

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO

Mestrado em Administração de Empresas

**ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA HOSPITALAR:
UM ESTUDO DE CASO DE HOSPITAL PRIVADO
FILANTRÓPICO INSERIDO NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE – S.U.S.**

Pascoal Marracini

Dissertação apresentada à Fundação Escola de
Comércio Álvares Penteado – FECAP, para a
obtenção do título de Mestre em Administração
de Empresa (Área de Concentração: Administração
Estratégica)

Orientador: Prof. Dr. Éolo Marques Pagnani

São Paulo
2002

DEDICATÓRIA

À minha esposa Sandra e ao meu filho Rafael pelo incentivo e paciência em momentos de ausência, principalmente à minha esposa, por ter feito, às vezes, o papel de pai e mãe.

Aos meus pais que sempre me mostraram os degraus da educação, não poupando esforços para que nada faltasse em minha escalada escolar.

Ao Dr. Roberto Amparo Pastana Camara (*in memoriam*), por suas cobranças incentivadoras com relação à formação educacional das pessoas.

AGRADECIMENTOS

À instituição em que trabalho, na pessoa do Sr. Presidente, **Dr. Newton Bastos**, por ter me permitido aprofundar em dados estatísticos.

Ao professor **Dr. Éolo Marques Pagnani**, por ter acreditado em minha proposta de pesquisa e ser fundamental no desenvolvimento deste trabalho e pelo alto espírito acadêmico.

Aos professores **Dra. Terezinha Covas Lisboa e Dr. José Carlos Barbieri** pelas orientações e linhas básicas a seguir, fornecidas durante o exame de qualificação.

Aos **colegas de trabalho** pelo incentivo e apoio durante o desenvolvimento desta pesquisa, em especial, a **Dolores Martins Abreu**, pela ajuda nas pesquisas bibliográficas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1.1. Objetivo.....	09
1.2. Justificativa do Estudo.....	14
CAPÍTULO I – OS HOSPITAIS PRIVADOS FILANTRÓPICOS NO BRASIL.....	16
1.1. Metodologia de Trabalho.....	16
1.2. A Organização Hospitalar.....	20
1.3. A Saúde no Brasil.....	23
1.4. O Sistema Único de Saúde – S.U.S.....	24
1.4.1. Estrutura do Sistema.....	25
1.4.2. Normas Operacionais Básicas.....	27
1.5. O Sistema Planos de Saúde Privados.....	31
1.5.1. Estrutura do Sistema.....	31
1.5.2. Especialidade dos Planos.....	32
CAPÍTULO II – OS HOSPITAIS PRIVADOS FILANTRÓPICOS E A GESTÃO ESTRATÉGICA.....	34
2.1. Estratégias – Conceitos.....	34
2.2. Tipos de Estratégias.....	38
CAPÍTULO III – GESTÃO DE UM HOSPITAL PRIVADO FILANTRÓPICO – UM ESTUDO DE CASO.....	52
3.1. A História da Instituição.....	52
3.2. Hospitais de Alta Complexidade.....	55
3.3. Análise Teórico e Contextual do Caso.....	57
3.3.1. Desempenho Histórico da Instituição.....	57
3.3.2. Análise da Estratégia com o Estudo de Caso.....	61
3.3.3. Estratégia de Foco na Liderança de Custo.....	65
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES.....	71
BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXOS.....	81

FIGURAS

Figura 1 – ESQUEMA DO SISTEMA DE SAÚDE – S.U.S.....	11
Figura 2 – ESQUEMA DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE – S.U.S.....	12
Figura 3 – ALGUMAS DIFERENÇAS ENTRE ORGANIZAÇÕES QUE VISAM AO LUCRO E ORGANIZAÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS.....	14
Figura 2.1– MANEIRAS DE APRIMORAR UM DETERMINADO NEGÓCIO.....	39
Figura 2.2– AS TRÊS ESTRATÉGIAS GENÉRICAS.....	43
Figura 2.3 – CATEGORIAS DE ALAVANCAGEM DE RECURSOS.....	50

TABELAS

Tabela 3.1 – PACIENTES ATENDIDOS POR CATEGORIA.....	58
Tabela 3.2 – PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR CATEGORIA.....	58
Tabela 3.3 – RECEITAS OPERACIONAIS POR CATEGORIA.....	59
Tabela 3.4 – PERCENTUAL DE RECEITAS OPERACIONAIS POR CATEGORIA.....	60
Tabela 3.5 – RESULTADO OPERACIONAL.....	60
Tabela 3.6 – PACIENTES INSCRITOS NO PROGR. DE ATENDIMENTO DOMICILIAR	68
Tabela 3.7 – VISITAS REALIZADAS.....	68
Tabela 3.8 – TABELA PROCEDIMENTOS HSOPITALARES.....	70

RESUMO

O presente trabalho procura analisar, através de um estudo de caso, as variáveis que possibilitem aos hospitais privados filantrópicos, inseridos no Sistema Único de Saúde – SUS, um desempenho econômico financeiro satisfatório.

Analisando os sistemas de saúde no Brasil, sejam eles públicos ou privados, fez-se um breve relato sobre o que é o Sistema Único de Saúde – SUS e os planos de saúde privados, bem como o relacionamento desses sistemas com os hospitais privados filantrópicos.

Em seguida procurou-se buscar um referencial teórico de alguns autores, na linha da administração estratégica, que fosse possível fundamentar o estudo de caso.

Através de uma instituição hospitalar privada filantrópica especializada em oncologia, realizou-se um levantamento de dados produtivos e financeiros, no período de 1996 a 2000, com a finalidade de comprovar o referencial teórico.

Diante disso, foi constatado que um hospital privado filantrópico, inserido no Sistema Único de Saúde – SUS, reúne condições para um desempenho econômico financeiro aceitável, desde que se utilize de estratégias competitivas.

ABSTRACT

This report is an analysis of a case study in which private philanthropic hospitals registered in SUS – Sistema Único de Saúde – can have a satisfactory financial achievement.

In this analysis of the health systems public or private in Brazil, we include a brief account about the aims of SUS and private health plans as well as their relationship with private philanthropic hospitals.

We refer to several authors in the area of financial administration as the basis for this case study.

Financial and productive statistics obtained from a private philanthropic hospital specialized in oncology from 1996 to 2000 were used as a control to prove our theory.

As a result, we find that the private hospital operating with SUS can have an acceptable economic and financial achievement if it uses the competitive strategies.

INTRODUÇÃO

Este estudo se justifica, em função do setor de saúde fazer parte de um amplo e importante sistema sob a ótica econômico-social. Esse sistema está condicionado por variáveis de políticas, sociais e econômicas, que vão determinar maior ou menor eficácia no planejamento das organizações hospitalares nele inseridas.

Barbanti (2000) diz que a saúde está passando por transformações que estão mudando a realidade com alterações radicais e, com isso, aumentando a demanda por novos serviços.

Os hospitais privados filantrópicos (1) representam um instrumento de sustentação da política de saúde no Brasil para o Sistema Único de Saúde – SUS e, sua função relevante, se faz necessária para complementar a rede hospitalar pública que não consegue atender toda a demanda da população usuária do sistema.

Por ser um instrumento de sustentação ao Sistema Único de Saúde – SUS e proporcionar um atendimento a parte da população usuária do sistema, os hospitais privados filantrópicos se vêem em constantes dificuldades financeiras.

A incapacidade de a maioria dos hospitais brasileiros lidar com planejamento poderá ser verificada pelos resultados obtidos anualmente no campo econômico-financeiro como no campo técnico, podendo justificar o desempenho econômico-financeiro no setor, verificáveis nas publicações disponíveis.

Por isso é preciso formar uma cultura de planejamento estratégico nas organizações hospitalares, principalmente nos hospitais privados filantrópicos, que fortaleça a administração dentro dos moldes atuais de nossa economia.

(1) O conceito de hospitais privados filantrópicos e suas finalidades será detalhado no Capítulo I.

Segundo Giansesi e Corrêa (1994), o setor de serviços está ganhando importância na economia, principalmente nas últimas quatro décadas, pela urbanização das populações, pela introdução de novas tecnologias e pelo aumento da qualidade de vida.

Os serviços que um hospital produz concorrem para o atendimento de serviços em vários segmentos, indicando a necessidade de adoção de estratégias que garantam sua sustentação e continuidade econômica.

De acordo com Friedman e Draper (2001), a solução de sustentabilidade em problemas financeiros dos hospitais requer uma estratégia.

Filerman (1994) destaca que, na área de saúde, devem ser oferecidos cuidados adequados com custos razoáveis e, para isso, os administradores devem gerenciar os aspectos internos e externos que influenciam os hospitais.

1.1. Justificativa do Estudo

O hospital é tido como uma organização complexa em função de agregar um conjunto de atividades dentro de sua estrutura, na geração de serviços (produtos) complexos. Aliado a isso, envolve grande número de órgãos e recursos humanos especializados incorporando equipamentos de alta tecnologia.

Os hospitais privados filantrópicos desempenham função importante na assistência à saúde da população no Brasil, por representarem aproximadamente 65% da capacidade do total de leitos instalados no país.

Pela leitura de Alves (1998), observa-se, “na área da saúde grande parte dos gastos aumentam de acordo com a oferta, já que a demanda parece ser infinita, o aumento de custos em saúde é uma realidade”, o que nos oferece os elementos para compreender os objetivos deste estudo:

1. Dado o nível de desenvolvimento social brasileiro, há uma demanda potencial relevante de produtos e serviços hospitalares;
2. O investimento requerido pelos agentes geradores de serviços hospitalares se origina na capacidade conjunta de o público e o privado oferecerem esses recursos;
3. Uma demanda efetiva é atingida por esse sistema se os altos custos dessas complexas organizações tiverem formas de diluição, dado o caráter social desses serviços;
4. E o sistema hospitalar mantém correlação intensa com os gastos (orçamento) públicos na saúde, mantendo dependência estreita com as políticas públicas (nos últimos anos, dentro do orçamento, os recursos permaneceram constantes).

No Capítulo I deste trabalho será tratado o Sistema Único de Saúde – SUS. Esse sistema coordena as ações de saúde no Brasil, por meio de normas operacionais. Ao mesmo tempo compete ao Ministério da Saúde, a coordenação do sistema, às Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, o gerenciamento do sistema e aos hospitais públicos e privados, se inseridos nesse sistema, a execução das rotinas de atendimento.

