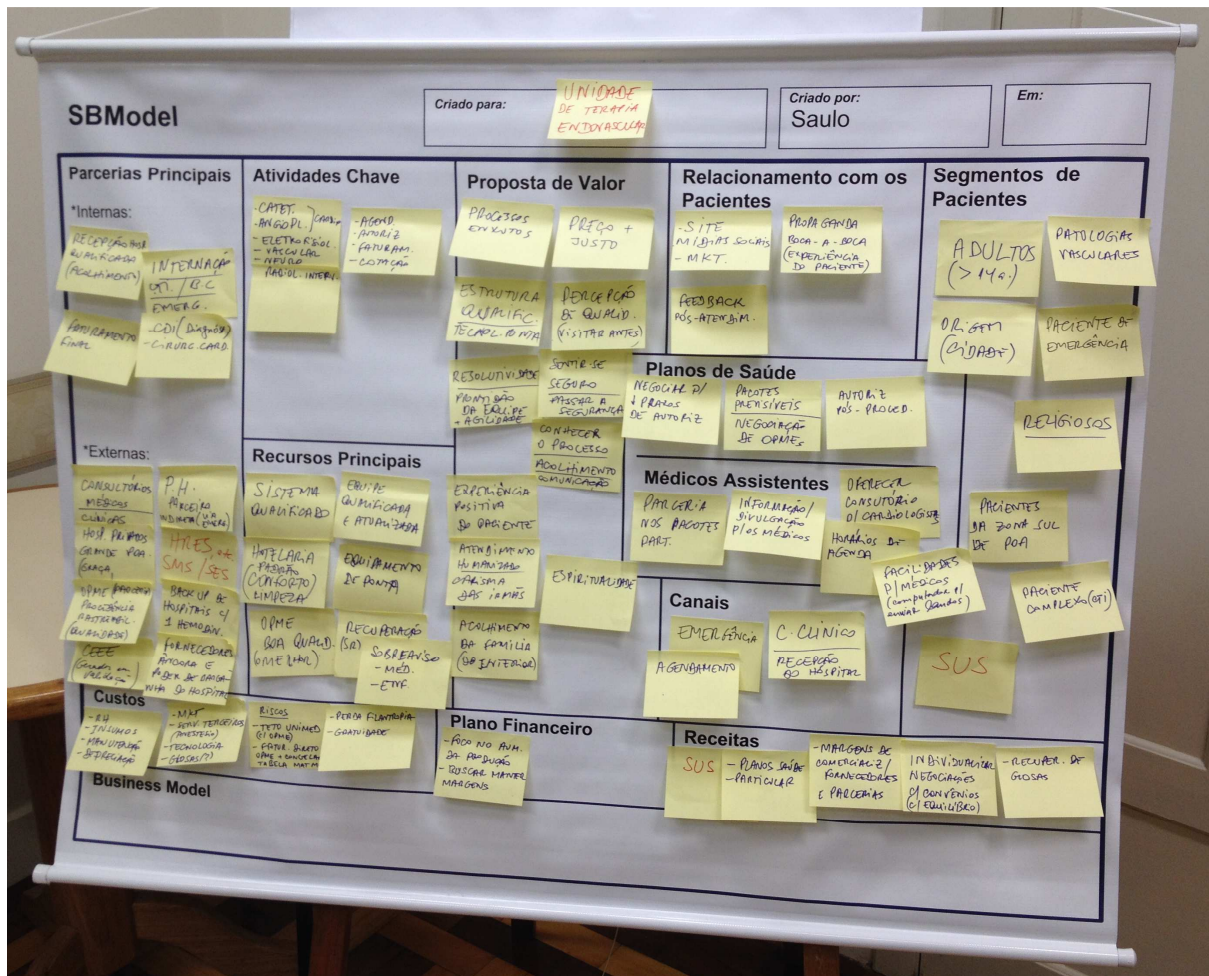
Fonte: Elaborado pelo autor.

Etapa 3 - *brainstorming*:

O *brainstorming* foi realizado com a participação de P1, P8, P14, P17, P20, P26, P28, P29, P30, P31 e P32, representando diferentes setores do hospital 2. Abaixo, na Figura 8 a fotografia do canvas originado na ocasião.

Ao final do *brainstorming*, o canvas foi apresentado a P7 que relatou satisfação pelo resultado do trabalho, ressaltando que o canvas torna muito mais fácil o entendimento do funcionamento do serviço médico.

Figura 8 - Fotografia do canvas originado no *Brainstorming*



Fonte: Elaborado pelo autor.

P1 então elaborou um canvas eletrônico, com as informações do *brainstorming* e enviou para os participantes dessa reunião, para apreciação. O resultado pode ser visto na figura 9, a seguir.

Figura 9 - Canvas inicial do novo serviço originado no *brainstorming*

SBModel		Criado para: Unidade Endovascular	Criado por: Saulo	Em:
Parcerias Internas -Recepção Qualificada (acolhimento) -Internação, CTI, BC, Emergência -CDI (Diagnóstico) -Cirurgia cardíaca -Setor de faturamento	Atividades Chave -Cateterismo e angioplastia (cardio) -Eletrofisiologia -Vascular -Neurologia -Radiologia Intervencionista -Agendamento -Autorização -Faturamento -Cotação	Proposta de Valor -Estrutura qualificada -Tecnologia de ponta -Resolutividade/agilidade -Prontidão da equipe -Domínio do Processo -Percepção de segurança -Percepção de qualidade -Processo enxutos -Preço justo -Comunicação -Experiência Positiva -Acolhimento do paciente e família -Atendimento humanizado -Espiritualidade -Carisma das Irmãs ----- Indicador-chave	Relacionamento com os Pacientes -Site e mídias sociais; MKT -Propaganda boca a boca (experiência do paciente) -Feedback ao paciente (pós-atendimento). Médicos Assistentes -Parceria nos pacotes particulares -Informação/divulgação p/médicos -Oferecer consultórios p/cardiologistas -Horários na agenda da endovascular -Facilidades (em geral) para médicos Planos de Saúde -Melhores prazos de autorização -Oferecer pacotes previsíveis -Negociação de OPMEs -Autorização pós-procedimento Canais -Emergência -Agendamento -Centro Clínico -Recepção do hospital	Segmentos de Pacientes -Adultos -Patologias vasculares -Origem (cidade) -Paciente da Zona Sul de Porto Alegre -Religiosos -Pacientes de Emergência -Paciente complexo (CTI) -SUS
Parcerias Externas -Consultórios e Clínicas -Hospitais Privados da Grande POA (HNSG) -Back-up p/hospitais -P.H. (indireto) -OPME com qualidade (parceria) -Fornecedores-âncora -CEEE X gerador -HRES, SMS, SES	Recursos Principais -Sistema qualificado -Equipe qualificada e atualizada -Equipamentos de ponta -OPME de boa qualidade (o melhor) -Hotelaria padrão (conforto e limpeza) -Recuperação (SR) -Sobreaviso Méd./Enf.	Plano Financeiro -Foco no aumento de produção buscando manter margens. Business Model	Receitas -Planos de Saúde e particular -Margens de comercialização/parcerias (fornec.) -Individualizar negociações com convênios e SUS -Recuperação de glosas	
Custos -RH, insumos, manutenção, depreciação, MKT, terceiros (anestésio), TI, glosas -RISCOS: Teto Unimed x OPME, faturamento direto de OPME e congelamento tabelas MAT/MED, perda da filantropia, gratuidade				

Fonte:

Elaborado

pelo

autor.

Etapa 4 - Montagem do canvas final e análises:

Foi realizado então um novo encontro com a participação de P1, P8, P18, P20, P25, P27 e P28, para a discussão do canvas e sua finalização, com utilização de sua projeção eletrônica (figura 9). O grupo presente discutiu cada componente do canvas e revisou as questões sugeridas do *brainstorming* (Etapa 3) com o intuito de refinar o canvas e em preparação para a etapa seguinte (Etapa 5).

Alguns itens foram suprimidos, como “adultos” no componente segmentos de pacientes, visto que o hospital 2 não atende pediatria, julgando o grupo que o item era redundante. Outros itens foram acrescentados, como “pesquisa” também no componente segmentos de pacientes, pois há a intenção do hospital 2 de realizar pesquisa científica e esses pacientes comporiam um novo segmento. Também alguns itens foram realocados no canvas. “Carisma das Irmãs”, que se refere à tradição religiosa da instituição, que inicialmente estava no componente proposta de valor foi alterado para o componente recursos principais, pois o grupo entendeu que este era um recurso que fornecia suporte aos itens “acolhimento do paciente e família” e “espiritualidade, com atendimento humanizado” da proposta de valor. Este último item por sua vez surgiu do agrupamento dos itens “espiritualidade” e “atendimento humanizado” do canvas inicial, pelo entendimento, do grupo, de que estavam inter-relacionados.

Foram também discutidos o elemento **Business Model** do canvas e o **indicador-chave da proposta de valor**, com tendência a relacioná-los com o foco no aumento de produção da Unidade Endovascular, com manutenção da qualidade. A escolha final de ambos ficou para um segundo momento.

O canvas revisado está na figura 10, a seguir.

Figura 10 - Canvas revisado da Unidade Endovascular

SBModel		Criado para: Unidade Endovascular	Criado por: Saulo	Em: DEZ/14
Parcerias Internas -Recepção (qualificação e acolhimento); -Internação, CTI, BC, Emergência; -CDI (Diagnóstico); -Cirurgia cardíaca; -Setor de faturamento; -Setor de MKT.	Atividades Chave -Cateterismo e angioplastia (cardio); -Eletrofisiologia; -Cirurgia Vascular; -Neurologia; -Radiologia Intervencionista; -Agendamento; -Autorização; -Faturamento; -Cotação.	Proposta de Valor -Garantia de qualidade e segurança; -Preço justo; -Tecnologia de ponta; -Resolutividade/agilidade; -Espiritualidade, com atendimento humanizado; -Acolhimento do paciente e família.	Relacionamento com os Pacientes -Site e mídias sociais; -Propaganda boca a boca -Ouvidoria e pesquisa de satisfação (no atendimento e após - feedback).	Segmentos de Pacientes -Pacientes de Emergência -Pacientes de CTI; -Pacientes do interior do RS e zona sul de POA; -Religiosos; -SUS; -Pesquisa.
Parcerias Externas -Consultórios e Clínicas; -Hospitais Privados da Grande POA (HNSG); -Back-up p/hospitais; -P.H. (indireto); -Fornecedores (OPME de qualidade - parceria); -Fornecedores-âncora; -CEEE X gerador; -HRES, SMS, SES; -Prefeituras (compra de serviço); -Pesquisa.	Recursos Principais -Equipe qualificada e atualizada; -Equipe de anestesia; -Sobreaviso Méd./Enf.; -TI, processo enxutos; -Equipamentos de ponta; -O melhor OPME; -Hotelaria padrão (conforto e limpeza); -Recuperação (SR); -Carisma das Irmãs.	----- Indicador-chave	Médicos Assistentes -Parceria nos pacotes particulares; -Oferecer consultórios p/cardiologistas; -Horários na agenda da endovascular; -Facilitar o dia-a-dia dos médicos. Planos de Saúde -Parceria, com pacotes previsíveis, negociação de OPMEs, redução de prazos de autorização e melhoria da autorização pós-procedimento.	
Custos -RH, insumos, manutenção, depreciação, MKT, terceiros (anestésio), TI, glosas.	Plano Financeiro -Foco no aumento de produção buscando manter margens. -RISCOS: Teto Unimed x OPME, faturamento direto de OPME e congelamento tabelas MAT/MED, perda da filantropia, gratuidade.	Receitas -Planos de Saúde e particular; -Margens de comercialização/parcerias (fornecedores); -Negociação Individualizada com convênios e SUS; Pesquisa; -Recuperação de glosas.		
	Business Model			

Fonte:

Elaborado

pelo

autor.