Esse sistema pode ser visualizado através das figuras 1 e 2:

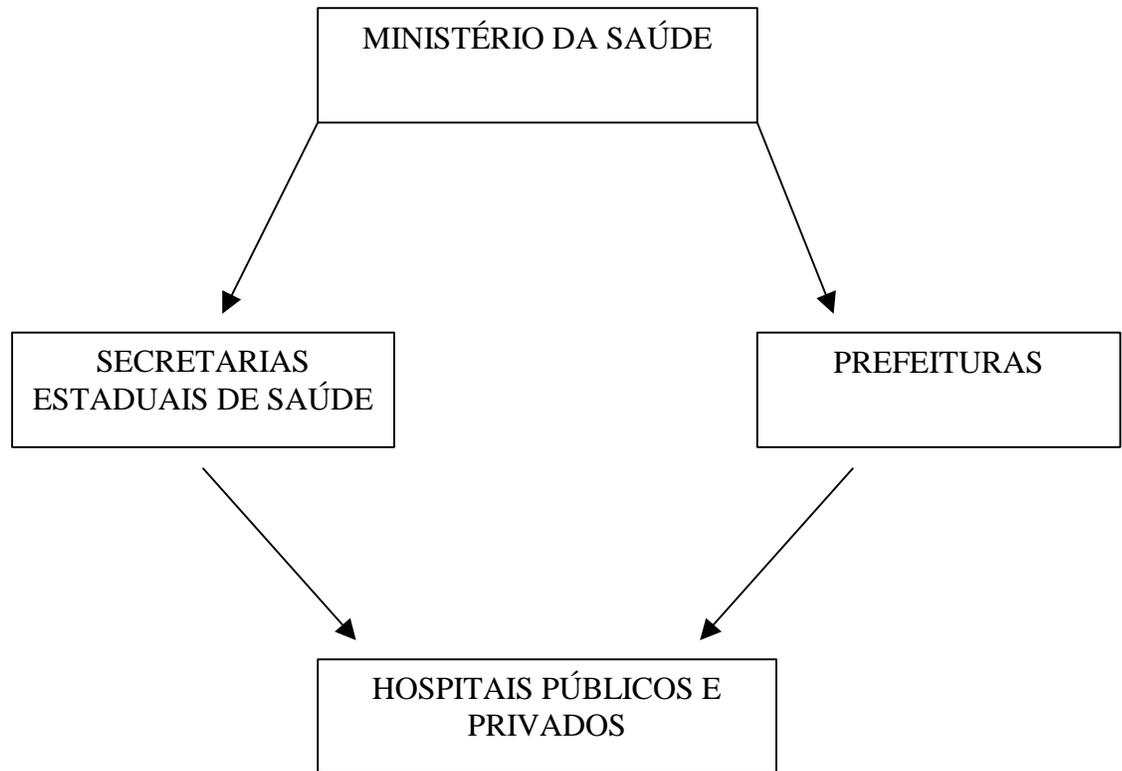


Figura 1 – Esquema do sistema de saúde – SUS.

Fonte: Adaptado de Marracini, Pascoal, 2001.

Na figura 1, observa-se o esquema do Sistema Único de Saúde – SUS, em que o Ministério da Saúde coordena as ações de saúde, descentralizando o gerenciamento aos estados e aos municípios, dando poderes para que mantenham uma correlação com os hospitais públicos e privados que desejarem inserir no sistema.

Como será tratado no Capítulo I, o Sistema Único de Saúde – SUS é regido por normas operacionais básicas. Essas normas possibilitam ao sistema dois tipos de gestões básicas denominadas, gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal.

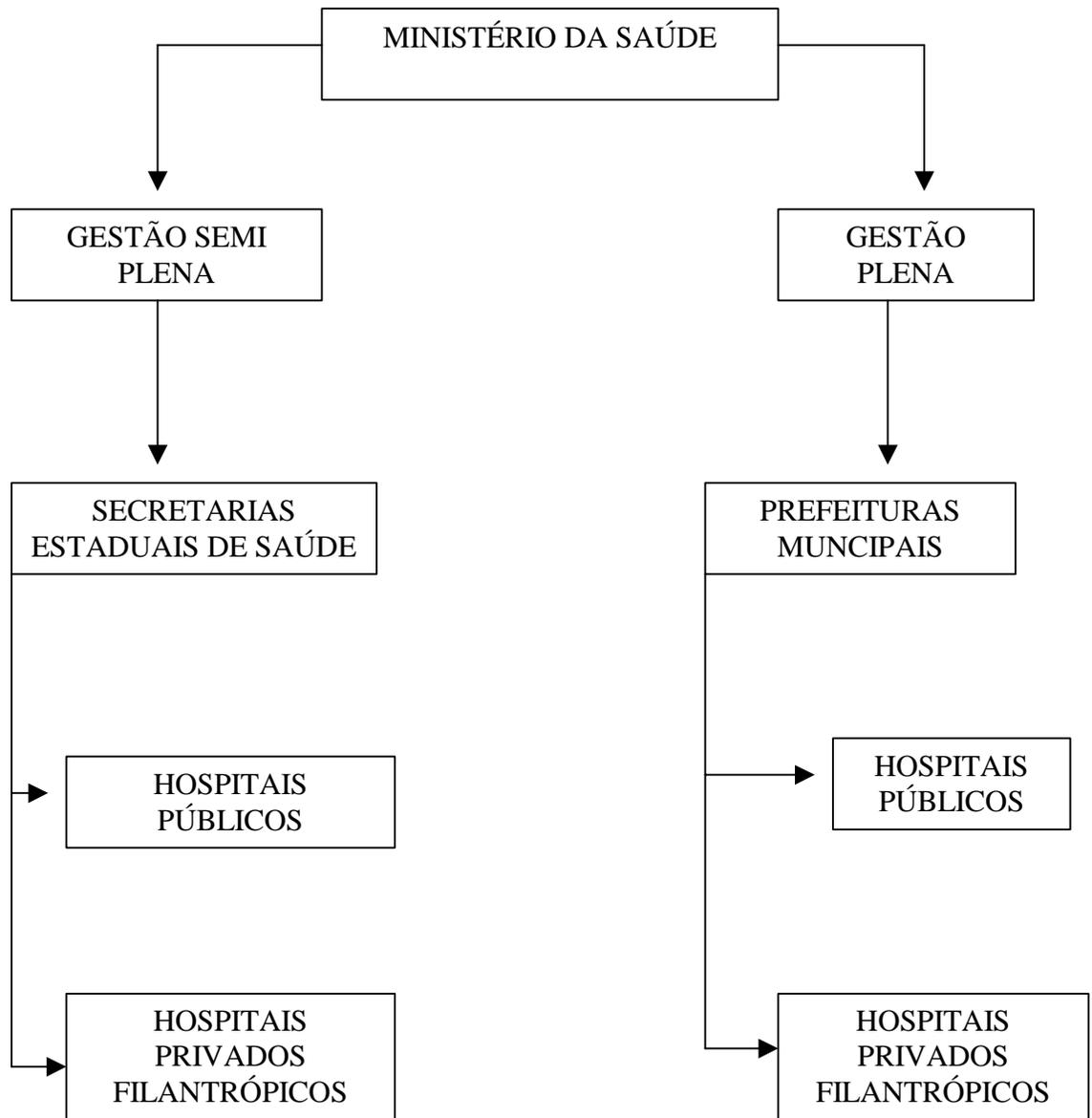


Figura 2 – Esquema de gestão do sistema de saúde – SUS.

Fonte: Marracini, Pascoal, 2001.

Conforme esquema da figura 2, os hospitais privados podem se habilitar a se tornar filantrópicos, desde que cumpram alguns requisitos que serão detalhados no Capítulo I. Essa titulação proporciona uma série de isenções fiscais e tributárias, as quais podem ser gerenciadas sob diversas formas: redução de custos, isenções de impostos para importações de equipamentos de alta tecnologia, bem como verbas orçamentárias.

As isenções fiscais e tributárias proporcionam alternativas de gerenciamento de custos, dando aos hospitais privados filantrópicos a possibilidade de atender novos segmentos da demanda de serviços de saúde, como por exemplo, os planos de saúde privados.

Para Giansi e Corrêa (1994), o desenvolvimento e a aplicação de tecnologia no setor de serviços podem aprimorar o processo de prestação de serviços tradicionais, substituir todo o processo de determinados serviços existentes ou ainda, criar novos serviços antes impossíveis. A introdução de novas tecnologias, modificando o processo, pode criar vantagens competitivas formidáveis.

Conforme colocado por Pereira (2000), os diretores devem ter suas responsabilidades embasadas em uma análise contextualista, avaliando as mudanças nos meios econômico, social, tecnológico e político ao elaborar estratégias, através de mudanças em cinco pontos estratégicos:

- Na cultura do hospital

- Na forma de trabalho e de treinamento dos médicos e funcionários

- Na tecnologia do hospital

- Na estrutura do hospital

- Nos processos do hospital

No que diz respeito à referida sustentabilidade dos hospitais, vários aspectos podem ser estudados sob a ótica da gestão estratégica. Torna-se importante e fundamental sob essa ótica, a contextualização colocada por Drucker (1994), a instituição sem fins lucrativos é agente de mudança humana, seu produto é um paciente curado, e necessita ser gerenciada por não ter um lucro convencional.

Em Wright , Kroll e Parnell (2000) pode-se encontrar diferenças significativas entre as organizações que visam ao lucro e organizações sem fins lucrativos, conforme a figura 3:

	Organização empresarial	Organização sem fins lucrativos	Organização pública
Propriedade	Privada	Privada	Pública
Custeio	Vendas de produtos e serviços	Contribuições de sócios, de fontes públicas e/ou privadas, vendas de produtos e serviços	Impostos e taxas de usuário
Tipos	Único dono, sociedade, empresa	Educacionais, filantrópicas, serviço social, serviços de saúde, fundações culturais e religiosas	Governos, federal, estadual e municipal

Figura 3 – Algumas diferenças entre as organizações que visam ao lucro e organizações sem fins lucrativos.

Fonte: Wright, Peter; Kroll, Mark J.; Parnell, John, – 2000.

1.2. Estrutura do Trabalho

A dissertação será elaborada em quatro capítulos, conforme descritos a seguir:

No **Capítulo I** será abordada a descrição da metodologia utilizada na pesquisa de campo, o tipo de pesquisa, a descrição dos documentos verificados e o instrumento de coleta de dados.

Em seguida apresentaremos a organização hospitalar e suas características jurídicas. Serão apresentados os requisitos para que um hospital privado seja considerado filantrópico.

Compõem ainda o Capítulo I, a saúde no Brasil e os sistemas vigentes. O aprofundamento do Sistema Único de Saúde – S.U.S. e suas doutrinas se faz necessário para dar subsídios a nossa pesquisa. Sabemos, entretanto, que o Sistema Único de Saúde – S.U.S. não é o tema principal de nosso trabalho.

No **Capítulo II** serão abordados os trabalhos e publicações correlatas ao tema, abrangendo os conceitos de estratégia. Em seguida, serão abordados alguns tipos de estratégia, existentes na literatura, com o objetivo de fornecer subsídios para a fundamentação do estudo de caso.

O **Capítulo III** abordará um estudo de caso a respeito de um hospital privado filantrópico, de característica especializada e de alta complexidade. Será feito um breve histórico da instituição e suas características jurídicas. Por ser um hospital especializado e de alta complexidade, consideramos importante definir o que são centro de alta complexidade em oncologia.

Em seguida, será feita a análise contextual da instituição com a apresentação dos dados pesquisados com as devidas comparações com o referencial teórico apresentado no Capítulo II.

Finalmente, no **Capítulo IV**, serão apresentadas as principais conclusões deste estudo, as limitações, e as devidas recomendações para futuras pesquisas realizadas nesta área da saúde.

CAPÍTULO I

OS HOSPITAIS PRIVADOS FILANTRÓPICOS NO BRASIL

Para o processo de pesquisa desenvolvido para este caso, bem como, seus métodos e técnicas empregados, inicialmente serão analisados os tipos de pesquisa existentes, em seguida as técnicas de pesquisa, e, finalmente, o método de pesquisa.

A abordagem inicial deste capítulo será a respeito da organização hospitalar e de suas características jurídicas. Aqui serão detalhados os requisitos para um hospital ser considerado filantrópico.

Em seguida, serão abordados a saúde no Brasil e os sistemas vigentes. Nesta abordagem trataremos do Sistema Único do Saúde – SUS e dos Planos de Saúde Privados.

1.1. Metodologia de Trabalho

Lakatos e Marconi (1991) propõem as pesquisas de campo em três grandes grupos:

- a) Quantitativo-Descritivo – a principal finalidade é o delineamento ou a análise das características de fatos ou fenômenos. São subdivididas em: estudos de verificação de hipótese, estudos de avaliação de programa e estudos de descrição da população;
- b) Exploratórios – objetiva a formulação de questões ou de um problema com a finalidade de: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno e, modificar e clarificar conceitos. É subdividido em: estudos exploratórios-descritivos combinados, estudos usando procedimentos específicos para coleta de dados e estudos de manipulação experimental;

- c) Experimentais – tem como objetivo principal o teste de hipóteses que diz respeito a relações do tipo causa-efeito.

Dentro da pesquisa exploratória Lakatos e Marconi (1991) propõem três divisões de estudos:

- 1) Estudos exploratório-descritivos combinados – cujo objetivo é descrever completamente determinado fenômeno através de descrições quantitativas e/ou qualitativas;
- 2) Estudos usando procedimentos específicos para coleta de dados – são estudos que se utilizam exclusivamente de um dado procedimento, não apresentando descrições quantitativas;
- 3) Estudos de manipulação experimental – o objetivo é manipular uma variável independente com o propósito de localizar variáveis dependentes.

Conforme coloca Gil (1987), as pesquisas de campo são úteis para possibilitar uma aproximação conceitual porém, para analisar os fatos do ponto de vista empírico em confronto com a visão teórica dos dados da realidade é necessário traçar um modelo conceitual e operativo de pesquisa.

Esse delineamento, colocado por Gil (1987), é definido em dois grandes grupos: o primeiro que é denominado: pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, e o segundo que são: pesquisa experimental, pesquisa *ex-poct-fato* e o levantamento de estudo de caso.

De acordo com Lakatos e Marconi (1991), a pesquisa bibliográfica terá como objetivos: analisar o que existe e abranger com rastreamento os trabalhos e publicações correlatas ao tema, a fim de proporcionar melhor visão do problema.

Lakatos e Marconi (1991) propõem que as fontes de documentos podem ser levantadas através de documentos oficiais como relatórios, estatutos de instituições de ordem privada, instituições públicas ou domicílios particulares.

Segundo Godoy (1995), a pesquisa documental apresenta três aspectos:

- 1) Escolha dos documentos – não deve ser aleatória e sim em função dos propósitos, idéias ou hipóteses;
- 2) Acesso aos documentos;
- 3) Análise dos documentos.

Como coloca Godoy (1995:21):

“Nesse sentido, acreditamos que a pesquisa documental representa uma forma que pode revestir um caráter inovador, trazendo contribuições importantes ao estudo de algum tema.”

A definição do estudo de caso proposta por Godoy (1995:25):

“O estudo de caso tem se tornado a estratégia preferida quando os pesquisadores procuram responder às questões ‘como’ e ‘por quê’ certos fenômenos ocorrem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de algum contexto de vida real.”

A pesquisa escolhida para o desenvolvimento deste trabalho é a pesquisa exploratória através de estudos exploratório-descritivos combinados. O objetivo é descrever, através de uma pesquisa exploratória de dados levantados em um determinado período demonstrando a estratégia utilizada para o desempenho econômico-financeiro do hospital.

Os métodos da pesquisa serão realizados através de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em questão, em seguida um estudo de caso para a coleta de dados e, finalmente, a interpretação dos resultados.

A pesquisa documental será constituída de uma fonte de coleta de dados relativa a um certo período, restrita a documentos em que se busquem novas interpretações complementares e identifiquem-se tendências no comportamento do período analisado.

Após a fundamentação teórica e os dados, será realizada a fase de exploração dos materiais levantados. O objetivo do estudo será a utilização de dados coletados a fim de que esses dados possam dar suporte à questão investigada.

O estudo será realizado em um hospital privado filantrópico, especializado em Oncologia, onde se pretende desenvolver um estudo no período de 1996 a 2000, período em que os dados são suficientes para a compreensão do objeto como um todo.

Nesta etapa do trabalho, apresento um levantamento de documentos produzidos durante o processo de verificação:

- a) Os dados referentes às características jurídicas do hospital foram coletados junto aos documentos oficiais da instituição. Através de seus estatutos sociais, registrados junto ao 3^o Cartório de Títulos e Documentos da Capital, podem ser analisados os objetivos sociais da entidade, a forma de atuação da diretoria. Com isso, verificamos se a entidade cumpre as exigências para ser considerada uma entidade filantrópica;

- b) Os dados relativos à produção do hospital foram coletados junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME. Através de seus relatórios de produção podem ser levantados os atendimentos do hospital por categoria de atendimento;
- c) Os dados financeiros do hospital foram coletados junto aos balanços patrimoniais e respectivas demonstrações financeiras publicados em jornais. Junto às demonstrações financeiras observamos as receitas operacionais por categoria de atendimento;
- d) Os dados de atendimento domiciliar do hospital foram coletados junto ao relatório administrativo da entidade.

1.2. A Organização Hospitalar

Dentre as definições da palavra Hospital, a que melhor se identifica com este estudo é a da Organização Mundial da Saúde, no Informe Técnico 122 de 1957:

“O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais.”

O surgimento dos hospitais no Brasil veio com as Santas Casas de Misericórdia, sendo que a primeira foi fundada em 1565 na cidade de Santos, Estado de São Paulo, por Braz Cubas (2).

(2) Fonte de Consulta: <http://www.cmb.org.br//> - Confederação das Misericórdias do Brasil.

A finalidade básica de um hospital é o atendimento médico em regime de internação, incluindo em suas funções, prevenção, tratamento, recuperação, ensino e pesquisa.

Quanto à sua personalidade jurídica, os hospitais são definidos através de seus estatutos e são classificados em duas categorias: hospitais públicos e hospitais privados.

Segundo Cherubin e Santos (1997:59):

“Hospital Público – é o que pertence a órgãos oficiais da administração direta ou indireta, federal, estadual e municipal.

Hospital Privado – é o que pertence a uma pessoa jurídica de direito privado.”

Com relação aos hospitais privados, objetivo de nosso trabalho, os mesmos são diferenciados através de duas finalidades, filantrópica e lucrativa.

As definições dessas finalidades são colocadas por Cherubin e Santos (1997:60):

“Hospitais Filantrópicos – é o hospital particular que pertence a uma entidade não lucrativa, reconhecida como de Utilidade Pública Federal e Estadual ou Municipal, com Certificado de Fins Filantrópicos.

Hospitais Lucrativos – é o que pertence a uma firma lucrativa, tem também, como objetivo compensar o patrimônio investido e distribuir lucros e dividendos.”

Como características jurídicas, os hospitais privados filantrópicos, além de oferecer um atendimento em regime de internação a quantos buscarem seus serviços, devem possuir um quadro ilimitado de sócios, em que a sua Assembléia Geral seja o órgão soberano da entidade.

É necessário que em seus estatutos, constem que a entidade aplica, integralmente, no País, os seus recursos e o seu eventual superávit de cada exercício seja aplicado na expansão e melhoria de suas atividades sociais.

Os membros de sua diretoria não podem ser remunerados de nenhuma forma, bem como não podem distribuir lucros, dividendos, bonificações ou outras vantagens aos sócios.

Os hospitais privados filantrópicos são titulados a cada três anos com um Certificado de Entidades de Fins Filantrópicos – CEFF, concedido através do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, órgão ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS.

Para a concessão do certificado conforme disposto no Decreto Federal no. 2.536 de 06 de abril de 1998, alterado pelo decreto 3.504 de 13/06/2000 (3), o CNAS exige que os hospitais cumpram alguns requisitos, conforme páginas 81 a 84 do Anexo 1 como:

- Estejam legalmente constituídos no País;
- Estejam inscritos nos Conselhos Municipais ou Estaduais de Assistência Social;
- Estejam previamente registrados no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS;
- Constem em seus estatutos que: aplicam suas rendas no território nacional, na manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais; aplicam as subvenções e doações recebidas nas suas finalidades estatutárias; não distribuem resultados; não remuneram seus diretores;
- Aplicam anualmente 20% de sua receita bruta em atendimento gratuito, sendo que os recursos destinados à gratuidade não poderão ser inferiores ao valor total da isenção de pagamento de contribuições sociais;
- Percentual de atendimento, através do Sistema Único de Saúde – SUS , igual ou superior a 60% do total da capacidade operacional instalada em estabelecimento hospitalar .

(3) Fonte de Consulta : *Diário Oficial da União* de 13/06/2000 – Seção Poder Executivo

Com o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos – CEFF, os hospitais privados filantrópicos podem usufruir de uma série de vantagens:

- Isenção da cota patronal, ficando sob responsabilidade de recolhimento à entidade somente os descontos previdenciários ocorridos em folha de pagamento;
- Isenção de impostos federais, estaduais e municipais, como imposto de renda, contribuição sobre o lucro líquido, P.I.S., ICMS, ISS;
- Verbas destinadas a título de subvenções federais, estaduais e municipais, constantes em orçamentos públicos, que têm sido destinadas somente aos hospitais com o referido certificado.