Etapa 5 - Análises:

Na sequência foi realizada uma reunião de análises, com o mesmo grupo participante da etapa 4.

Na análise pela perspectiva da Visão Baseada em Recursos (RBV), o grupo entendeu que o acolhimento e a espiritualidade deveriam ser considerados como recursos valiosos (frequentemente lembrados pelos pacientes atendidos no hospital 2) e raros no cenário local, visto que nos demais hospitais da cidade mantidos por instituições religiosas, a presença das “Irmãs” (religiosas) não é forte na assistência ao paciente. Esses recursos também são difíceis de serem replicados (dependem da estrutura e matriz religiosa da instituição) e de serem substituídos, sendo ambos muito valorizados por pacientes e familiares que utilizam o hospital 2.

Análise de Mercado:

O mercado da Unidade Endovascular tende a crescer como um todo, pois a população da cidade (bem como de todo o país) tem envelhecido, com a tendência de ter-se cada vez mais idosos no Brasil. A tendência percebida então é de progressivo aumento na incidência de doenças atendidas por esse serviço médico, que tem grande fatia de seus procedimentos realizados em paciente acima de 50 anos de idade. O mercado da hemodinâmica (Unidade Endovascular) na cidade foi considerado pulverizado, com alguns *players* importantes. A análise desses hospitais está no tópico seguinte (análise competitiva). O hospital 2 (como um todo) vem crescendo e começaram a surgir manifestações que sugerem que ele está entrando no radar de outros hospitais e dos planos de saúde, pelo aumento da complexidade dos pacientes que tem atendido.

Na análise competitiva pelo modelo das 5 forças de Porter, temos:

- a) concorrentes: há concorrentes estabelecidos há mais tempo no mercado da hemodinâmica (Unidade Endovascular) na cidade, sendo que dois hospitais (hospital A' e hospital B') tem também uma maior fatia das classes A e B e de formadores de opinião entre seus pacientes. Ambos também investem mais em marketing. Outro hospital (hospital C') não é

- considerado concorrente importante por problemas de gestão e na Unidade Endovascular em especial. Há ainda outros três hospitais (hospitais D', E' e F') também realizam procedimentos de hemodinâmica (Unidade Endovascular) e concorrem com o hospital 2, embora realizem a maioria de seus exames pelo SUS;
- b) novos entrantes: o próprio hospital 2 foi considerado como novo entrante na hemodinâmica (Unidade Endovascular). Há a possibilidade de novos hospitais se instalarem na cidade em médio e longo prazo com possibilidade da utilização de capital externo (em discussão no Congresso Nacional à época do estudo);
 - c) serviços substitutos: não existiam à época do estudo;
 - d) fornecedores: importantes para o serviço (Unidade Endovascular), pois as OPMEs (órteses, próteses e materiais especiais) são utilizados na maioria dos procedimentos e sendo, em geral, considerados de alto valor. O hospital 2 tem usado uma política de fornecedores-âncora, pela qual houve uma diminuição do número de fornecedores e fortalecimento das parcerias;
 - e) *stakeholders*: a política de utilização de uma equipe de médicos anestesistas para suporte do serviço vinha se mostrando acertada e seria mantida. Os demais funcionários necessários seriam mantidos e entendeu-se como importante o estreitamento da relação com os médicos do corpo clínico do hospital, sendo os que encaminham pacientes ao serviço e também os que realizam seus procedimentos na Unidade Endovascular.

Na análise macroeconômica (externalidades), entendemos que o cenário macroeconômico brasileiro de curto e médio prazos apontava à época do estudo, segundo entendimento do grupo, para baixo crescimento econômico, inflação em alta, porém controlada e dólar em alta e com muita oscilação. Os juros vinham em crescimento, à época, com aumento do custo dos financiamentos. Esse cenário foi julgado como favorável ao serviço, pois o grupo entendeu que não deve haver diminuição do número de usuários a curto prazo, visto que a taxa de desemprego na cidade e no país eram baixas à época do estudo. Também o número de pacientes elegíveis aos procedimentos da Unidade Endovascular tendia a continuar crescendo (por questões epidemiológicas) e o hospital 2 não tinha necessidades de grandes investimentos, segundo o grupo, pois já adquiriu um segundo angiógrafo, que está

totalmente pago e tem área física adequada. Caso os concorrentes queiram adquirir o equipamento, o principal da Unidade Endovascular, ou ampliar suas instalações terão que pagar mais pela captação do montante necessário junto aos bancos, dado o aumento recente das taxas de juros e do dólar.

A análise SWOT – forças, fraquezas, oportunidades e ameaças está representada na figura 11, a seguir.

Figura 11 - Análise SWOT

Análise SWOT - Endovascular	
FORÇAS S	FRAQUEZAS W
<ul style="list-style-type: none"> -Serviço completo - faz todos os procedimentos e atende qualquer complicação -Acolhimento -Espiritualidade e humanização -Área física e equipamentos do serviço -Equipe de Anestesiastas -Agilidade e resolutividade 	<ul style="list-style-type: none"> -Divulgação deficiente -Área física do hospital aquém do necessário (emergência, ambulatório e internação). -Localização geográfica (afastado do centro)
OPORTUNIDADES O	AMEAÇAS T
<ul style="list-style-type: none"> -Incerteza do cenário econômico brasileiro (impacto maior na concorrência) -Negociações com planos de saúde (em andamento) - foco na qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> -Perda de médicos para outros hospitais -Entrar no radar de outros hospitais e de planos de saúde (pelo crescimento) -CEEE (qualidade no fornecimento de energia elétrica) -RISCOS: teto UnimedxOPME, descredenciamento de planos de saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na análise pela Estratégia do Oceano Azul, segundo o grupo, não havia fatores a serem reduzidos ou eliminados, e que deveria ser acrescentado um serviço de ecografia, com a compra de aparelho e contratação de um médico para realizar os exames dentro da Unidade de Endovascular. Também deveria ser ampliada a

ecocardiografia, com a aquisição de um equipamento próprio para o serviço, visto que à época o médico precisava contar com o empréstimo de outra área para a realização dos exames.

Etapa 5 - Plano Financeiro e Análise de Viabilidade:

Foi elaborado um plano financeiro com a análise de viabilidade do serviço. Os resultados são omitidos por questões de sigilo da instituição.

Etapa 6 - Apresentação do Canvas:

O canvas final foi apresentado à direção do hospital 2.

4.4.3 Análise e Discussão

O SBModel foi utilizado para a elaboração de um serviço médico em um hospital diferente das duas aplicações anteriores, com um grupo também distinto, apenas o organizador (pesquisador) permanecendo o mesmo. Em relação à aplicação do método, percebeu-se a necessidade de explicá-lo a cada novo participante que passava a integrar o projeto ao longo das etapas propostas. A utilização de um canvas teve papel importante para trazer foco para a equipe durante a execução do método, reforçando a importância de ter-se o suporte de um elemento. O canvas integrado ao método garantiu uma maior produtividade da equipe, como foi evidenciado pelos próprios participantes.

O *feedback* do grupo reunido nessa aplicação do método foi importante para consolidar sua validação. A maior dificuldade percebida foi reunir as pessoas necessárias em cada etapa, visto serem de diferentes setores e com diferentes vínculos com o hospital 2. Considera-se essa dificuldade inerente ao processo, devendo ser contornada em cada caso. Foi fundamental o patrocínio da direção da instituição.

Outro ponto positivo evidenciado pelo grupo foi a participação de diferentes profissionais de diversos setores do hospital, em especial no *brainstorming*, o que gerou uma rica troca de ideias.

Como adaptações finais do método destaca-se a alteração das etapas 4 e 5, pois, com a aplicação da unidade endovascular, percebeu-se a sinergia entre as antigas etapa 4 (Montagem do canvas inicial) e etapa 5 (análise e finalização do canvas) que foram realizadas na mesma reunião. Optou-se então por reunir as etapas em uma nova etapa 4, agora chamada de **montagem do canvas final e análises**, ficando para a etapa 5 o **plano financeiro e análise de viabilidade**. As demais etapas não foram alteradas. No próximo capítulo serão apresentados o método e o modelo resultantes.

5 APRESENTAÇÃO DO MÉTODO PROPOSTO PARA PLANEJAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS (SBMODEL)

Durante a elaboração de dois serviços médicos em um hospital, adaptou-se progressivamente o Business Model Generation para o cenário de saúde brasileiro. Surgiu então o SBModel, que foi validado por gestores de hospitais de Porto Alegre. Na sequência o método validado foi aplicado na elaboração de mais um serviço em um segundo hospital.

O presente capítulo apresenta o método emergente desta pesquisa-ação, com a finalidade de planejar novos serviços médicos ou reorganizar serviços médicos já existentes em instituições de saúde no Brasil. Serão apresentadas as etapas que compõem o método finalizado, juntamente com seus elementos operacionais.

5.1 Constituição das Equipes

As pessoas necessárias para o planejamento do novo serviço médico irão compor a equipe principal e a equipe consultiva, divisão em decorrência dos papéis desempenhados e da importância para o futuro trabalho. As equipes podem ter sua composição alterada em decorrência das características de cada serviço médico a ser estudado. Cada equipe será composta por colaboradores ou consultores (quando não houver um colaborador que atenda a uma função da equipe principal) atuando nas seguintes funções:

Equipe principal:

- a) organizador;
- b) chefe do serviço (podendo ser médico, enfermeira ou administrador);
- c) médico especialista;
- d) enfermeira especialista;
- e) analista de controladoria;
- f) diretor médico;
- g) diretor administrativo;
- h) analista de RH;

i) analista comercial.

Equipe consultiva:

- a) advogado;
- b) B.I. (*business intelligence*);
- c) diretor financeiro;
- d) diretor executivo (ou geral);
- e) analista de inteligência;
- f) administrador do serviço;
- g) analista de marketing;
- h) analista jurídico.

Estas equipes são assim divididas porque entende-se não haver a possibilidade da elaboração ou reestruturação de um serviço médico com o instrumento proposto (SBModel) sem a presença das funções relacionadas na equipe principal. Embora as funções listadas na equipe consultiva também sejam importantes, sua ausência não inviabiliza, *a priori*, a execução do trabalho proposto.

5.2 Etapas

O SBModel é composto por 6 etapas. O Quadro 10 resume as etapas a serem seguidas. Após, cada etapa é detalhada em seu conteúdo e elementos operacionais.

Quadro 10 - Cronograma de criação do novo serviço

ETAPA	PARTICIPANTES	ATIVIDADE
1	Direção do hospital	Escolha do serviço e grupo participante
2	Chefia do serviço ou consultor	Análise de cenários do novo serviço médico
3	Grupo diversificado	Brainstorming
4	Organizador	Montagem do canvas inicial
5	Organizador e chefia do serviço. Setores de apoio	Análise e finalização do canvas
6	Organizador, chefia do serviço e direção do hospital	Apresentação do canvas

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.1 Etapa 1 - Escolha do Serviço e Grupo Participante

Consiste em um ou mais encontros entre o organizador (neste trabalho, esse papel foi desempenhado pelo pesquisador) e a direção do hospital, visando a apresentação do modelo a todos e a escolha o novo serviço ou especialidade médica e ser desenvolvido. O novo projeto a ser desenvolvido deve estar alinhado à estratégia (planejamento estratégico) do hospital. Essa etapa tem importância fundamental pois uma escolha equivocada poderá trazer resultados insatisfatórios para a instituição, especialmente em termos de desalinhamento de expectativas.

O tempo estimado para a realização do trabalho dependerá de vários fatores, sendo um dos mais importantes o escopo do novo projeto. Um projeto de escopo muito amplo, como a construção de um novo hospital ou uma grande ampliação de uma instituição já existente poderá demandar o envolvimento de um maior número de pessoas e de um tempo maior para a realização do projeto em comparação com a criação de um serviço menor ou de escopo reduzido. Uma alternativa é desdobrar um projeto maior em projetos menores.