Como diz Borba (1993), os hospitais privados filantrópicos têm se constituído no grande responsável pela assistência à população, pois desenvolvem com espírito de assistência às necessidades da clientela.

1.3. A Saúde no Brasil

O setor de saúde faz parte de um amplo sistema, sistema esse condicionado por variáveis de políticas sociais e econômicas, determinando maior ou menor eficácia no planejamento e administração do setor de saúde do País, influenciando no risco econômico-financeiro das organizações hospitalares.

No Brasil, o Sistema de Saúde é caracterizado como um sistema a partir da Constituição de 1988, observando-se o Capítulo II, Seção II, Artigo 196, conforme Anexo II, páginas 85 e 86:

“Saúde é um direito de todos e dever do Estado , garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Conforme Anexo II, páginas 85 e 86, o artigo 198 da Constituição traz que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o que vem a estruturar um sistema único que tem como diretrizes:

- A descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- A participação da comunidade.

No seu Artigo 199, parágrafo 1º, a Constituição destaca que, as instituições privadas podem participar, de forma complementar, do sistema, sendo que, as entidades filantrópicas terão preferência na celebração de contratos de direito público ou convênios.

1.4. O Sistema Único de Saúde – S.U.S.

O sistema de saúde constou em nossa Constituição, pela primeira vez, em 1934 através de um artigo 138, sendo que, após esse período, surgiram as caixas de aposentadorias e pensões (IAPs).

A União criou em 1975 o Sistema Nacional de Saúde – SNS através da edição de Lei 6.229, no qual as ações de saúde eram divididas entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e do Trabalho.

Em 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS que tinha a seguinte composição:

- Instituto Nacional de Previdência Social – INPS;
- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS;
- Legião Brasileira de Assistência – LBA;
- Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM;
- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV;
- Central de Medicamentos – CEME.

Em 1983 surgiu o programa de Ações Integradas de Saúde – AIS que permaneceu até 1987, quando foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS no qual foram celebrados convênios entre a União e os Estados, com os Estados gerindo os serviços de saúde.

1.4.1. Estrutura do Sistema

O Sistema Único de Saúde – SUS foi criado através da Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (4), como um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração pública direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, além das instituições públicas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados e de equipamentos para a saúde.

(4) Fonte de Consulta: <http://www.saúde.gov.br//> - Ministério da Saúde.

O Sistema Único de Saúde – SUS tem como objetivos a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como a formulação de política de saúde e assistência às pessoas por intermédio de ações. Essas ações visam promover e recuperar a saúde com atividades preventivas.

Como complemento do Artigo 198 da Constituição, o artigo 7º da Lei Federal 8.080, que pode ser observado no Anexo III, páginas 87 a 102, regulamenta que os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados possuam as seguintes diretrizes:

- a) Assistência – em caráter preventivo e curativo através de atendimento ambulatorial, hospitalar e domiciliar, sejam eles individual ou coletivo;
- b) Autonomia, igualdade e direito – preservação das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, sem preconceitos ou privilégios com direito à informação;
- c) Resolutividade e Organização – capacidade de resolução em todos os níveis de assistência e organização dos serviços para evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Como citado anteriormente, a rede de serviços de saúde é organizada de forma regionalizada e hierarquizada. Sua direção é única em cada esfera do governo, sendo exercida pelos seguintes órgãos:

- a) Direção Nacional, através do Ministério da Saúde (nível federal), tendo como atribuições formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; participar na formulação e na implementação das políticas; identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; acompanhar, através de seus órgãos de auditoria, os recursos repassados a Estados e Municípios;

- b) Direção Estadual, através das Secretarias Estaduais de Saúde, tendo como competência a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do sistema, prestando apoio técnico e financeiro aos municípios;
- c) Direção Municipal, através das Secretarias Municipais de Saúde, tendo como competência o planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde.

1.4.2. Normas Operacionais Básicas

Com a implantação da Lei Federal nº 8.080, foi necessária a criação de normas operacionais para consolidação do sistema.

A primeira Norma Operacional Básica criada foi a NOB 1/91 (5), determinando a criação do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH-SUS, conforme anexo IV, página 103.

Os mecanismos constantes na norma eram para assegurar as internações nas unidades hospitalares, bem como a definição de reajustes de valores dos procedimentos em função da crise inflacionária da época.

No processo de habilitação do sistema houve a criação de conselhos estaduais de saúde, conselhos municipais de saúde, fundos de saúde, programação orçamentária. Competia ao INAMPS controlar e avaliar os recursos oriundos do Governo Federal, já que o mesmo era o órgão repassador e responsável pelos recursos.

(5) Fonte de Consulta: www.feseh.org.br

Em 1993 tivemos a elaboração de uma outra Norma Operacional Básica, denominada NOB 01/93 (6) em que houve o fortalecimento da municipalização da saúde e descentralização das ações. Conforme anexo V, página 104, foi criado o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS e as Autorizações de Internações Hospitalares – AIHs passaram a ser fornecidas de acordo com o índice populacional.

Já em 1996 foi criada a terceira Norma Operacional Básica do SUS, a NOB 01/96(7), que promoveu e consolidou o pleno exercício do poder público municipal e estadual de acordo com os princípios do SUS. Conforme anexo VI, páginas 105 a 110, nessa consolidação dos poderes públicos os municípios poderiam habilitar-se no sistema em duas condições:

- Gestão Plena da Atenção Básica;
- Gestão Plena do Sistema Municipal.

Na Gestão Plena da Atenção Básica é responsabilidade dos municípios:

- a) Elaboração de programação municipal de serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios;
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias, do Estado ou da União, salvo se a Comissão Intergestores Bipartite - CIB ou a Comissão Intergestores Tripartite - CIT definir outra divisão de responsabilidades;
- c) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), incluindo os hospitais privados filantrópicos, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços;

(6) Fonte de Consulta : www.feseh.org.br – Federação Santas Casas de São Paulo.

(7) Fonte de Consulta : <http://conselho.saúde.gov.br/> - Conselho Nacional de Saúde.

- d) Prestação de serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo Piso Assistencial Básico - PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a Secretaria de Estado da Saúde - SES e as demais Secretarias Municipais de Saúde - SMS;
- e) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços, contidos no Piso de Atenção Básica - PAB;
- f) Operação do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do Ministério da Saúde - MS, alimentando o banco de dados da SES;
- g) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- h) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão;
- i) Avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos munícipes e sobre o seu meio ambiente;
- j) Execução de ações básicas de vigilância sanitária, de epidemiologia de controle de doenças e de ocorrências mórbidas;
- k) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Esse Conselho é composto por indicação dos Prefeitos Municipais, e deve avaliar e verificar se as ações estão sendo executadas de acordo com as normas operacionais.

Com relação à Gestão Plena do Sistema Municipal, os municípios terão como responsabilidades:

- a) Elaboração de programação municipal de serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes;

- b) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, inclusive as de referência, do Estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades;
- c) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), incluindo os hospitais privados filantrópicos, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços;
- d) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a Programação Pactuada Integrada - PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS;
- e) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal;
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços, cobertos pelo Teto Financeiro Global do Município - TFGM;
- g) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais;
- h) Operação do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS e do SIA/SUS, conforme normas do MS, alimentando o banco de dados da SES;
- i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão;
- j) Avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos munícipes e sobre o seu meio ambiente;
- k) Execução de ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, de epidemiologia de controle de doenças e de ocorrências mórbidas;
- l) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Segundo dados do DATASUS (8), órgão ligado ao Ministério da Saúde, em junho de 2001, a rede hospitalar do Sistema Único de Saúde – SUS contava com 6.500 hospitais, sendo que, a concentração maior ocorria na região nordeste, 33% do total de hospitais pelo Brasil.

Em termos de leitos hospitalares a Rede Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SUS apresenta hoje um total de 486.660 leitos, e na Região Sudeste está concentrada a maior quantidade, um total de 213.466 leitos hospitalares. Desse total os hospitais privados filantrópicos totalizam 314.463 leitos, o que representa 65% do total.

1.5. O Sistema Planos de Saúde Privados

1.5.1. Estrutura do Sistema

Além dos Órgãos Federais, Estaduais e Municipais existem outros agentes a comprar os serviços de saúde dos hospitais, são as empresas de planos de saúde privados: as medicinas de grupo, as seguradoras, as cooperativas e a autogestão.

Para dar atendimento aos conveniados, as empresas de planos de saúde privados buscam convênios com organizações hospitalares. Essa procura ocorre por meio de negociações de tabelas de serviços, que são negociadas diretamente com as organizações hospitalares.

As empresas de planos de saúde privados movimentam números altos. As receitas anuais dessas empresas chegam em torno de R\$ 11 bilhões e elas possuem uma despesa com assistência médica anual na ordem de R\$ 8,6 bilhões o que representa um custo médio anual por segurado de R\$ 285,00 (9).

(8) Fonte de Consulta: <http://datasus.gov.br/> - Ministério da Saúde.

(9) Fonte de Consulta: <http://abramge.com.br/> - Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

Da mesma forma como os hospitais privados filantrópicos podem se inserir no Sistema Único de Saúde – SUS, podem também ser inseridos no sistema privado de saúde. Porém, esse sistema se torna mais concorrencial, pois nele estão inseridos hospitais privados lucrativos.

Com base na cadeia de valor de Porter (1989), os hospitais privados filantrópicos podem ser inseridos em um sistema de maior demanda, envolvendo agentes internos e externos com a viabilização e distribuição de seus produtos.

A cadeia de valores da organização hospitalar pode relacionar-se com a cadeia de valores do comprador. Porter (1989) diz que este relacionamento insere a influência de diferenciação na sua implementação, propiciando ao comprador um valor, e à organização uma vantagem competitiva.

Pagnani *et all* (2001) colocam que os conceitos da cadeia de valor são fundamentais para que a organização objetive um posicionamento frente à concorrência e consiga uma posição defensável contra as cinco forças competitivas.

1.5.2. Especialidades de Planos

As empresas de medicina de grupo – são compostas por associados cuja finalidade é a de prestar assistência médica aos conveniados que, ao necessitarem do atendimento hospitalar, são encaminhados aos hospitais conveniados.

Atualmente essas empresas (10) possuem 18,3 milhões de usuários, sendo que, 80% são planos empresariais ou seja, patrocinados pelas empresas – 14,6 milhões entre trabalhadores e dependentes e 20% são planos individuais – 3,7 milhões de usuários. Podemos citar como exemplos: Interclínicas, Blue Life, Samcil, etc.

(10) Fonte de Consulta: <http://www.abramge.com.br/> - Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

As seguradoras – são empresas de planos de saúde privados, definidos como sistemas de convênios de livre escolha. Nesta modalidade, o usuário do sistema se dirige a qualquer hospital que seja conveniado para receber atendimento médico e hospitalar.

Estima-se que hoje (11) existam em torno de 4 milhões de segurados nesta modalidade. Podemos citar como exemplos: Porto Seguro, Notre Dame, Sul América, etc.

As cooperativas – são cooperativas de trabalho médico em que os principais médicos cooperados são os donos do negócio. Foram criadas (12) em 1967 em função das más condições de atendimento, oferecidas pelo sistema de saúde público. Hoje atendem 11 milhões de usuários . Podemos citar como exemplo: UNIMED.

As autogestões – são planos de saúde privados ligados a entidades fechadas de assistência à saúde, em que a própria organização administra o programa de saúde de seus empregados e dependentes. Elas dispensam a contratação de medicina de grupo, seguradoras ou cooperativas, eliminando os custos com processos intermediários.

Atualmente (13) são gerenciadas pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS, são compostas por 140 organizações com 11,7 milhões de usuários.

Fonte de Consulta :

(11) <http://www.seguradoras.com.br/> - Seguradores de Saúde

(12) <http://www.unimed.com.br/> - Cooperativas Médicas

(13) <http://www.ciefas.com.br/> - Comitê de Integração de Entidades Fechadas

CAPÍTULO II

OS HOSPITAIS PRIVADOS FILANTRÓPICOS E A GESTÃO ESTRATÉGICA

Como o setor de saúde faz parte de um sistema amplo, determinando a eficácia do planejamento das organizações hospitalares, os resultados econômico e financeiro são importantes para a manutenção dos hospitais privados filantrópicos.

Gonçalves (1978) afirma que o hospital é uma estrutura viva, de alto dinamismo operacional, de elevado ritmo, desenvolvendo atividade caracteristicamente polimorfa, que envolve uma gama muito diversificada de aspectos.

Por envolver uma grande diversificação de serviços dentro de sua instituição: lavanderia, nutrição e dietética, manutenção, portaria, recepção, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, etc. , a organização hospitalar torna-se complexa.

Essa complexidade das organizações, às quais se incluem os hospitais privados filantrópicos, necessita de estratégias que viabilizem os seus resultados operacionais.

Neste capítulo serão abordados alguns referenciais teóricos de estratégia e seus tipos, os quais serão correlacionados com os hospitais privados filantrópicos.

2.1. Estratégia – Conceitos

Para Ansoff e Mc Donell (1993:15), “administração estratégica é a parte da administração geral que visa posicionar e relacionar a empresa a seu ambiente de modo que garanta seu sucesso continuado e a coloque a salvo de eventuais surpresas.”

Como citado no Capítulo I, os hospitais privados filantrópicos, aqui denominados empresa, estão relacionados a um setor, a saúde, executando rotinas de atendimento especificado num sistema, Sistema Único de Saúde – SUS.

De acordo com Levy (1986) a administração estratégica é composta de três pilares: planejamento estratégico, cultura organizacional e arquitetura organizacional, sendo que a estratégia competitiva e a análise de portfólio dão sustentação ao planejamento estratégico.

Por envolver uma grande diversificação de serviços, a cultura organizacional de um hospital torna-se também complexa. São setores e pessoas de características diferentes se interagindo dentro de uma mesma unidade com o intuito de preservar o paciente.

De acordo com Mintzberg e Quinn (2001), a estratégia não é criada por um melhor caminho, e sim por formas diferentes que funcionam em contextos particulares.

Ansoff (1991) propõe que, para se formular uma estratégia é preciso responder a algumas questões:

- a) Quais são os objetivos da empresa?
- b) Em que áreas e quanto a empresa deve-se diversificar?
- c) A posição da empresa no mercado deve ser explorada e desenvolvida sob que forma?

Os objetivos de um hospital privado filantrópico, além do que constam em seus estatutos, como já citado, precisam que cumpram algumas exigências determinadas através de decretos federais.

As especialidades médicas são enormes, com isso, os hospitais privados filantrópicos possuem uma diversificação grande de áreas em que atuar. É claro que existem os hospitais gerais, aqueles que atendem todas as especialidades e existem os especializados, que por serem específicos numa determinada área, necessitam de sub-especialidades. Como exemplo, um hospital especializado em oncologia necessita de especialidades como: ginecologia, urologia, cabeça e pescoço, etc.

Como vemos, além de ser um hospital especializado é necessário que seus profissionais, além de serem específicos, possuam também o título de especialistas.

O desenvolvimento da empresa no mercado pode ser obtida através de planos de saúde privados. Os hospitais privados filantrópicos que procederem o seu percentual de atendimento ao Sistema Único de Saúde – 60%, podem explorar a diferença, 40%, nos planos de saúde privados.

Segundo Porter (1986), existem maneiras pelas quais as empresas podem criar condições favoráveis ao seu sustento:

- a) A empresa diversificada pode transferir recursos das unidades superavitárias para as deficitárias, como comparação, os recursos recebidos pelos serviços prestados aos planos de saúde privados podem ser compensados com os recursos recebidos pelos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde – SUS;
- b) A empresa diversificada pode obter redução nos seus custos e adotar uma política financeira mais agressiva, como comparação, as isenções tributárias concedidas aos hospitais privados filantrópicos podem gerar uma redução nos seus custos operacionais e proporcionar competitividade no mercado de planos de saúde privados.

Zaccarelli (2000 : 73) mostra que: “Estratégia é um guia para decisões sobre interações com oponentes, de reações imprevisíveis, que compreende duas partes:

- a) ações e reações envolvendo aspectos do negócio;
- b) preparação para obter vantagens nas interações”.

Kaplan e Norton (1996) dizem que a estratégia é um conjunto de objetivos que se alinham a uma meta comum, e que esses objetivos constituem hipóteses sobre causa e efeito.

Essas decisões estratégicas, colocadas por Quinn (1980) são determinadas por um empreendimento, determinando sua eficiência para manter a rotina diária e os serviços da empresa.

Para Mintzberg e Quinn (2001) a estratégia empresarial é um processo organizacional que exige a formulação, ou seja, decidir o que fazer e a implementação para alcançar resultados.

Dentro do processo de decisão é necessário que o conjunto de atividades de uma empresa esteja integrado. Conforme nos coloca Porter (1996), para haver sustentabilidade em nossa estratégia, as atividades devem estar adaptadas e integradas.

Levy (1986) propõe duas decisões estratégicas para o êxito de uma empresa:

- 1) Decisão de portfólio – composto de produtos ou serviços que vamos viver e desenvolver os quais, dada a competitividade, poderão gerar rentabilidade ou risco;
- 2) Decisão de posicionamento – consiste em compatibilizar o produto ou serviço com o mercado ou segmento, assegurando uma melhor conquista.

Gianesi e Corrêa (1994) destacam duas categorias para a importância estratégica nos serviços, dentre as quais citamos duas:

- a) Crescente pressão por competitividade que o mercado mundial tem demandado das empresas e o surgimento de concorrentes capacitados;
- b) Potencial competitivo que representa o recente desenvolvimento de novas tecnologias de processo e de gestão;

No segmento de hospitais especializados existe competitividade e capacitação para com os planos de saúde privados. Com isso, torna-se necessário desenvolver estratégias no sentido de implementar novas tecnologias e novas técnicas de procedimentos de tratamento para oferecer aos planos de saúde privados, um diferencial.

2.2. Tipos de Estratégias

Conforme afirmam Wright, Kroll e Parnell (2000) as empresas que competem em um único setor beneficiam-se do conhecimento especializado, ajudando a oferecer melhores produtos e serviços.

Ansoff (1991) apresenta dois tipos de estratégia que são usados para caracterizar a direção do desenvolvimento estratégico na empresa.

- 1) Estratégia de Carteiras – se preocupa com o conjunto de áreas de negócio nas quais a empresa pretende operar;
- 2) Estratégia Competitiva – especifica o enfoque especial que a empresa tentará usar para obter sucesso.

Na estratégia de Carteiras de Ansoff (1991), encontramos quatro componentes:

- a) Vetor de crescimento geográfico – especificando o alcance e a direção dos negócios futuros da empresa. Veja ilustração na figura 2.1.

	Produtos Existentes	Novos Produtos
Mercados Existentes	Penetração no Mercado	Desenvolvimento do Produto
Novos Mercados	Desenvolvimento do Mercado	Diversificação

Figura 2.1: Maneiras de Aprimorar um Determinado Negócio.

Fonte: Ansoff, H.Igor. Estratégia Empresarial, São Paulo, McGraw-Hill, 1977.

- Penetração no mercado – um direcionamento para o crescimento através do aumento de sua participação relativa da empresa nas suas linhas correntes de produtos e mercados;
- Desenvolvimento de mercados – a empresa busca novas missões para os seus produtos;
- Desenvolvimento de produtos – processo de criação de novos produtos em substituição aos produtos existentes;
- Diversificação – refere-se a novos produtos e missões para a empresa.

Nesta estratégia de Ansoff a penetração no mercado através dos planos de saúde privados , faz com que esse direcionamento provoque um crescimento nas receitas operacionais dos hospitais privados filantrópicos.

A criação de novos produtos torna-se importante na busca de otimização de sua produtividade. Os hospitais possuem uma determinada capacidade de instalações como, número de leitos, número de salas cirúrgicas, número de leitos para unidade de terapia intensiva, etc.

Com isso, torna-se necessário quantificar as cirurgias que o hospital deve realizar com base em suas unidades de internação. Isso limita a capacidade produtiva da organização, daí a necessidade de criação de serviços que possam aliar o tratamento à produtividade.

- b) Vantagem Competitiva – o que a empresa procura obter em suas áreas de negócio;
- c) Sinergias – o que a empresa procura obter em suas atividades;
- d) Flexibilidade Estratégica – o que a empresa busca através de duas maneiras: a primeira pela diversificação do alcance geográfico, das necessidades atendidas e das tecnologias onde qualquer mudança não abale o desempenho da empresa; e a segunda baseando a carteira da empresa em recursos e competências que sejam transferidas entre as áreas estratégicas de negócio.