É altamente recomendável, nessa etapa, a indicação de quem fará o papel de chefia do novo serviço. Caso a chefia ou chefias (médica, de enfermagem e administrativa) já existam é importante o envolvimento de todas elas, para que se possa abranger todas as possibilidades para o novo serviço. Caso inexista essa chefia (ou chefias) haverá a necessidade de se contar com o auxílio de assessores ou consultores (da própria instituição ou externos), especialistas na área de abrangência do novo serviço. A figura da chefia (ou chefias) é requerida de modo a permitir uma análise completa e adequada do serviço ou especialidade médica, com suas características dentro da instituição e do mercado local de saúde. Um resumo da etapa 1 é apresentado no quadro 11, a seguir.

Quadro 11 - Resumo dos objetivos da etapa 1

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Encontro(s) do organizador com a Direção do Hospital;- Escolha do novo serviço ou especialidade médica a ser desenvolvido;- Estimativa de tempo para o desenvolvimento do novo serviço;- Identificação das principais chefias ou consultores especialistas. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.2 Etapa 2 - Análise de Cenários do Novo Serviço Médico

Nessa série de encontros participam as chefias (ou consultores) como relatado na Etapa 1. O objetivo dessa etapa é travar um primeiro contato com as chefias, buscando mapear os cenários do futuro serviço. É importante para o sucesso do projeto que o organizador desenvolva uma parceria adequada com a equipe (nesse caso, chefias) com quem irá trabalhar. Os envolvidos nessa etapa deverão entender o cenário do futuro serviço e sua relação com a instituição e também os cenários locais e regionais desse serviço. Deve-se procurar descrever preliminarmente cada produto passível de ser oferecido pelo futuro serviço aos clientes e entender a concorrência a cada um deles, para auxiliar na composição da visão geral do mercado. Nesta segunda etapa também se deve verificar as carências da instituição no apoio ao novo serviço, ou seja, todas as necessidades de setores que terão alguma interface com o serviço.

Para que se estime o tamanho do mercado potencial, deve-se lançar mão de dados da própria instituição, quando disponíveis, dados existentes nos órgãos reguladores (municipais, estaduais e federais), dados das demais instituições de saúde e, no caso de inexistência, incompletude ou inconsistência desses, pode-se utilizar dados epidemiológicos de outros países, buscando uma aproximação à realidade local.

Por fim essa etapa visa também preparar o *brainstorming* que será realizado na etapa seguinte. Deve-se utilizar a técnica correta para o *brainstorming*, observando-se uma diversidade no grupo participante. É importante haver representantes de diversos setores da instituição, bem como de diversos níveis hierárquicos e de diferentes profissões, níveis de escolaridade, idades e tempo de casa. A opinião de pessoas que tenham trabalhado em outras instituições é valiosa. Por sua vez grupos muito grandes tendem a ser pouco produtivos. Estima-se que um número entre sete e dez pessoas é o ideal. Esse número entretanto não deve engessar o *brainstorming*, pois serviços novos ou muito pequenos terão menos participantes e grandes projetos, como um hospital inteiro demandarão mais pessoas envolvidas. Um resumo da etapa 2 é apresentado no Quadro 12, a seguir.

Quadro 12 - Resumo dos objetivos da etapa 2

- Reunião com as chefias ou consultores do futuro serviço.
- Explicar o processo (SBModel) aos chefes ou consultores, estabelecendo as alianças necessárias com eles.
- Descrever os produtos possíveis de serem oferecidos aos pacientes.
- Traçar o cenário local e regional de saúde, com atenção para o serviço médico.
- Identificar as carências da instituição no apoio ao novo serviço.
- Preparar o brainstorming escolhendo os participantes, com a lógica da diversidade.

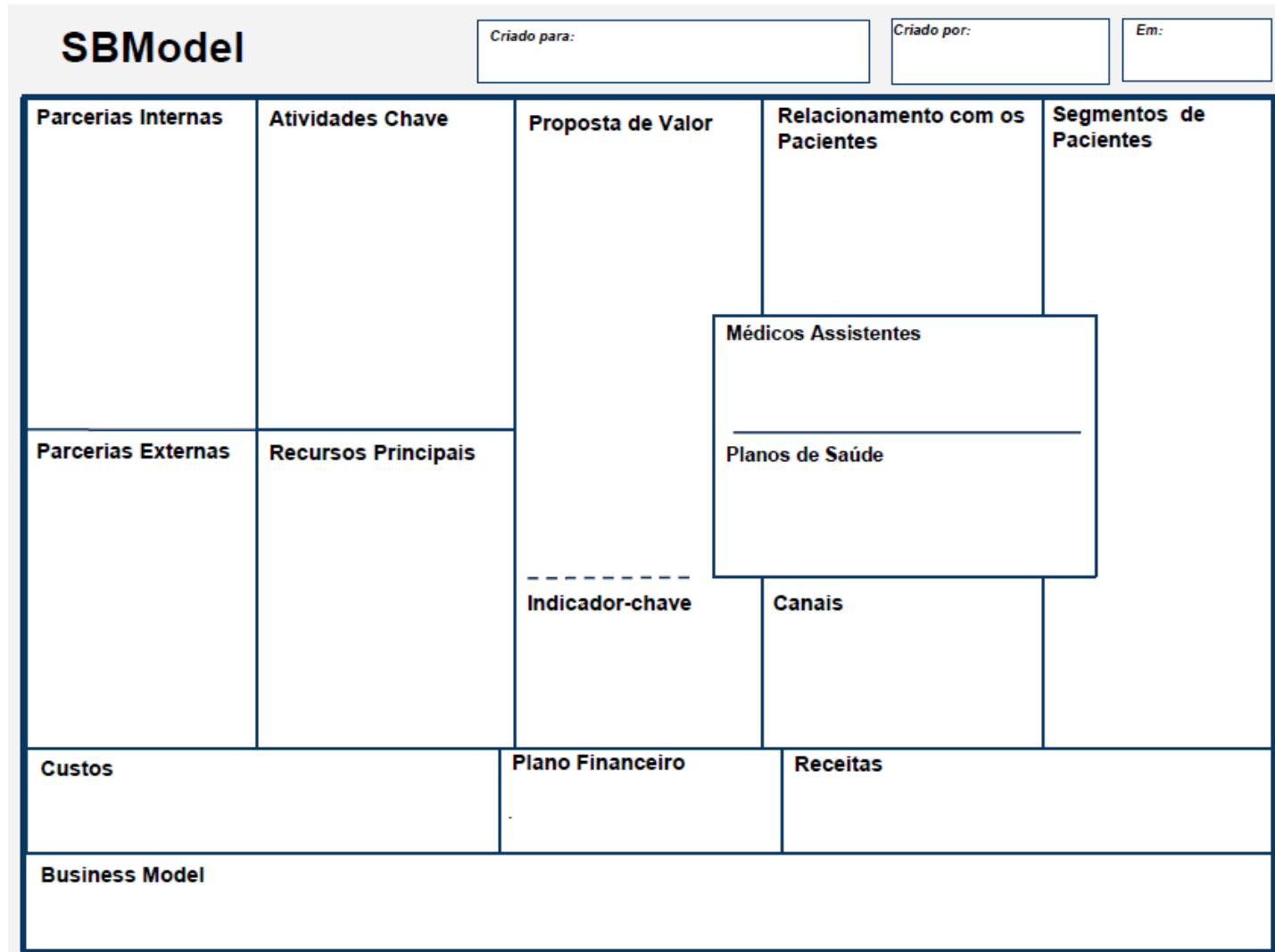
Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.3 Etapa 3 - Brainstorming

Escolhida a equipe, a mesma deve ser informada do objetivo e técnica do *brainstorming* e do Business Model para que cada um traga o maior número de informações possíveis a respeito do novo serviço. Deve-se utilizar a técnica correta para o brainstorming, observando-se a diversidade do grupo participante. Pode-se utilizar um grande quadro com os blocos do Business Model (SBModel) desenhados em um quadro branco ou *flip-chart*, onde sugere-se que o grupo participante cole ideias com a utilização de etiquetas autocolantes (como Post-its®), pela facilidade em removê-las, ou troca-las de lugar (Figura 12). O objetivo principal do Business Model é entender as necessidades dos clientes (pacientes) e como o hospital (instituição) pode atendê-las. Para facilitar a realização do *brainstorming*, pode-se enviar previamente aos participantes o material explicativo sobre o canvas do Business Model (SBModel) e, no início da reunião, deve ser feita uma explanação sobre o uso deste canvas, com a função de cada um de seus elementos e também sobre o funcionamento do *brainstorming*. Para o sucesso do *brainstorming* algumas regras devem ser observadas: não se deve julgar as opiniões, ideias incomuns são bem-vindas e somente uma discussão deve ocorrer por vez. No entanto não se deve perder o foco da discussão.

Recomenda-se que se registre, guardando ou fotografando o canvas (quadro do Business Model) resultante do encontro.

Figura 12 - SBModel



Fonte: elaborado pelo autor.

Como auxílio na realização do *brainstorming* tem-se, na sequência, algumas questões sugeridas, a serem observadas pelo organizador no preenchimento de cada bloco (ou componente) do canvas. O *brainstorming* deve manter sua metodologia, pois dúvidas não respondidas poderão ser respondidas na sequência. Estas questões foram baseadas no referencial teórico utilizado no presente trabalho, bem como nas análises e discussões que ocorreram ao longo da construção do método (SBModel).

Para o Componente Pacientes:

- a) Quais grupos de pacientes o novo serviço médico busca atender?
- b) Quais mercados (existentes ou novos) devem ser considerados?
- c) Qual grupo de paciente é o mais importante?
- d) Quais são as necessidades e anseios manifestados pelos grupos de pacientes? E quais as não manifestadas?
- e) Quais produtos de interesse dos grupos de pacientes hoje não são ofertados por não serem cobertos por planos de saúde?

O componente pacientes foi criado a partir do Segmento de Clientes do Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) (que sugere as questões: para quem estamos criando valor e quem são nossos consumidores mais importantes?), com a adaptação surgida durante a evolução para o SBModel, em sua aplicação na elaboração de novos serviços de saúde.

Com as questões propostas busca-se entender as reais necessidades dos pacientes, procurando-se modelar o futuro serviço médico sem excessos os carências, evitando o conceito *job shop* (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009) e também busca-se oferecer serviços não cobertos por planos de saúde - não constantes no rol da ANS (“ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar”, 2014) ou àqueles pacientes com dificuldade em contratar um plano. (BRASILEIROS..., 2013). Diferentes formas de obtenção de informações (primárias ou secundárias) dos pacientes e seus anseios podem ser utilizadas, indo desde pesquisas de satisfação até entrevistas e observação da rotina do paciente.

Para o Componente Proposta de Valor:

- a) O que o novo serviço médico tem a oferecer a seus grupos de pacientes (que valor entregamos a eles)?
- b) O que a empresa pode oferecer para solucionar os problemas ou necessidades desses grupos de pacientes?
- c) Que necessidades dos grupos de pacientes estamos satisfazendo?
- d) Há a possibilidade do novo serviço médico funcionar como uma unidade de práticas integradas, realizando todo o ciclo de atendimento de uma doença ou condição de saúde?
- e) A proposta de valor leva em consideração a humanização no atendimento aos pacientes?
- f) Qual o indicador-chave da proposta de valor da organização?

A proposta de valor é entendida no Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) como o segmento que descreve os produtos ou serviços que criam valor para cada segmento de cliente (paciente), devendo esclarecer que valor entregamos ao cliente, quais problemas estamos ajudando a resolver, que necessidades estamos satisfazendo e que produtos e serviços estamos oferecendo aos clientes (pacientes). Porter e Teisberg (2007) defendem a estrutura de unidades de práticas integradas (UPIs), como forma de centrar o atendimento no paciente e em suas reais necessidades e não na conveniência do hospital ou do serviço médico. Também deve-se observar as capacidades (atuais e a serem desenvolvidas) da instituição de saúde e do novo serviço médico, sendo que a proposta de valor deve estar alinhada a essas capacidades (BARNEY, 1991) e ao planejamento estratégico da instituição de saúde. (BOSSIDY; CHARAN, 2005).