A flexibilidade estratégica permite aos hospitais privados filantrópicos, que os recursos oriundos das receitas dos serviços dos planos de saúde privados possam suprir as receitas operacionais do Sistema Único de Saúde – SUS. Essa flexibilidade estratégica de Ansoff pode ser comparada com a transferência de recursos de unidades superavitárias para as deficitárias colocadas por Porter, como já mencionado anteriormente.

A estratégia competitiva de Ansoff (1991) coloca como podemos ter sucesso em cada área da empresa através das estratégias:

- 1) Estratégia de maximização da participação no mercado;
- 2) Estratégia de crescimento – onde a empresa garante seu crescimento futuro;
- 3) Estratégia de diferenciação de mercado – onde a empresa cria uma imagem distinta para seus produtos e serviços;
- 4) Estratégia de diferenciação de produtos e serviços.

Com base nas gestões do Sistema Único de Saúde – SUS, tanto através da gestão plena de atenção básica, como da gestão plena do sistema municipal, os gestores podem contratar dos prestadores de serviços, entenda-se hospitais, procedimentos ambulatoriais e hospitalares especializados, colocando o hospital como referência para os procedimentos.

Essa referência pode, no caso de gestão plena do sistema municipal, ser estendida a outros municípios, através da Programação Pactuada e Integrada – PPI, com isso, os hospitais criam uma imagem distinta de seus serviços.

Porter (1986) diz que uma empresa ao formular uma estratégia competitiva, deve considerar quatro fatores básicos:

- Os pontos fortes e fracos caracterizados pelo perfil dos ativos em relação à concorrência;
- Os valores pessoais de uma organização;
- As ameaças e as oportunidades da indústria;
- Expectativa da sociedade.

Se formos considerar um hospital privado filantrópico especializado, ele assume características diferenciadas em relação aos hospitais gerais. Como já citado, os valores pessoais de uma organização são importantes, principalmente na organização complexa hospitalar.

Essas características começam pela especialização dos profissionais médicos. Além da formação médica, torna-se necessário que o profissional obtenha um título de especialista para atuar nos hospitais especializados.

Alguns equipamentos também tornam-se diferenciados nesses hospitais, em função de determinados tratamentos. Podemos citar como exemplos os hospitais de oncologia; para tratamento de radioterapia, necessitam de equipamentos como bomba de cobalto, acelerador linear, etc.

Dos níveis de estratégias, Porter (1998) afirma que, existem dois níveis para uma empresa se diversificar: a Estratégia Competitiva e a Estratégia Corporativa.

Segundo Porter (1986:16): “Estratégia competitiva é uma combinação dos fins (metas) que a empresa busca e dos meios (políticas) pelos quais ela está buscando chegar lá.”

A meta estratégica de Porter (1986) é encontrar uma posição dentro do sistema em que a organização possa se defender melhor contra as forças competitivas ou influenciá-las em seu favor.

Essas cinco forças competitivas de Porter (1986): ameaça de novos entrantes e de novos substitutos, poder de negociação dos fornecedores e dos compradores, determinam a intensidade da concorrência no setor, com a rentabilidade.

Porter (1986) cita uma série de abordagens quando uma estratégia competitiva assume uma ação ofensiva e defensiva:

- Posicionar a empresa através de suas capacidades, proporcionando a defesa contra as forças competitivas;
- Influenciar o equilíbrio estratégico, melhorando a posição da empresa; ou
- Antecipar as mudanças nos fatores básicos das forças, explorando essas mudanças através de uma estratégia apropriada ao novo equilíbrio competitivo antes que a concorrência a identifique.

Porter (1989), no que diz respeito à estratégia competitiva, cita três estratégias genéricas que poderão ser utilizadas pelas empresas de forma combinada ou isolada: liderança no custo total, diferenciação e enfoque, que poderão ser observadas na figura 2.2.

		VANTAGEM COMPETITIVA	
		Custo mais baixo	Diferenciação
ESCOPO COMPETITIVO	Alvo Amplo	1. Liderança de Custo	2. Diferenciação
	Alvo Estreito	3a – Enfoque no Custo	3b – Enfoque na Diferenciação

Figura 2.2: As Três Estratégias Genéricas.

Fonte: Porter, Michael E. Vantagem Competitiva, Editora Campus, Rio de Janeiro, 1989.

Para Porter (1986), a liderança no custo exige a construção agressiva de instalações em escala eficiente, uma perseguição vigorosa de reduções de custo pela experiência, um controle rígido do custo e das despesas gerais, que não seja permitida a formação de contas marginais dos clientes, e a minimização do custo em várias áreas.

Uma posição de custo baixo, segundo ele (1986), proporciona a empresa, retornos acima da média, defesa contra a rivalidade dos concorrentes, coloca a empresa em posição favorável em relação aos concorrentes.

Porter (1986) cita, como exemplos de estratégia de liderança de custo, a Texas Instrument, a Black and Decker e a Du Pont.

A diferenciação, como segunda estratégia genérica de Porter (1986), é diferenciar o produto ou o serviço oferecido pela empresa, criando algo em toda a indústria. A diferenciação pode assumir muitas formas: projeto ou imagem da marca, tecnologia, peculiaridades, rede de fornecedores.

A diferenciação é uma estratégia que obtém retornos acima da média em uma indústria, em função de criar uma posição defensável para enfrentar as forças competitivas.

A última estratégia genérica de Porter (1986) é o enfoque que procura a concentração em um determinado comprador, um segmento da linha de produtos ou um mercado geográfico. Ele pode assumir diversas formas, atendendo melhor o alvo determinado, que os concorrentes que competem de forma mais ampla.

Conforme Porter (1986:53), “o enfoque desenvolvido significa que a empresa tem uma posição de baixo custo com seu alvo estratégico, alta diferenciação, ou ambas”.

Porter (1986) também diz que a estratégia de enfoque requer alguns recursos e habilidades dentre as quais, a reputação da empresa como líder em qualidade ou tecnologia, sistema de distribuição de baixo custo e grande capacidade em pesquisa básica. Além dos recursos e habilidades é preciso que os requisitos organizacionais sejam realizados através de controle rígido de custo, organização e responsabilidades estruturadas.

Dentre as estratégias genéricas, Porter (1986) afirma que elas são métodos alternativos para lidar com as forças competitivas e que as empresas que não desenvolvem sua estratégia, em pelo menos uma dessas três direções, está em situação extremamente pobre.

Segundo ele (1986), a empresa que se fixou no meio termo detém uma baixa rentabilidade. Afinal ela perde os clientes de grandes volumes, que exigem preços baixos, ou, então, renuncia seus lucros para colocar seu negócio fora do alcance de empresas de baixo custo.

Com base nas opções estratégicas de Porter, a organização hospitalar pode promover mudanças operacionais através de:

- a) Especialização em um segmento de mercado, ou seja, os hospitais privados filantrópicos podem priorizar alguns procedimentos, tanto ambulatoriais como hospitalares e investir nessa linha de produto;
- b) Através da especialização pode-se buscar a liderança em tecnologia com aquisições de equipamentos que possibilitem alta resolutividade no tratamento;
- c) Uma política de preços e posicionamento de custos através de isenções tributárias compatíveis com as necessidades dos planos de saúde privados.

Com relação à combinação de recursos através de especialização, política de preços e priorização de procedimentos, uma organização não agrega valor somente por essa combinação, mas envolve também, agentes internos e externos.

Porter (1989) coloca que as atividades que uma empresa executa, sejam elas no projeto, na produção, no marketing, na entrega ou no suporte, podem contribuir para a posição de custos, além de criarem uma diferenciação.

Segundo Porter (1989), uma empresa ganha vantagem competitiva, executando essas atividades, estrategicamente, através da cadeia de valor, visando a uma compreensão do comportamento dos custos e fontes para diferenciação.

Para ele (1989) a cadeia de valor exibe o valor total, e consiste em margem e atividades de valor, sendo que as atividades de valor são atividades físicas e tecnológicas distintas, em que a empresa cria um produto valioso para os compradores, enquanto a margem é a diferença entre o valor total e o custo coletivo.

As atividades de valor são divididas em dois tipos, conforme esclarece Porter (1989), atividades primárias e atividades de apoio. As atividades primárias estão envolvidas na criação do produto e na sua venda e as atividades de apoio sustentam as atividades primárias e a si mesmas.

“Cada categoria pode ser vital para a vantagem competitiva” (Porter, 1989, p.37), e para uma empresa que presta serviços a logística externa, como distribuição do produto acabado, será importante.

Junto às atividades de apoio, no modelo de Porter (1989), o desenvolvimento de tecnologia consiste em várias atividades que podem ser agrupadas para aperfeiçoar o produto e o processo.

Mintzberg e Quinn (2001) apresentam os tipos de estratégias divididas em cinco opções:

- a) localizando a essência do negócio;
- b) distinguindo a essência do negócio;
- c) desenvolvendo a essência do negócio;
- d) estendendo a essência do negócio;
- e) reconfigurando a essência do negócio.

Essas estratégias podem ter seu seguimento a partir de Porter porém, divergem em alguns aspectos, por exemplo, quando os autores incluem a liderança de custos como uma forma de diferenciação.

Para Mintzberg e Quinn (2001), uma organização se distingue num mercado competitivo ao diferenciar suas ofertas de alguma forma. Essa distinção pode ser apresentadas sob duas formas:

- a) Estratégia de Diferenciação;
- b) Estratégia de Foco.

Segundo eles (2001), a estratégia de diferenciação apresenta quatro maneiras básicas:

- Estratégia de diferenciação de preço: maneira mais básica para diferenciar um produto, obtida pela cobrança de baixo preço;
- Estratégia de diferenciação na imagem: criação de uma imagem diferenciada para o produto;
- Estratégia de diferenciação de suporte: não tem efeito direto no produto;
- Estratégia de diferenciação de projeto: procura algo diferente rompendo o tradicional;

Com relação à estratégia de foco, colocada por Mitznberg e Quinn (2001), esta dimensão distingue a essência do negócio através dos produtos e serviços oferecidos. Elas podem ser definidas através de:

- Estratégia sem segmentação: tenta capturar uma grande fatia do mercado com a configuração básica de um produto;
- Estratégia de segmentação;
- Estratégia de nicho: foca um segmento simples.

Para Hamel e Prahalad (1995), a organização necessita desenvolver uma intenção estratégica para ocupar uma posição de destaque e, com isso, descobrir maneiras de alavancar recursos e criar novos negócios.

Segundo Hamel e Prahalad (1995), a competitividade de uma empresa deriva de uma capacidade de formar, a custos menores as competências essenciais através das fronteiras da organização.