O indicador-chave da proposta de valor não está presente no Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) e foi adicionado pela relevância de se ter uma métrica principal (indicador) auxiliando a medição do efetivo cumprimento da proposta de valor. Essa evidência surgiu na validação com os gestores.

Para o Componente Canais:

- a) Como o novo serviço médico alcança seus grupos de pacientes; como entregar a eles sua proposta de valor?
- b) Que canais nossos grupos de pacientes querem ou necessitam (o tangível)?
- c) Como atender adequadamente às 5 fases do canal (conhecimento, avaliação, compra, entrega e pós-venda)?

O componente canais deve descrever como uma empresa se comunica e entrega sua proposta de valor a seus clientes. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). É como o novo serviço médico fará a entrega física de produtos e serviços a seus pacientes. O novo serviço deve se preocupar em atender às cinco fases do canal (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011):

- a) conhecimento: como aumentar o conhecimento dos pacientes sobre nossos serviços,
- b) avaliação: como auxiliar os pacientes a entenderem a proposta de valor,
- c) utilização: como facilitar a utilização dos serviços pelos pacientes,
- d) entrega: como entregar a proposta de valor aos pacientes e
- e) pós-venda: como interagir com os pacientes após o atendimento (e facilitar os próximos atendimentos).

Relacionamento com Pacientes:

- a) Como o novo serviço médico se conecta e se relaciona com os seus pacientes (o intangível)?
- b) Que forma de relacionamento cada grupo de pacientes deseja?
- c) Qual o custo de cada um?
- d) Como os relacionamentos se integram com o Business Model?

Este componente descreve os tipos de relação que o serviço médico descreve com seus grupos de pacientes. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). O

serviço médico depende do plano de saúde do paciente para se comunicar com ele, ou tem uma comunicação independente, considerando-se que, em média, 90% dos atendimentos no Brasil são feitos através de planos de saúde (ANHAP, 2013)? Existe cocriação envolvendo os pacientes (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011)?

Para o Componente Médicos Assistentes:

- a) Como fidelizar os médicos assistentes, estimulando-os a trazerem seus pacientes e trabalharem como parceiros do novo serviço médico?
- b) Como estimular os médicos assistentes a terem uma relação de exclusividade com o serviço (ou instituição) de saúde?

O componente médicos assistentes não está presente no Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) e tampouco no ModelH (RILEY, 2013), podendo ser enquadrado no componente parcerias principais em ambos os modelos. O presente estudo entende que os médicos assistentes, reunidos em um corpo clínico independente na maioria dos hospitais brasileiros (ANAHP, 2010), têm uma importância marcante para a maioria dos serviços de saúde, merecendo uma abordagem em separado, com um esforço de alinhamento das expectativas em busca de resultados comuns dos médicos e do serviço médico, obtendo-se uma maior eficiência nos tratamentos dos pacientes como resultado. (PORTER; TEISBERG, 2007).

Para o Componente Planos de Saúde:

- a) Como será a relação do novo serviço médico com os planos de saúde e quanto dependerá de cada um deles (em percentual de atendimentos e de faturamento)?
- b) Haverá alguma relação especial com eles (exclusividade, preferência ou remuneração diferenciada)?
- c) Há a previsão de alguma cobrança direta (total ou complementar) do paciente e como essa cobrança será vista pelo plano de saúde?
- d) Como estabelecer uma relação ganha-ganha com os planos de saúde?

O componente planos de saúde, inexistente no Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) é chamado de pagador no ModelH (RILEY, 2013), modelo que retrata a criação de serviços de saúde nos Estados Unidos. Os planos de saúde têm importância fundamental na grande maioria dos serviços de saúde por sua preponderância em relação aos pacientes que pagam diretamente pelos seus tratamentos de saúde, sendo que esses que são chamados de pacientes particulares representam apenas 10% do total dos atendimentos nos hospitais privados (ANHAP, 2013). Durante a elaboração do SBModel deve-se atentar para as formas de melhorar a relação com os planos de saúde, em uma proposição de valor de soma positiva, com ganho de eficiência. (PORTER; TEISBERG, 2007). Também deve haver uma preocupação com a possível dependência de um ou de poucos planos de saúde para a atração de pacientes para o novo serviço médico.

Recursos Principais:

- a) Quais os principais recursos (físicos, intelectuais, humanos e financeiros) necessários para que o novo serviço médico gere sua proposta de valor?
- b) Quais os principais recursos requeridos pelos canais e pelo relacionamento com os pacientes para que o novo serviço médico entregue sua proposta de valor aos pacientes?
- c) Qual será o papel e envolvimento dos médicos (rotineiros, plantonistas) e a equipe assistencial (enfermagem e outros profissionais) no serviço? esses profissionais estão disponíveis no mercado? como capacitá-los, mantendo-os atualizados?

Segundo Osterwalder e Pigneur (2011), esse componente descreve os recursos mais importantes exigidos para fazer o novo serviço funcionar. É importante que se tenha a real dimensão dessa necessidade para se evitar desperdícios, buscando-se eliminar os recursos redundantes ou que pouco acrescentem à proposta de valor do novo serviço, como recomenda a Estratégia do Oceano Azul. (KIM; MAUBORGNE, 2005).

Para o Componente Atividades-Chave:

- a) Quais são as principais ações e atividades necessárias para que o novo serviço médico gere a proposta de valor a ser entregue aos pacientes?

As atividades-chave devem atender a proposta de valor a ser entregue aos pacientes. São as principais ações realizadas por uma empresa para que seu modelo de negócios funcione de forma adequada. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). O novo serviço médico precisa evitar o problema comum de fazer tudo para todos, concentrando-se nas atividades que criam valor para o paciente em alinhamento com a proposta de valor. (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

Para o Componente Parcerias Principais:

- a) Quais são os principais parceiros externos (fornecedores, outras instituições de saúde) necessários para que o novo serviço médico entregue a sua proposta de valor?
- b) Quais são os principais parceiros internos (outros setores do hospital, assistenciais ou não) necessários?
- c) Como será a relação com estes parceiros?

Esse componente descreve a rede de parceiros e fornecedores que habilita o funcionamento da empresa. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). Os fornecedores mais integrados ao novo serviço e mais eficientes, por exemplo, devem ser recompensados, evitando-se estimular o jogo de soma zero. (PORTER; TEISBERG, 2007). Um serviço médico só funciona adequadamente se houver sinergia interna (com os demais serviços hospitalares, por exemplo). Todos os serviços devem ter uma lógica de funcionamento integrado, sem competição interna, pois o concorrente está fora da empresa. (BOSSIDY; CHARAN, 2005).

Para o Componente Receitas:

- a) Quais são as fontes de receita previstas para o novo serviço médico (planos de saúde, pagamento direto do paciente, outros)?
- b) Quais valores os clientes estão dispostos a pagar pela proposta de valor e como efetivarão este pagamento?

- c) Como desenvolver fontes alternativas de receita (doações, parcerias) para o novo serviço médico?

As receitas previstas seguirão o padrão da maioria dos serviços de saúde brasileiros, com predominância de atendimento a pacientes conveniados a planos de saúde (ANHAP, 2013) ou o novo serviço médico tem a possibilidade de gerar produtos com previsão de pagamento direto por parte dos pacientes (pacientes particulares)? O novo serviço tem projetos capazes de mobilizar a sociedade para doações?

Para o Componente Custos:

- a) Como é a estrutura de custos do novo serviço médico?
b) Quais são os investimentos necessários para o funcionamento do novo serviço médico e como será o cronograma desses investimentos?
c) Que custos podem ser reduzidos sem prejuízo à proposta de valor?

Para a organização adequada da estrutura de custos do novo serviço médico, é necessário saber-se se ele terá uma estratégia de baixo custo ou diferenciação (PORTER, 2004). Também deve-se estimar corretamente o cronograma de investimentos do novo serviço, evitando-se o mau funcionamento do mesmo (na escassez de recursos necessários) e, por outro lado, a alocação exagerada e desnecessária de recursos. Os investimentos desnecessários devem ser eliminados. (KIM; MAUBORGNE, 2005).

Para o Componente Plano Financeiro:

- a) O resultado financeiro será estimado considerando-se diferentes cenários econômicos (pessimista, atual (neutro) e otimista)?
b) Quais taxas de retorno financeiras (diretas ou indiretas) serão necessárias para que o investimento no novo serviço médico se justifique? Há alguma outra justificativa (estratégica)?

O plano financeiro será organizado posteriormente ao *brainstorming*, porém algumas considerações já serão úteis nesse momento, tendo-se em mente que todo investidor espera um retorno financeiro compatível com o risco do empreendimento. (DEUTSCHER, 2010). Esse retorno pode ser direto ou indireto (quando o retorno financeiro ocorre em outros serviços da instituição de saúde alavancados pelo novo serviço médico). Deve-se realizar uma análise de cenários, pois um serviço pode se justificar apenas com cenários econômicos específicos. (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Para o Componente Business Model:

- a) Como podemos resumir em uma frase o modelo de negócios do novo serviço médico?

O modelo de negócios resultante do novo serviço médico é adequado e sustentável, com uma boa relação custo-benefício (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009)? É possível resumir o modelo de negócios proposto em uma ou duas frases? Esse elemento não existe no canvas do Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011), tendo sido incluído no SBModel pela importância de se ter destacado o modelo de negócios do serviço médico.

Após a realização do *brainstorming* o organizador deve reunir e organizar o material obtido. De posse do material, o organizador pode fazer um canvas eletrônico, a exemplo do modelo apresentado na Figura 12, que será disponibilizado aos participantes para conferência. Essa conferência pode ser realizada presencialmente ou à distância.

5.2.4 Etapa 4 - Montagem do Canvas Final e Análises

Com o canvas inicial montado, o organizador reunir-se-á com as chefias para uma organização final do mesmo. Novos dados podem ser acrescentados, outros modificados ou suprimidos. É o momento de se refinar o modelo, buscando sempre atender o cliente (paciente) com a melhor oferta de valor possível. Deve-se revisar as questões do *brainstorming* (Etapa 3) buscando lacunas a serem preenchidas e dúvidas a serem sanadas.

Após a finalização do canvas, parte-se para as análises da organização: de mercado, competitiva e macroeconômica (externalidades). Também recomenda-se ser feita a análise SWOT e a Estratégia do Oceano Azul. Devem ser consideradas apenas as análises adequadas para cada projeto, pois nem todas se mostrarão necessárias, dependendo de cada novo serviço médico a ser criado.

A Análise da Organização através da Visão Baseada em Recursos (RBV) (BARNEY, 1991) contempla os recursos estratégicos da empresa e do novo serviço médico: o valor, a raridade, a inimitabilidade e a substitutibilidade, para fazer frente aos elementos externos. A Análise de Mercado busca entender as forças do mercado. Para onde o mercado está indo? Quais são os segmentos de clientes mais importantes e do que eles precisam? O que mantém o cliente fidelizado a uma empresa e pelo que esses clientes estão realmente dispostos a pagar? Deve-se ter em mente quem é o real cliente, quem são os intermediários e parceiros.

Já a análise competitiva, baseada nas 5 forças de Porter (PORTER, 1979) busca compreender quem são os concorrentes (quais suas vantagens e desvantagens competitivas), os novos entrantes (e qual o modelo de negócios deles), quais são os serviços substitutos, quem são os fornecedores e os outros participantes da cadeia de valor e qual é o público de interesse ou *stakeholders* (donos da empresa, conselho, trabalhadores, governo, médicos assistentes, planos de saúde). A análise macroeconômica (externalidades) permite reconhecer a situação econômica regional, nacional e internacional, com as necessidades e possibilidades de financiamento. Também deve-se analisar as tendências (tecnológicas, regulatórias, sociais e econômicas). E a análise SWOT coloca as proposições feitas na forma de forças e fraquezas da instituição e as oportunidades e ameaças existentes no mercado.

Adicionalmente, pode-se lançar mão da Estratégia do Oceano Azul (KIM; MAUBORGNE, 2005), que se foca em avaliar os fatores que podem ser reduzidos ou eliminados em uma empresa e os fatores que necessitam ser aumentados ou criados.

Os elementos anteriores subsidiam a criação do Plano Financeiro e dos cenários de análise. Através da elaboração de um plano financeiro estima-se a viabilidade e o retorno financeiro do novo projeto. Para a realização dessa etapa é necessário o envolvimento dos serviços de apoio, como marketing, financeiro,

departamento de pessoal, BI (*business intelligence*), além da validação com a direção da instituição.

5.2.5 Etapa 5 - Plano financeiro e Análise de Viabilidade

Após a realização das análises o organizador juntamente com a direção do hospital e grupo de técnicos (dos setores financeiro, controladoria, comercial) deve elaborar o plano financeiro e a análise de viabilidade do serviço, tanto em relação aos aspectos financeiros quanto à sinergia com os demais serviços da instituição. Ao final deve recomendar ou não sua implementação ou reorganização – mote da apresentação que ocorrerá na etapa 6. O grupo de técnicos necessários poderá variar conforme o serviço médico a ser implementado, sendo analisado caso a caso.

5.2.6 Etapa 6 - Apresentação do Canvas

É a finalização do trabalho, com a apresentação formal do SBModel à Diretoria da organização, com a recomendação ou não da implementação do futuro serviço médico. A diretoria pode solicitar algum ajuste ou revisão do projeto. Também o projeto não é fechado e estanque, pois alterações podem ser necessárias ao longo da implementação do mesmo. Após o novo serviço médico entrar em funcionamento, aconselha-se revisões periódicas do projeto, ou quando ocorrer alguma modificação de cenário que a instituição julgue ter impacto relevante sobre o referido serviço. As reavaliações periódicas podem atestar o sucesso do projeto e de sua implementação e acompanhamento. Também podem embasar os futuros projetos, criando uma curva de aprendizagem dentro da instituição de saúde.

Embora o método proposto (SBModel) tenha uma metodologia padrão, recomenda-se que sejam consideradas as particularidades de cada organização, de cada equipe de trabalho e suas influências em cada projeto.

5.3 Análise Comparativa com os Modelos Existentes

O método proposto (SBModel) é uma adaptação do Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) para o cenário brasileiro de serviços de saúde. O Business Model tem foco central no binômio cliente-proposta

de valor, mostrando-se mais adequado ao setor saúde, em comparação ao plano de negócios tradicional. (DEUTSCHER, 2010). O Business Model tem uma adaptação para uso no contexto norte-americano de saúde, o ModelH (RILEY, 2013), que porém não reflete o cenário de saúde brasileiro, dadas as diferenças de funcionamento dos respectivos sistemas de saúde, funcionando os planos de saúde, no Brasil, como complementares ao Sistema Único de Saúde (SUS). (ANS, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é um direito de todos os brasileiros, segundo a Constituição Federal vigente. Os hospitais e outros atores prestadores de serviços de saúde preocupam-se em atender a essas necessidades, sem descuidar de sua sustentabilidade. No caso das instituições privadas há uma dependência cada vez maior da receita oriunda dos planos de saúde, sendo estes, por sua vez, pressionados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula o setor. Por essa razão, planejar quais e como serviços médicos serão ofertados torna-se alvo de atenção por parte dos gestores dessas organizações. Por se tratar de um elemento de confluência de interesses éticos, sociais, organizacionais e técnicos, evidenciou-se a necessidade de organizar o planejamento de serviços médicos em um ambiente hospitalar nesse cenário complexo. O produto proposto nesta pesquisa emergiu de uma pesquisa-ação, considerando a realidade de hospitais privados brasileiros e baseado na premissa de isomorfismo mimético estrutural e gerencial dessas organizações. (DIMAGGIO; POWELL, 1983).

Na elaboração de um primeiro serviço médico foi utilizado o plano de negócios (*business plan*), com a conclusão de não ser a ferramenta mais adequada. Percebeu-se que o plano de negócios descreve e comunica um projeto, detalhando como implementá-lo, mas que um método muito simplificado poderia deixar a descoberto uma maior preocupação com as necessidades dos pacientes e a forma como o hospital as atenderia.

No planejamento de um segundo serviço médico utilizou-se o Business Model Generation, modelo escolhido por sua preocupação central com as necessidades dos clientes e com a forma com que a organização busca saná-las. Percebeu-se então uma sinergia muito maior entre esse método e os resultados procurados. Entretanto ainda havia lacunas a serem preenchidas, pois o Business Model Generation enxerga a relação entre o cliente e a organização como sendo direta, sem intermediários, sendo a mesma realizada através dos canais e do relacionamento com o cliente. Já nos hospitais essa interface sofre, em geral, interferências. No contexto estudado, os planos de saúde interferem na relação tanto direcionando os pacientes segurados a um ou outro hospital quanto sendo os responsáveis pelo pagamento das contas dos pacientes na grande maioria das vezes. Também os médicos assistentes atuam nos hospitais de forma independente

(integrando o corpo clínico) e podem direcionar seus pacientes para uma ou outra instituição. Essas características do subsistema de saúde complementar brasileiro não são previstas como pontos focais do Business Model Generation, podendo, se não consideradas, levar a modelos de negócios frágeis.

Buscou-se então outros modelos que atendessem às necessidades dos serviços médicos. O único modelo encontrado foi o ModelH, adaptado à realidade norte-americana de serviços de saúde, mas que mostrou-se também pouco adaptável à realidade local pelas diferenças encontradas entre os sistemas de saúde norte-americano e brasileiro.

Por fim entendeu-se como mais adequado partir para a formulação, através da modificação do Business Model Generation, de um modelo próprio à realidade e às necessidades locais para o planejamento ou reformulação de serviços médicos. Surgiu então o SBModel, um método acompanhado de um modelo para o planejamento de serviços médicos em hospitais brasileiros. O método foi criado a partir do conhecimento adquirido nas aplicações anteriores, sendo ao final validado por gestores de hospitais particulares (que atendem planos de saúde) de Porto Alegre. Os gestores perceberam que o método tem perspectiva de utilização no planejamento de novos serviços médicos ou na reorganização de serviços existentes, podendo ser utilizado como ferramenta padrão em hospitais brasileiros.

Após a validação do método, foi feita ainda mais uma aplicação deste, com o planejamento de um serviço médico em um hospital distinto do cenário das duas aplicações iniciais. Com o acréscimo desta experiência foi, então, apresentado o método e o modelo (SBModel) finalizado. O método é composto por 6 etapas, podendo, cada uma delas, ser dividida em um ou mais encontros. Busca assessorar o planejador com uma lista de perfis-chave recomendados dos participantes e de técnicas de levantamento e análise de dados, valorizando o conhecimento que os médicos e demais profissionais envolvidos no projeto têm do cenário do serviço médico em questão. O SBModel utiliza o *brainstorming* como ferramenta central, realizado diretamente no canvas e trazendo uma lista de questões para auxiliar sua realização. É finalizado com uma análise de viabilidade, focando aspectos financeiros e a sinergia do serviço médico com o hospital.

O SBModel apresenta uma limitação pois parte de uma certeza da organização, o hospital, no caso, de qual novo serviço médico deseja planejar ou reestruturar (em caso de serviço já existente). Não está no escopo do método o

estudo do hospital como um todo para determinar que área ou serviço médico deve ser priorizado, servindo assim como apoio as decisões da organização (como ocorre no planejamento estratégico), muito embora o método possa influenciar no ciclo de planejamentos seguintes. Essa extensão é deixada como oportunidade de estudos futuros, a partir da existência do SBModel.

Salienta-se que o SBModel pode ainda vir a ter modificações e evoluções à medida que for utilizado em outros serviços médicos e outros hospitais. O SBModel não foi utilizado no planejamento de serviços médicos extra-hospitalares e acredita-se que assim possa ser feito, ficando a sugestão de um primeiro trabalho futuro. Também sua replicabilidade requer ser testada em maior profundidade no futuro, tanto em hospitais privados como em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), e em outros estados brasileiros além do Rio Grande do Sul. Um estudo de maior fôlego como esse requereria um tempo incompatível com o de desenvolvimento do método e o de um mestrado. Por fim a utilização do método visando a inovação seria a sugestão final de trabalhos futuros, dada carência detectada por este trabalho no apoio as decisões organizacionais na área da saúde brasileira, reforçada pela visão dos especialistas consultados durante a pesquisa.

REFERÊNCIAS

AGNELLI, A. **UnitedHealth conclui compra da Amil**. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/negocios/noticias/unitedhealth-conclui-compra-da-amil>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES. **Top Issues Confronting Hospitals**: 2013. Disponível em: <<https://www.ache.org/pubs/Releases/2014/top-issues-confronting-hospitals-2013.cfm>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório ANAHP 2010**. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos/revista-observat%C3%B3rio/observat%C3%B3rio-anahp-2010>>.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório ANAHP 2013**. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos/revista-observat%C3%B3rio/observat%C3%B3rio-anahp-2013>>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BALIARDO, R. **Barbosa diz que judicialização da saúde é tema superlativo**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2013-jun-03/joaquim-barbosa-judicializacao-saude-problema-superlativo>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BARNEY, J. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, v. 17, n. 1, p. 99–120, 1991.

BOSSIDY, L.; CHARAN, R. **Execução: a disciplina para atingir resultados**. 30^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

BRANDT, J. A et al. An evidence-based business planning process. **The Journal of nursing administration**, v. 39, n. 12, p. 511–3, dez. 2009.

CHERUBIN, N. A. **Administração Hospitalar: Fundamentos**. São Paulo: CEDAS, 1997.

CHRISTENSEN, C. M.; GROSSMAN, J. H.; HWANG, J. **Inovação na gestão da saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

COHN, K. H.; SCHWARTZ, R. W. Business plan writing for physicians. **American Journal of Surgery**, v. 184, p. 114–120, 2002.

BRASIL Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 22 abr. 2014.

COSTA, M. **Rede D'Or compra Hospital São Luiz**. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,rede-dor-compra-hospital-sao-luiz,604523,0.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The Sage Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.

DESAFIOS e perspectivas da consultoria em saúde. 2012. Disponível em: <<http://www.einstein.br/consultoria/artigos/Paginas/desafios-e-perspectivas.aspx>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

DEUTSCHER, J. A. **Plano de negócios**: um guia pático. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. **American Sociological Review**, v. 48, n. 2, Apr., 1983..

DORNELAS, J. **Modelo de negócios canvas ou plano de negócios**. Disponível em: <<http://economia.uol.com.br/ultimas-noticias/colunistas/jose-dornelas/2013/07/08/modelo-de-negocios-canvas-ou-plano-de-negocios.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

DRUCKER, P. F. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999.

ESCRIVÃO JR., Á. **Profissionalização da gestão na área da saúde tornou-se uma necessidade**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mercado/59658-profissionalizacao-da-gestao-na-area-de-saude-tornou-se-uma-necessidade.shtml>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

ESCRIVÃO JR., Á.; KOYAMA, M. F. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 903–914, 2007.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**: previsão, organização, comando, coordenação, controle. 10^a. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOULART, F. A. DE A.; CARVALHO, G. DE C. M. **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

IMUNIZAÇÃO... **Imunização na terceira idade**. Disponível em: <<http://www.sbim.org.br/noticias-sbim/imunizacao-na-terceira-idade/>>. Acesso em: 2 set. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas do Século XX**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticasecxxhtml.shtml>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Variação dos custos médico-hospitalares VCMH/IESS**. Disponível em: <<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/yuk80i5xc3rsjew.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

JAGGI, M. Tendência de consolidação vai continuar. **Valor Economico**, fev. 2011.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The Balanced Scorecard - measures that drive performance. **Harvard business review**, jan. 1992.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Mapas estratégicos - balanced scorecard: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A execução premium: a obtenção de vantagem competitiva através do vínculo da estratégia com a operação dos negócios**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

KATES, S. L. Lean business model and implementation of a geriatric fracture center. **Clin Geriatr Med**, v. 30, p. 191–205, 2014.