As competências essenciais de Hamel e Prahalad (1995) aglutinam os negócios existentes entre si e motor para desenvolver novos negócios.

A essência da alavancagem dos recursos proposta por Hamel e Prahalad (1995) é fazer mais com menos, ou seja, “expansão e alavancagem são irmãs de sangue” (1995 : pg. 172).

Segundo Hamel e Prahalad (1995:177): “Se não há capacidade para a alavancagem de recursos, se a empresa não aprendeu a fazer mais com menos e, em outras palavras, os riscos de ser “estratégica” são totalmente proporcionais às possíveis recompensas, não há vantagem em ser estratégico”.

Para Hamel e Prahalad (1995), uma empresa com carência de recursos não pode imitar as vantagens dos concorrentes, não pode gastar as quantias dos concorrentes, não pode jogar as mesmas regras do líder.

Hamel e Prahalad colocam algumas premissas para a alavancagem de recursos:

- 1) A empresa pode ser concebida como um portfólio de recursos (técnicos, financeiros, humanos), bem como um portfólio de unidades de negócio concentradas em produtos ou mercados;
- 2) As limitações de recursos não são obstáculo para a conquista de liderança global, bem como abundância de recursos não garante continuidade de liderança;

- 3) Existem grandes diferenças entre as empresas no mercado e o impacto competitivo que elas geram com determinada quantidade de recursos;
- 4) Ganhos em eficiência baseados na alavancagem provêm do aumento de produtividade;
- 5) Dedicção na avaliação da viabilidade estratégica de projetos;
- 6) Capacidade de alavancagem de recursos é separar vencedores de perdedores nas batalhas pela liderança do setor.

Para obter alavancagem de recursos, Hamel e Prahalad (1995) citam cinco formas fundamentais aliadas a componentes específicos:

- a) Concentração mais eficaz de recursos nos principais objetivos estratégicos;
 - Convergência – os objetivos devem ser alcançados a longo prazo e com uma direção única;
 - Foco – importante na pesquisa e desenvolvimento de produtos e na definição de metas de melhoria operacional;
 - Direcionamento – a meta é concentrar-se nas coisas certas que causarão maior impacto.
- b) Acúmulo mais eficaz de recursos;
 - Extração – a capacidade em extrair idéias novas de novas experiências para a melhoria;
 - Empréstimo – através de alianças, joint ventures, licenciamento interno a empresa pode obter recursos fora da instituição;

- c) Complementação de um recurso com outro criando um maior valor;
- Mistura – combinação de habilidades de formas inovadoras;
 - Equilíbrio – garantia de ativos complementares críticos;
- d) Conservação de recursos;
- e) Recuperação de recursos, minimizando o tempo entre o investimento e as recompensas.

As categorias de alavancagem de recursos podem ser verificadas na figura 2.3:

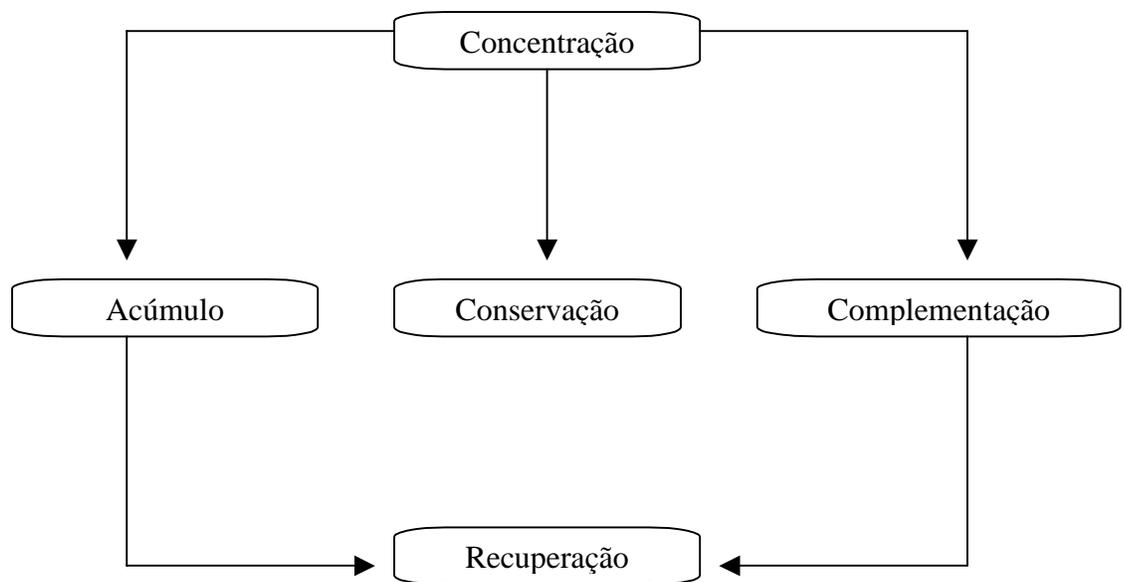


Figura 2.3 – Categorias de Alavancagem de Recursos

Fonte: Hamel, Gary & Prahalad, C.K., *Competindo pelo Futuro –Estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã*, Editora Campus Rio de Janeiro, 1995.

Os hospitais privados filantrópicos devem procurar se concentrar mais eficazmente nos recursos operacionais vantajosos para o seu desempenho. É importante que o desenvolvimento de produtos e a definição de metas impliquem na melhoria operacional da instituição.

O acúmulo de recursos pode ser obtido através de suas isenções tributárias ou mesmo através de programas de auxílio financeiro junto aos órgãos governamentais, caso específico do Banco Nacional de Desenvolvimento Social – BNDES.

Com relação aos recursos, o Ministério da Saúde disponibilizou aos hospitais privados filantrópicos, uma linha de financiamento para várias modalidades, entre as quais, aquisição de equipamentos, reformas e ampliações de suas unidades, denominadas REFORSUS.

A complementação de recursos pode ser vista com a obtenção de subvenções governamentais, como verificado no Capítulo I, um dos benefícios dos hospitais privados filantrópicos ao receber o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos – CEFF é o recebimento de verbas constantes de orçamentos públicos.

Os hospitais privados filantrópicos ligados ao Sistema Único de Saúde, sejam através de gestões, plena de atenção básica ou plena do sistema municipal, devem mostrar aos gestores estaduais e municipais, a importância da parceria existente no suporte de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Essa parceria visa não só o suporte de atendimento aos usuários do SUS, mas, também, um suporte aos hospitais privados filantrópicos que proporcionam esse tipo de atendimento.

CAPÍTULO III

GESTÃO DE UM HOSPITAL PRIVADO FILANTRÓPICO – UM ESTUDO DE CASO

3.1. A História de Instituição

Em 1919, a sociedade médica de São Paulo, sensibilizada pela propagação dos casos de câncer, iniciou os estudos para o combate desta terrível moléstia, estando à frente o professor Arnaldo Vieira de Carvalho (1867-1920) que não media esforços para que se fundasse um serviço adequado ao combate essa moléstia.

Sendo diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo e da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo apresentou à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, dirigida pelo dr. José Ayres Netto (1878-1969), presidente dessa agremiação, um projeto para a fundação de uma Instituição que se destinava ao estudo e ao tratamento do câncer.

Para tanto, em 19 de fevereiro de 1920, devido ao grande prestígio que obtinha, tanto na sociedade quanto nos meios médicos e científicos, não foi difícil para o afamado professor organizar subscrição pública e governamental, a fim de obter meios financeiros e levar avante os projetos programados.

Com a ajuda do jornal “*O Estado de São Paulo*”, a instituição conseguiu doações que chegaram a um mil contos de réis, dando início ao projeto.

Finalmente, em 05 de novembro de 1929, com o término da obras, foi inaugurado o prédio e iniciados os trabalhos médicos e científicos com o atendimento dos primeiros pacientes portadores de câncer.

A administração organizou-se através de seus estatutos sociais que assim previa:

- Promover o diagnóstico, a prevenção e a detecção do câncer;
- Tratar o câncer por meio de radiações (raio-X, radium, cobalto rádio-ativo) e outros agentes físicos, da cirurgia especializada, da quimioterapia e de outros meios, assim como outras moléstias que se beneficiem com a mesma terapêutica;
- Incentivar investigações científicas relativas aos problemas do câncer e dos agentes empregados no seu tratamento;
- Promover cursos de especialização e aperfeiçoamento dentro de suas finalidades;
- Cooperar nas campanhas de combate ao câncer, com entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras.

Conforme pode ser verificado, os estatutos sociais da instituição estão registrados no 3º Cartório de Títulos e Documentos da Capital e os seus princípios estatutários ainda permanecem os mesmos.

Compete à Assembléia Geral da instituição, composta de membros efetivos, beneméritos e honorários em número ilimitado:

- Admitir e excluir seus membros;
- Autorizar a alienação de bens do Instituto;
- Aprovar o orçamento para o exercício seguinte;
- Eleger o Conselho Diretor e o Conselho Fiscal;
- Reformar o Estatuto Social.

A Assembléia é convocada e instalada com duas reuniões anuais ordinárias, a primeira em março para tomar conhecimento do Balanço e julgar as contas do exercício anterior e a segunda em dezembro para deliberar sobre o orçamento do exercício seguinte e, de três em três anos, para a eleição do Conselho Diretor e do Conselho Fiscal.

O Conselho Diretor constitui-se de 7 (sete) integrantes assim composto: presidente; 1º e 2º vice presidentes; 1º e 2º secretários; 1º e 2º tesoureiros. O Conselho Fiscal é composto por três membros efetivos e três membros suplentes.

Tanto o Conselho Diretor como o Conselho Fiscal não são remunerados, estando de acordo com as normas legais do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS para o reconhecimento de filantropia da Entidade.

Atualmente a instituição conta com os serviços de internações para casos clínicos e cirúrgicos, sendo que o total de seus leitos hospitalares, segundo dados do Cadastro de Leitos Hospitalares da Secretaria de Estado da Saúde, é de 65 (sessenta e cinco) leitos.

A instituição conta com 7 (sete) salas cirúrgicas e 7 (sete) leitos para Unidade de Terapia Intensiva que dão suporte aos casos cirúrgicos e clínicos. É uma instituição de ensino, reconhecida pelo Conselho Nacional de Residência Médica e conta, atualmente, com 11 (onze) médicos residentes.

Conta com praticamente quase todas as especialidades médicas, sendo que o seu atendimento é para pacientes adultos, não possuindo atendimentos pediátricos.

Para dar suporte aos pacientes cirúrgicos possui os serviços de radioterapia e quimioterapia, sendo que, no serviço de radioterapia procede aplicações de bomba de cobalto, acelerador linear e braquiterapia de alta taxa de dose, um dos mais modernos procedimentos em se tratando de aplicações.