KIM, W. C.; MAUBORGNE, R. **A estratégia do oceano azul: como criar novos mercados e tornar a concorrência irrelevante**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

LABOISSIÈRE, P. **ANS quer regular hospitais e clínicas**. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-02-14/presidente-da-ans-quer-que-agencia-passe-regular-prestadores-de-servicos-de-saude>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

LAMBERT, S. C. Deconstructing business model frameworks using a reference model. **Centre for Accounting, Governance and Sustainability Occasional Working Paper**, v. 0409, n. 4, 2012.

LEANDRO, T. **Defesa da concorrência e saúde suplementar: a integração vertical entre planos de saúde e hospitais e seus efeitos no mercado**. [S.I.] Universidade de Brasília, 2010.

LIU, Y.; WEI, J. Business modeling for entrepreneurial firms: four cases in China. **Chinese Management Studies**, v. 7, n. 3, p. 344–359, 2013.

MARTINET, A.; HAFSI, T. Documentos e Debates estratégia e gestão estratégica das empresas : um Olhar Histórico e Crítico. v. 12, n. 4, p. 1131–1158, 2008.

MAUTONE, S. **Segmento de planos de saúde é desconhecido**. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/negocios/noticias/segmento-de-planos-de-saude-e-desconhecido-m0059035/>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

MEDICAID. **Medicaid**. Disponível em: <<http://www.medicare.gov/>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

MEDICARE. **Medicare**. Disponível em: <<https://www.medicare.gov/>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári da Estratégia**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

MOYSÉS FILHO, J. K. H. N. et al. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

NGUYEN, H. The principal-agent problems in health care: evidence from prescribing patterns of private providers in Vietnam. **Health policy and planning**, v. 26 Suppl 1, p. i53–62, jul. 2011.

OECD. **Health at a Glance 2013**, 2013. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

OLIVEIRA, H. G. et al. Transbronchoscopic pulmonary emphysema treatment: 1-month to 24-month endoscopic follow-up. **Chest**, v. 130, n. 1, p. 190–9, jul. 2006.

OSTERWALDER, A. **The Business model ontology - a proposition in a design science approach**. [S.l.] Université de Lausanne, 2004.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. **Business model generation - inovação em modelos de negócios**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2011.

PASTIS, N. J.; SIMKOVICH, S.; SILVESTRI, G. A. Understanding the economic impact of introducing a new procedure: calculating downstream revenue of endobronchial ultrasound with transbronchial needle aspiration as a model. **Chest**, v. 141, n. 2, p. 506–12, fev. 2012.

PORTAL G1. **Brasileiros têm dificuldades para contratar planos de saúde individuais**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2013/12/brasileiros-tem-dificuldades-para-contratar-planos-de-saude-individuais.html>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

PORTAL G1. **Emergências lotam no RS e pacientes aguardam horas por atendimento**. Disponível em: <<http://m.g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/01/emergencias-lotam-no-rs-e-pacientes-aguardam-horas-por-atendimento.html?menu=5c719a78bd00b16>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

PORTER, M. How competitive forces shape strategy. **Harvard business review**, 1979.

PORTER, M. **Estratégia competitiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

PORTER, M.; TEISBERG, E. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

REED, M. M.; BRUNSON, R. R. ET&P Proton Cancer Therapy Center- an entrepreneur's dilemma.pdf. **Entrepreneurship Theory and Practice**, p. 1091–1102, 2011.

RILEY, K. **ModelH**. Disponível em: <<http://healthmodelinnovation.com/modelh/>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

RUTHES, R. M.; CRISTINA, I.; OLM, K. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. v. 9, n. 11, p. 93–102, 2007.

SAHLMAN, W. A. How to write a great business plan. **Harvard business review**, p. 98–108, 1997.

SALIM, M. **Plano de negócios x modelo de negócios**. Disponível em: <<http://www.endeavor.org.br/artigos/start-up/plano-de-negocio/plano-de-negocios-x-modelo-de-negocios>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

SALLOWICZ, M.; SOARES, P. **Plano de saúde sobe acima da inflação há dez anos seguidos, diz IBGE**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2014/01/1398230-planos-de-saude-sao-reajustados-acima-da-inflacao-desde-2004.shtml>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

SCHLEIEN, C. L. **The pediatric intensive care unit business model pediatric clinics of North America**, 2013.

SOUTHARD, P. B.; CHANDRA, C.; KUMAR, S. **RFID in healthcare: a Six Sigma DMAIC and simulation case study** *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2012.

STOUDT, R. L. **12 Strategies for managing capital projects**. *healthcare financial management*: journal of the Healthcare Financial Management Association, maio 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23678692>>

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TIEGHI, A. L. A saúde brasileira tem cura? **Revista Espaço Aberto USP**, 2013.

Unimed investe em 13 novos hospitais até 2014. Disponível em: <<http://saudeweb.com.br/28909/unimed-investe-em-13-novos-hospitais-ate-2014/>>.

VASCONCELLOS, M. J. E. DE. **Pensamento sistêmico – o novo paradigma da ciência**. Campinas: Papirus, 2013.

WOMACK, J. P.; JONES, D. T. **A mentalidade enxuta nas empresas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

ZIMLICH, R. 6 keys to profitability - Consider these points when mapping your business plan. **Medical Economics**, p. 40–41, 46–47, 2013.

ZUINI, P. **É melhor ter um plano ou um modelo de negócio?** Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/pme/noticias/e-melhor-ter-um-plano-ou-um-modelo-de-negocio/>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

APÊNDICE A - CARTA CONVITE ENVIADA AOS GESTORES POR E-MAIL

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Gestão e Negócios

Porto Alegre, (data).

Prezado (Nome)

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado "Método para Planejamento de Serviços Médicos no Brasil", vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão e Negócios da UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

O objetivo do trabalho é elaborar um instrumento, com base no Business Model Canvas, provendo as necessárias modificações de modo a orientar o planejamento de novos serviços médicos ou a reorganização de serviços já existentes em instituições de saúde brasileiras.

Para validar o estudo, no entanto, necessitamos da contribuição de gestores de serviços médicos com sólida formação e experiência.

Vimos, portanto, respeitosamente convidá-lo a participar na validação da proposta desenvolvida, contribuindo com sua expertise.

Caso aceite, pedimos que indique o momento oportuno para agendar uma entrevista de aproximadamente uma hora de duração entre o período de 27 de outubro e 14 de novembro de 2014.

Antes da realização da entrevista enviaremos o material explicativo juntamente com as questões a serem discutidas, para sua apreciação.

Certos de sua atenção colocamo-nos a sua disposição para esclarecimentos e, desde já, agradecemos por sua participação.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Guilherme Vaccaro
Orientador

Dr. Saulo Bornhorst
Mestrando do MPGN - UNISINOS

APÊNDICE B - MATERIAL ENVIADO AOS GESTORES

PROPOSIÇÃO DE UM MÉTODO DE PLANEJAMENTO PARA SERVIÇOS MÉDICOS NO BRASIL (SBModel)

A criação de um novo serviço de saúde surge de uma demanda dos pacientes, de uma decisão da instituição de saúde ou mesmo da necessidade desta instituição em organizar atividades médicas já existentes, mas sem uma sinergia.

O presente capítulo visa propor um novo método, com a finalidade de planejar novos serviços médicos (ou serviços de saúde) em instituições de saúde no Brasil. Após as aplicações, discussão e análise do Business Model à luz do setor saúde brasileiro propõe-se o novo método (SBModel).

1 Etapas

O SBModel é composto por 6 etapas. O quadro 13 resume as etapas a serem seguidas.

Quadro 13 - Cronograma de criação do novo serviço

ETAPA	SEMANA	PARTICIPANTES	ATIVIDADE
1	1	Direção do hospital	Escolha do serviço e grupo participante
2	2	Chefia do serviço ou consultor	Análise de cenários do novo serviço médico
3	3	Grupo diversificado	Brainstorming
4	4	Organizador	Montagem do canvas inicial
5	5 e 6	Organizador e chefia do serviço. Setores de apoio	Análise e finalização do canvas
6	6	Organizador, chefia do serviço e direção do hospital	Apresentação do canvas

Fonte: Elaborado pelo autor

ETAPA 1 – Escolha do serviço e grupo participante

Consiste em um ou mais encontros entre o organizador (nesse trabalho, esse papel foi desempenhado pelo pesquisador) e a direção do hospital, visando a apresentação do modelo a todos e a escolha o novo serviço ou especialidade médica e ser desenvolvido. O novo projeto a ser desenvolvido deve estar alinhado à estratégia (planejamento estratégico)

do hospital. Essa etapa tem importância fundamental pois uma escolha equivocada poderá trazer resultados insatisfatórios para a instituição, especialmente em termos de descasamento de expectativas.

O tempo estimado para a realização do trabalho dependerá de vários fatores, sendo um dos mais importantes o escopo do novo projeto. Um projeto de escopo muito amplo, como a construção de um novo hospital ou uma grande ampliação de uma instituição já existente irá demandar o envolvimento de um maior número de pessoas e de um tempo maior para a realização do projeto em comparação com a criação de um serviço menor ou de escopo reduzido. Uma alternativa é desdobrar um projeto maior em projetos menores.

É altamente recomendável, nessa etapa, a indicação de quem fará o papel de chefia do novo serviço. Caso a chefia ou chefias (médica, de enfermagem e administrativa) já existam é importante o envolvimento de todas elas, para que se possa abranger todas as possibilidades para o novo serviço. Caso inexista essa chefia (ou chefias) haverá a necessidade de se contar com o auxílio de consultores (da própria instituição ou externos), especialistas na área de abrangência do novo serviço. A figura da chefia (ou chefias) é requerida de modo a permitir uma análise completa e adequada do serviço ou especialidade médica, com suas características dentro da instituição e do mercado local de saúde. Um resumo da etapa 1 é apresentado no quadro 14, a seguir.

Quadro 14 - Resumo dos objetivos da etapa 1

- Encontro(s) do organizador com a Direção do Hospital;
- Escolha do novo serviço ou especialidade médica a ser desenvolvido;
- Estimativa de tempo para o desenvolvimento do novo serviço;

Fonte: Elaborado pelo autor.

ETAPA 2 - Análise de cenários do novo serviço médico

Nessa série de encontros participam as chefias (ou consultores) como relatado na Etapa 1. O objetivo dessa etapa é travar um primeiro contato com as chefias, buscando mapear os cenários do futuro serviço. É importante para o sucesso do projeto que o organizador desenvolva um bom relacionamento com a equipe (nesse caso, chefias) com quem irá trabalhar. Os envolvidos nessa etapa deverão entender o cenário do futuro serviço e sua relação com a instituição e também os cenários locais e regionais desse serviço. Deve-se procurar descrever preliminarmente cada produto passível de ser oferecido pelo futuro serviço aos clientes e entender a concorrência a cada um deles, para auxiliar na composição da visão geral do mercado. Nesta segunda etapa também se deve verificar as

carências da instituição no apoio ao novo serviço, ou seja, todas as necessidades de setores que terão alguma interface com o serviço.

Para que se estime o tamanho do mercado potencial, deve-se lançar mão de dados da própria instituição, quando disponíveis, dados existentes nos órgãos reguladores (municipais, estaduais e federais), dados das demais instituições de saúde e, no caso de inexistência, incompletude ou inconsistência desses, pode-se utilizar dados epidemiológicos de outros países, buscando uma aproximação à realidade local.

Por fim essa etapa visa também preparar o *brainstorming* que será realizado na etapa seguinte. Deve-se utilizar a técnica correta para o *brainstorming*, observando-se uma diversidade no grupo participante. É importante haver representantes de diversos setores da instituição, bem como de diversos níveis hierárquicos e de diferentes profissões, níveis de escolaridade, idades e tempo de casa. A opinião de pessoas que tenham trabalhado em outras instituições é valiosa. Por sua vez grupos muito grandes tendem a ser pouco produtivos. Estima-se que um número entre sete e dez pessoas é o ideal. Esse número entretanto não deve engessar o *brainstorming*, pois serviços novos ou muito pequenos terão menos participantes e grandes projetos, como um hospital inteiro demandarão mais pessoas envolvidas. Um resumo da etapa 1 é apresentado no quadro 15, a seguir.

Quadro 15 - Resumo dos objetivos da etapa 2

- Reunião com as chefias ou consultores do futuro serviço.
- Explicar o processo (SBModel) aos chefes ou consultores, estabelecendo as alianças necessárias com eles.
- Descrever os produtos possíveis de serem oferecidos aos pacientes.
- Traçar o cenário local e regional de saúde, com atenção para o serviço médico (de saúde).
- Identificar as carências da instituição no apoio ao novo serviço.
- Preparar o *brainstorming* escolhendo os participantes, com a lógica da

Fonte: Elaborado pelo autor.

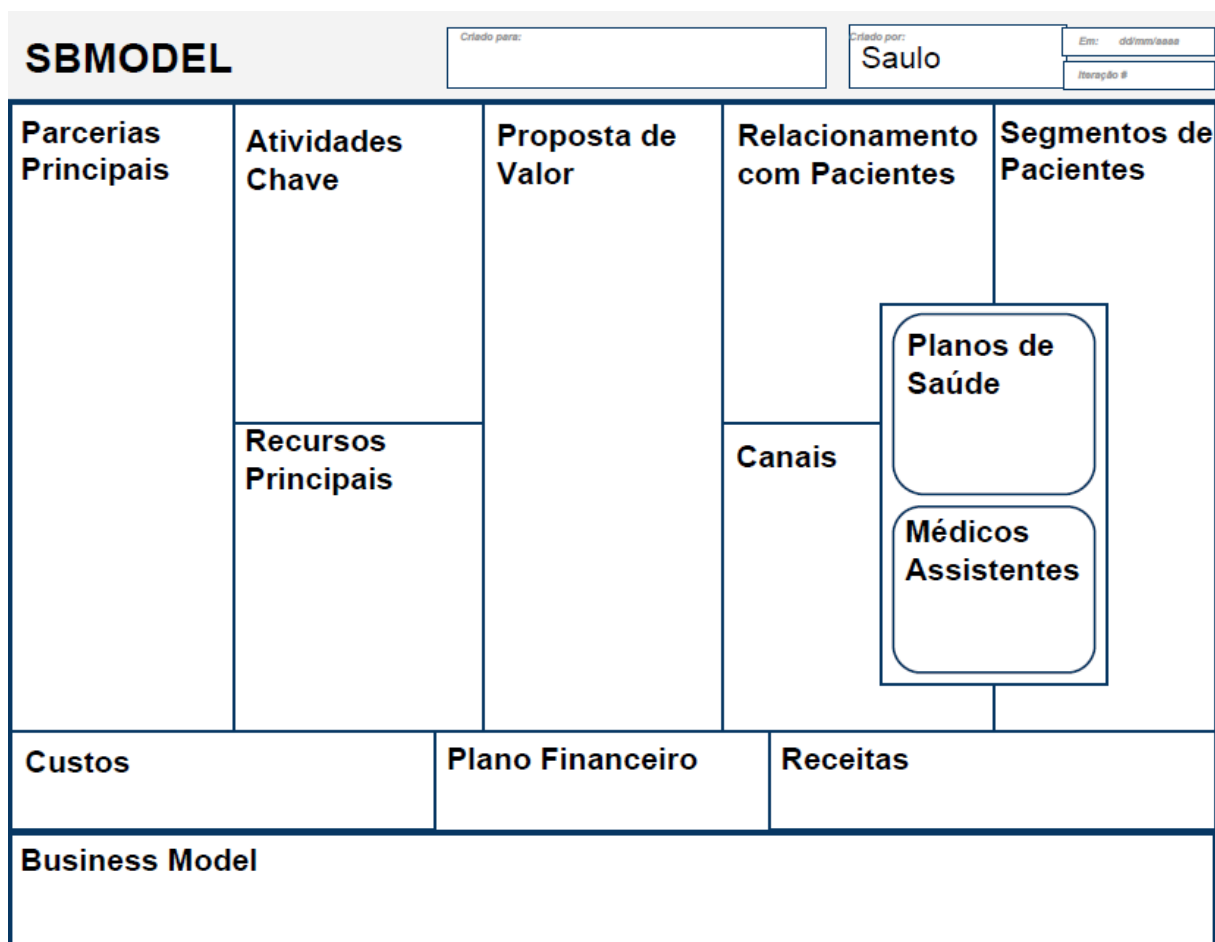
ETAPA 3 – *Brainstorming*

Escolhida a equipe, a mesma deve ser informada do objetivo e método do *brainstorming* e do Business Model para que cada um traga o maior número de informações possíveis a respeito do novo serviço. Deve-se utilizar a técnica correta para o *brainstorming*, observando-se a diversidade do grupo participante. Pode-se utilizar um grande quadro com os blocos do Business Model (SBModel) desenhados em um quadro branco ou *flip-chart*,

onde o grupo participante cola ideias com a utilização de Post-its® (Figura 13). O objetivo principal do Business Model é entender as necessidades dos clientes (pacientes) e como o hospital (instituição) pode atendê-las. Para facilitar a realização do *brainstorming*, pode-se enviar previamente aos participantes o material explicativo sobre o canvas do Business Model (SBModel) e, no início da reunião, deve ser feita uma explanação sobre o uso deste canvas, com a função de cada um de seus elementos e também sobre o funcionamento do *brainstorming*. Para o sucesso do *brainstorming* algumas regras devem ser observadas: não se deve julgar as opiniões, ideias incomuns são bem-vindas e somente uma discussão deve ocorrer por vez. No entanto não se deve perder o foco da discussão.

Recomenda-se que se registre, guardando ou fotografando o *canvas* (quadro do Business Model) resultante do encontro.

Figura 13 - SBModel inicial



Fonte: elaborado pelo autor.

Como auxílio na realização do brainstorming temos, na sequência, algumas questões sugeridas, a serem utilizadas no preenchimento de cada bloco (ou componente) do canvas. Estas questões foram baseadas no referencial teórico utilizado no presente trabalho, bem

como nas análises e discussões que ocorreram ao longo da construção do método (SBModel).

Segmento de Pacientes:

- Quais grupos de pacientes o novo serviço de saúde busca atender?
- Qual grupo de paciente é o mais importante?
- Quais são as necessidades e anseios desses grupos?
- O que acreditamos que possa ser oferecido aos grupos de pacientes, mesmo que não tenha sido manifestado como necessidade?
- Quais serviços hoje não existentes por não serem cobertos por planos de saúde podem ser oferecidos aos grupos de pacientes pelo novo serviço de saúde?

O componente pacientes foi criado a partir do Segmento de Clientes do Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) (que sugere as questões: para quem estamos criando valor e quem são nossos consumidores mais importantes?), com a adaptação surgida durante a evolução para o SBModel, em sua aplicação na elaboração de novos serviços de saúde. Com as questões propostas busca-se entender as reais necessidades dos pacientes, procurando-se modelar o futuro serviço de saúde sem excessos os carências, evitando o conceito jobshop (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009) e também busca-se oferecer serviços não cobertos por planos de saúde (não constantes no rol da ANS (“ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar”, 2014) ou àqueles pacientes com dificuldade em contratar um plano (BRASILEIROS..., 2013).

Proposta de valor:

- O que o novo serviço de saúde tem a oferecer a seus grupos de pacientes (que valor entregamos a eles)?
- O que a empresa pode oferecer para solucionar os problemas ou necessidades desses grupos de pacientes?
- Que necessidades dos grupos de pacientes estamos satisfazendo?

- Há a possibilidade do novo serviço de saúde funcionar como uma unidade de práticas integradas, realizando todo o ciclo de atendimento de uma doença ou condição de saúde?

A proposta de valor é entendida no Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) como o segmento que descreve os produtos ou serviços que criam valor para cada segmento de cliente (paciente), devendo esclarecer que valor entregamos ao cliente, quais problemas estamos ajudando a resolver, que necessidades estamos satisfazendo e que produtos e serviços estamos oferecendo aos clientes (pacientes). Porter e Teisberg (2007) defendem a estrutura de unidades de práticas integradas (UPIs), como forma de centrar o atendimento no paciente e em suas reais necessidades e não na conveniência do hospital ou do serviço de saúde. Também deve-se observar as capacidades (atuais e a serem desenvolvidas) da instituição de saúde e do novo serviço de saúde, sendo que a proposta de valor deve estar alinhada a essas capacidades (BARNEY, 1991) e ao planejamento estratégico da instituição de saúde. (BOSSIDY; CHARAN, 2005).

Canais:

- Como o novo serviço de saúde alcança seus grupos de pacientes; como entregar a eles sua proposta de valor?
- Que canais nossos grupos de pacientes querem ou necessitam (o tangível)?
- Como atender adequadamente às 5 fases do canal (conhecimento, avaliação, compra, entrega e pós-venda)?

O componente canais deve descrever como uma empresa se comunica e entrega sua proposta de valor a seus clientes (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). É como o novo serviço de saúde fará a entrega física de produtos e serviços a seus pacientes. O novo serviço deve se preocupar em atender às cinco fases do canal (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011):

- Conhecimento: como aumentar o conhecimento dos pacientes sobre nossos serviços,
- Avaliação: como auxiliar os pacientes a entenderem a proposta de valor,
- Utilização: como facilitar a utilização dos serviços pelos pacientes,

- Entrega: como entregar a proposta de valor aos pacientes e
- Pós-venda: como interagir com os pacientes após o atendimento (e facilitar os próximos atendimentos).

Relacionamento com Pacientes:

- Como o novo serviço de saúde se conecta e se relaciona com os seus pacientes (o intangível)?
- Que forma de relacionamento cada grupo de pacientes deseja?
- Qual o custo de cada um?
- Como os relacionamentos se integram com o Business Model?

Este componente descreve os tipos de relação que o serviço de saúde descreve com seus grupos de pacientes (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). O serviço de saúde depende do plano de saúde do paciente para se comunicar com ele, ou tem uma comunicação independente, considerando-se que, em média, 90% dos atendimentos no Brasil são feitos através de planos de saúde (ANHAP, 2013)? Existe cocriação envolvendo os pacientes (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011)?

Planos de saúde:

- Como será a relação do novo serviço de saúde com o os planos de saúde e quanto dependerá de cada um deles (em percentual de atendimentos e de faturamento)?
- Haverá alguma relação especial com eles (exclusividade, preferência ou remuneração diferenciada)?
- Há a previsão de alguma cobrança direta (total ou complementar) do paciente e como essa cobrança será vista pelo plano de saúde?
- Como estabelecer uma relação ganha-ganha com os planos de saúde?

O componente planos de saúde, inexistente no Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) é chamado de pagador no ModelH (RILEY, 2013), modelo que retrata a criação de serviços de saúde nos Estados Unidos. Os planos de saúde têm importância fundamental na grande maioria dos serviços de saúde por sua preponderância em relação aos pacientes que pagam diretamente pelos seus tratamentos de saúde, sendo que esses que são chamados de pacientes

particulares representam apenas 10% do total dos atendimentos nos hospitais privados (ANHAP, 2013). Durante a elaboração do SBModel deve-se atentar para as formas de melhorar a relação com os planos de saúde, em uma proposição de valor de soma positiva, com ganho de eficiência. (PORTER; TEISBERG, 2007). Também deve-se haver uma preocupação com a possível dependência de um ou de poucos planos de saúde para a atração de pacientes para o novo serviço de saúde.

Médicos assistentes:

- Como fidelizar os médicos assistentes, estimulando-os a trazerem seus pacientes e trabalharem como parceiros do novo serviço de saúde?
- Como estimular os médicos assistentes a terem uma relação de exclusividade com o serviço (ou instituição) de saúde.

O componente médicos assistentes também não está presente no Business Model Generation (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011) e tampouco no ModelH (RILEY, 2013), podendo ser enquadrado no componente parcerias principais em ambos os modelos. O presente estudo entende que os médicos assistentes, reunidos em um corpo clínico independente na maioria dos hospitais brasileiros (ANAHP, 2010), têm uma importância tão grande para a maioria dos serviços de saúde que merecem uma abordagem em separado, com um esforço de alinhamento das expectativas em busca de resultados comuns dos médicos e do serviço de saúde, obtendo-se uma maior eficiência nos tratamentos dos pacientes como resultado. (PORTER; TEISBERG, 2007).

Recursos principais:

- Quais os principais recursos (físico, intelectual, humano e financeiro) são necessários para que o novo serviço de saúde gere sua proposta de valor?
- Quais os principais recursos requeridos pelos canais e pelo relacionamento com os pacientes para que o novo serviço de saúde entregue sua proposta de valor aos pacientes?

Segundo Osterwalder e Pigneur (2011), esse componente descreve os recursos mais importantes exigidos para fazer o novo serviço funcionar. É importante que se tenha a real dimensão dessa necessidade para se evitar desperdícios, buscando-se eliminar os recursos redundantes ou que pouco acrescentem à proposta de valor do novo serviço, como recomenda a Estratégia do Oceano Azul. (KIM; MAUBORGNE, 2005).

Atividades-chave:

- Quais são as principais ações e atividades necessárias para que o novo serviço de saúde gere a proposta de valor a ser entregue aos pacientes?

As atividades-chave devem atender a proposta de valor a ser entregue aos pacientes. São as principais ações realizadas por uma empresa para que seu modelo de negócios funcione de forma adequada. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). O novo serviço de saúde precisa evitar o problema comum de fazer tudo para todos, concentrando-se nas atividades que criam valor para o paciente em alinhamento com a proposta de valor. (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

Parcerias principais:

- Quais são os principais parceiros externos (fornecedores, outras instituições de saúde) necessários para que o novo serviço de saúde entregue a sua proposta de valor?
- Quais são os principais parceiros internos (outros setores do hospital, assistenciais ou não) necessários?
- Como será a relação com estes parceiros?

Esse componente descreve a rede de parceiros e fornecedores que habilita o funcionamento da empresa (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011). Os fornecedores mais integrados ao novo serviço e mais eficientes, por exemplo, devem ser recompensados, evitando-se estimular o jogo de soma zero (PORTER; TEISBERG, 2007). Um serviço de saúde só funciona adequadamente se houver sinergia interna

(com os demais serviços hospitalares, por exemplo). Todos os serviços devem ter uma lógica de funcionamento integrado, sem competição interna, pois o concorrente está fora da empresa (BOSSIDY; CHARAN, 2005).

Receitas:

- Quais são as fontes de receita previstas para o novo serviço de saúde (planos de saúde, pagamento direto do paciente, outros)?
- Quais valores os clientes estão dispostos a pagar pela proposta de valor e como efetivarão este pagamento?
- Como desenvolver fontes alternativas de receita (doações, parcerias) para o novo serviço de saúde?

As receitas previstas seguirão o padrão da maioria dos serviços de saúde brasileiros, com predominância de atendimento a pacientes conveniados a planos de saúde (ANHAP, 2013) ou o novo serviço de saúde tem a possibilidade de gerar produtos com previsão de pagamento direto por parte dos pacientes (pacientes particulares)? O novo serviço tem projetos capazes de mobilizar a sociedade para doações?

Custos:

- Como é a estrutura de custos do novo serviço de saúde?
- Quais são os investimentos necessários para o funcionamento do novo serviço de saúde e como será o cronograma desses investimentos?
- Que custos podem ser reduzidos sem prejuízo à proposta de valor?

Para a organização correta da estrutura de custos do novo serviço de saúde, é necessário saber-se se ele terá uma estratégia de baixo custo ou diferenciação. (PORTER, 2004). Também deve-se estimar corretamente o cronograma de investimentos do novo serviço, evitando-se o mau funcionamento do mesmo (na escassez de recursos necessários) mas também uma alocação exagerada e desnecessária de recursos por outro. Os investimentos desnecessários devem ser eliminados. (KIM; MAUBORGNE, 2005).

Plano Financeiro:

- O resultado financeiro será estimado considerando-se diferentes cenários econômicos (pessimista, atual (neutro) e otimista)?
- Quais taxas de retorno financeiras (diretas ou indiretas) serão necessárias para que o investimento no novo serviço médico se justifique? Há alguma outra justificativa (estratégica)?

O plano financeiro será organizado posteriormente ao brainstorming, porém algumas considerações já serão úteis nesse momento, tendo-se em mente que todo investidor espera um retorno financeiro compatível com o risco do empreendimento. (DEUTSCHER, 2010). Esse retorno pode ser direto ou indireto (quando o retorno financeiro ocorre em outros serviços da instituição de saúde alavancados pelo novo serviço de saúde). Deve-se realizar uma análise de cenários, pois um serviço pode se justificar apenas com cenários econômicos específicos. (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Business Model:

- Como podemos resumir em uma frase o modelo de negócios do novo serviço de saúde?

O modelo de negócios resultante do novo serviço de saúde é adequado e sustentável, com uma boa relação custo-benefício (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009)? É possível resumir o modelo de negócios proposto em uma ou duas frases?

ETAPA 4 – Montagem do Canvas Inicial

Após a realização do *brainstorming* o organizador deve reunir e organizar o material obtido. De posse do material, o organizador pode fazer um canvas eletrônico, a exemplo do modelo apresentado na figura 13, que será disponibilizado aos participantes para conferência. Essa conferência pode ser realizada presencialmente ou à distância. Com o canvas inicial montado, o organizador reunir-se-á com as chefias para uma organização final do mesmo. Novos dados podem ser acrescentados, outros modificados ou suprimidos. É o momento de se refinar o modelo, buscando sempre atender o cliente (paciente) com a

melhor oferta de valor possível. Deve-se revisar as questões do *brainstorming* (etapa 3) buscando lacunas a serem preenchidas e dúvidas a serem sanadas, em preparação para a etapa seguinte (etapa 5).

ETAPA 5 - Análise e Finalização do Canvas

Nessa etapa serão feitas as análises da organização, de mercado, competitiva e macroeconômica (externalidades). Também será feita a análise SWOT, a Estratégia do Oceano Azul e o plano financeiro análises. Devem ser consideradas apenas as análises adequadas para cada projeto, pois nem todas se mostrarão necessárias, dependendo de cada novo serviço médico a ser criado.

A análise da organização através da visão baseada em recursos (RBV) (BARNEY, 1991) contempla os recursos estratégicos da empresa e do novo serviço de saúde: o valor, a raridade, a inimitabilidade e a substitutibilidade, para fazer frente aos elementos externos. A análise de mercado busca entender as forças do mercado. Para onde o mercado está indo? Quais são os segmentos de clientes mais importantes e do que eles precisam? O que mantém o cliente fidelizado a uma empresa e pelo que esses clientes estão realmente dispostos a pagar? Devemos ter em mente quem é nosso real cliente, quem são os intermediários e parceiros.

Já a Análise Competitiva, baseada nas 5 Forças de Porter (PORTER, 1979) busca compreender quem são os concorrentes (quais suas vantagens e desvantagens competitivas), os novos entrantes (e qual o modelo de negócios deles), quais são os serviços substitutos, quem são os fornecedores e os outros participantes da cadeia de valor e qual é o público de interesse ou *stakeholders* (donos da empresa, conselho, trabalhadores, governo, médicos assistentes, planos de saúde). A Análise Macroeconômica (externalidades) permite reconhecer a situação econômica regional, nacional e internacional, com as necessidades e possibilidades de financiamento. Também deve-se analisar as tendências (tecnológicas, regulatórias, sociais e econômicas). E a Análise SWOT coloca as proposições feitas na forma de forças e fraquezas da instituição e as oportunidades e ameaças existentes no mercado.

Adicionalmente, pode-se lançar mão da Estratégia do Oceano Azul (KIM; MAUBORGNE, 2005), que se foca em avaliar os fatores que podem ser reduzidos ou eliminados em uma empresa e os fatores que necessitam ser aumentados ou criados.

Os elementos anteriores subsidiam a criação do Plano Financeiro e dos cenários de análise. Através da elaboração de um plano financeiro estima-se a viabilidade e o retorno financeiro do novo projeto. Para a realização dessa etapa é necessário o envolvimento dos

serviços de apoio, como marketing, financeiro, departamento de pessoal, BI (*business intelligence*), além da validação com a direção da instituição.

ETAPA 6 - Apresentação do Canvas

É a finalização do trabalho, com a apresentação formal do SBModel à Diretoria da instituição, que pode solicitar algum ajuste ou revisão do projeto. Também o projeto não é fechado e estanque, pois alterações podem ser necessárias ao longo da implementação do mesmo. Após o novo serviço de saúde entrar em funcionamento, aconselha-se revisões periódicas do projeto, ou quando ocorrer alguma modificação de cenário que a instituição julgue ter impacto relevante sobre o referido serviço. As reavaliações periódicas podem atestar o sucesso do projeto e de sua implementação e acompanhamento. Também podem embasar os futuros projetos, criando uma curva de aprendizagem dentro da instituição de saúde.

Embora o método proposto (SBModel) tenha uma metodologia padrão, não podemos ignorar as particularidades de cada empresa e de cada equipe de trabalho e a influências destas em cada projeto.

APÊNDICE C - ROTEIRO COM QUESTÕES DE VALIDAÇÃO DO SBMODEL

	Questões	Relação com Referencial Teórico	
		Tópicos	Referências
Uso prévio de ferramentas na área médica	Você tem conhecimento de ferramenta para o planejamento de novos serviços médicos no Brasil?	O Setor de Saúde Brasileiro; Estrutura Organizacional e Serviços Hospitalares, Gestão e Modelo de Negócios no Setor de Saúde.	ANS (2014) ANAHP (2010, 2013) Hwang e Christensen (2009) Porter e Teisberg (2006)
	Se sim, você tem alguma experiência com o uso deste tipo de ferramenta?		
	Se sim, como você classifica o resultado do uso da ferramenta?		
Sobre o modelo apresentado	Em sua opinião o método e o modelo (SBModel) apresentados podem ser úteis no planejamento de novos serviços médicos?	Planejamento Estratégico; Plano de Negócios (Business Plan) na Área de Saúde; Business Model ; ModelH	Drucker (1999) Kaplan e Norton (2004) Mintzberg (2010) Porter (1980, 1985) Charam e Bossidy (2010) Osterwalder e Pigneur (2011) Hwang e Christensen (2009) Riley (2013)
	Como o modelo apresentado poderia ajudar o grupo gerencial a tomar melhores decisões?		
	Em sua opinião quais elementos estão ausentes no método e no modelo apresentados?		
	Em sua opinião quais elementos do modelo apresentado não são necessários ou poderiam ser opcionais?		
	Como o método e o modelo apresentados poderiam ajudar na definição de indicadores de negócio?		
	Como o modelo apresentado poderia ajudar no planejamento estratégico?		
	Como o método e o modelo apresentados poderiam ajudar a estimular a empresa a atuar em novas áreas?		
	Como o método e o modelo apresentados poderiam ajudar na comunicação do modelo de negócio aos funcionários?		
Comentários	Você teria algum comentário adicional?		

Fonte: Elaborado pelo autor.