Com relação às quimioterapias possui salas para aplicações de curta e longa duração, sendo que, os medicamentos quimioterápicos são manipulados em capela de fluxo laminar, especialmente para essa finalidade.

3.2. Hospitais de Alta Complexidade

Como a pesquisa se dará através de um estudo de caso junto a um hospital oncológico de alta complexidade, necessário se faz, definirmos o que são centros de alta complexidade em oncologia.

O Ministério da Saúde, através da Portaria 3.535 de 02 de setembro de 1998 (13), estabeleceu critérios para o cadastramento de centros de atendimento em oncologia, bem como definições e características desses centros.

Como definição, a Portaria 3.535 de 02/09/98 traz:

“Centros de alta complexidade são hospitais que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes portadores de determinada moléstia, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.”

As atividades de prevenção e de detecção devem ser desenvolvidas em conformidade com os programas e normas definido pelo Ministério da Saúde.

Os centros devem possuir um prontuário para cada paciente com as informações sobre sua doença, seus diagnósticos, resultados de exames, estadiamento e tratamento prévios, todas devidamente preenchidas por profissional responsável para cada atendimento.

(13) Fonte de Consulta : *Diário Oficial da União* 196-E , 14/10/1998

Os centros oncológicos para serem considerados de alta complexidade devem possuir uma assistência especializada ao paciente, sendo que essa assistência deve ser abrangida por sete modalidades integradas.

Essas modalidades constam na Portaria 3.535 do Ministério da Saúde:

- 1) Diagnóstico – através de serviço médico ambulatorial e hospitalar destinado ao atendimento imediato aos pacientes com forte suspeita ou com diagnóstico de câncer e que procedem a conformação diagnóstica e ao estadiamento do câncer através de exames complementares de Patologia Clínica, Imagenologia e Anatomia Patológica;
- 2) Cirurgia Oncológica – através de especialidade médica que atende, trata cirurgicamente e acompanha os pacientes com câncer;
- 3) Oncologia Clínica – através de especialidade médica responsável pelo tratamento clínico, acompanhamento e avaliação dos pacientes portadores de câncer. O tratamento ocorre através da indicação e aplicação de medicamentos antineoplásicos e coadjuvantes;
- 4) Radioterapia – através de serviço médico especializado responsável pelo atendimento, indicação e aplicação de radiações ionizantes;
- 5) Medidas de suporte – através de ações específicas destinadas à sustentação das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes que necessitam receber as diversas modalidades terapêuticas indicadas;
- 6) Reabilitação – através de técnicas que ajudam os pacientes em áreas específicas, promovendo melhoria das condições físicas e psicológicas para a reintegração ao seu meio social;

- 7) Cuidados Paliativos – através de assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional, para o controle da dor e de outros sintomas. Para isso deve oferecer garantia de internações por intercorrências e de longa permanência.

3.3. Análise Teórico e Contextual do Caso

Devido sua finalidade jurídica, ou seja, hospital filantrópico e atendendo aos requisitos do decreto federal 2.536 de 06/04/1998 conforme requisitos já citados na pagina 22, a maioria dos atendimentos realizados na instituição pesquisada é de pacientes do Sistema Único de Saúde. Porém, como os recursos recebidos pelos serviços prestados ao SUS são fixos, pois dependem de orçamentos públicos, a instituição necessitava buscar alternativas de receitas.

Para continuar a evoluir, e vendo que o seu potencial de atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde estava esgotado, era preciso redefinir o seu negócio. Para isso o enfoque foi mudar a estratégia de atendimento e , com isso, aumentar a eficácia do hospital.

Borba (1993) entende que os hospitais privados filantrópicos devem buscar maneiras para amenizar seus déficits através de qualificação e especialização de seu produto, inovação e insinuar-se para novos clientes.

3.3.1. Desempenho histórico da instituição

O hospital se inseriu no Sistema Único de Saúde quando da sua criação em 1990 e, aliado a esse segmento de mercado, a instituição definiu buscar um complemento de mercado por meio de planos de saúde privados.

Os dados a serem analisados serão do período de 1996 a 2000 e, para tanto, estaremos analisando o relatório de produção da instituição fornecido pelo departamento administrativo, conforme Anexo VII, páginas 111 a 115.

O motivo do período pesquisado se deu em função da verificação do crescimento do atendimento e das receitas ocorridas na categoria de planos de saúde privados.

Para análise dos dados levantaremos o total de pacientes do Censo Hospitalar. Senão vejamos o que diz a tabela 3.1:

Pacientes	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000	TOTAL
S.U.S.	20.462	12.985	14.043	15.560	12.007	75.057
Prefeituras	63	0	0	0	0	63
Convênios	942	1.883	2.595	3.174	2.934	11.528
Particulares	616	508	422	936	707	3.189
TOTAL	22.083	15.376	17.060	19.670	15.648	89.837

Tabela 3.1 – Pacientes atendidos por categoria

Fonte: Relatório de Produção.

Com os dados acima vamos fazer um comparativo de atendimento, a fim de verificarmos se, com esses atendimentos prestados, a instituição manteve sua média de atendimento ao Sistema Único de Saúde – SUS. Como informamos no Capítulo I, para obter os benefícios da filantropia, a Entidade deve atender mais de 60% de sua capacidade de atendimento. Portanto com base na tabela 3.1 temos:

Pacientes	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000	TOTAL
S.U.S.	92,66%	84,45%	82,32%	79,11%	76,73%	83,55%
Prefeitura	0,29%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%
Convênios	4,27%	12,25%	15,21%	16,14%	18,75%	12,83%
Particulares	2,78%	3,30%	2,47%	4,75%	4,52%	3,55%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabela 3.2 – Percentual de pacientes atendidos por categoria

Conforme a tabela 3.2, os pacientes do Sistema Único de Saúde tiveram, ao longo dos cinco anos, um total de 83,55% do total de pacientes atendidos. Com isso, a instituição atendeu os requisitos do Decreto Federal 2.536/98, consequentemente usufruindo das isenções fiscais.

Mantendo o seu percentual de atendimento junto aos usuários do Sistema Único de Saúde era preciso focar o seu atendimento em outros segmentos de clientes. Não era possível a instituição continuar com o seu faturamento direcionado a um único cliente, sendo que, esse cliente mantinha uma remuneração não compatível com os custos dos serviços.

Em termos financeiros, ao analisarmos os balanços patrimoniais da instituição relativos ao período, conforme Anexo VIII, página 116, verificamos que o incremento de pacientes do sistema de convênios privados proporcionou um aumento considerável nas suas receitas operacionais. Senão vejamos:

Receitas	1.996 R\$	1.997 R\$	1.998 R\$	1.999 R\$	2.000 R\$	TOTAL R\$
S.U.S.	7.050.858	9.279.500	9.952.052	7.269.752	9.756.255	43.308.417
Prefeitura	611.156	000	000	000	000	611.156
Convênios	142.015	846.217	2.009.845	2.829.333	3.780.010	9.607.420
Particulares	163.701	177.182	155.080	276.071	298.325	1.070.359
TOTAL	7.967.726	10.302.899	12.116.977	10.375.156	13.834.590	54.597.352

Tabela 3.3 – Receitas Operacionais por categoria

Fonte: Demonstração de Resultado.

Com relação à tabela 3.3, verificamos que as receitas operacionais recebidas do sistema de planos de saúde privados, apresentaram um crescimento substancial no período de 1996 para 2000 na ordem de 2.661,70%. Esse crescimento foi possível graças a um direcionamento de sistema que remunera os procedimentos em valores bem superiores às remunerações do Sistema Único de Saúde.

A título de comparação com as receitas operacionais colocadas na tabela 3.3 é interessante observar os dados da tabela 3.4:

Receitas	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000	TOTAL
S.U.S.	88,49%	90,07%	82,13%	70,07%	70,52%	79,32%
Prefeitura	7,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,12%
Convênios	1,78%	8,21%	16,59%	27,27%	27,32%	17,60%
Particulares	2,06%	1,72%	1,28%	2,66%	2,16%	1,96%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabela 3.4 – Percentual de receitas operacionais por categoria

Como podemos observar, a dependência a uma única fonte pagadora, que era grande nos três primeiros anos de nossa pesquisa, quase 90%, teve a sua diluição com forte definição nos últimos dois anos de nossa pesquisa.

Podemos verificar uma estabilização nas receitas financeiras do Sistema Único de Saúde, na ordem de 70%, bem como, nas receitas financeiras dos convênios, na ordem de 27%.

Procurando aliar as receitas do Sistema Único de Saúde às receitas dos planos de saúde privados, será que a instituição conseguiu um equilíbrio financeiro? Para isso, vamos analisar o resultado operacional apresentado nas demonstrações de resultado do período pesquisado, através da tabela 3.5.

	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
Superávit/ Déficit	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Operacional	(890.268)	(446.978)	(1.655.902)	(2.199.291)	(461.637)

Tabela 3.5 – Resultado operacional

Fonte : Demonstração de Resultado

Se levarmos em consideração o resultado operacional de 1996, que apresentava um déficit operacional de R\$ 890 mil, vamos verificar que nos exercícios seguintes ocorreu uma diminuição nos déficits operacionais.

No exercício de 1997, o déficit operacional diminuiu para R\$ 446 mil, o que representou uma queda no resultado na ordem de R\$ 450 mil. No exercício de 1998 tivemos um acréscimo no déficit em função de um aumento nas despesas com pessoal próprio e despesas gerais que resultaram em quase R\$ 1,3 milhão. Portanto, se não houvesse ocorrido esse aumento de despesas, o déficit operacional se manteria em torno de R\$ 400 mil.

Já no exercício de 1998 ocorreu uma queda nas receitas operacionais oriundas do Sistema Único de Saúde – SUS, que fez uma redução de quase R\$ 2 milhões. Essa queda proporcionou um aumento no déficit operacional na ordem de R\$ 2,2 milhões. Caso não houvesse ocorrido essa queda, certamente o déficit estaria mantido na ordem de R\$ 300 mil.

Outro dado a ser observado, trata-se das verbas governamentais recebidas pela instituição. Como pode ser verificado, a entidade recebeu uma considerável ajuda financeira nos períodos de análise da pesquisa.

Foram R\$ 195 mil no período de 1996, passando a R\$ 1,6 milhões em 1997, sendo que em 1998 foram R\$ 65 mil e R\$ 648 mil em 1999. Portanto, ajudas substanciais que puderam ser aplicadas no custeio da instituição.

3.3.2. Análise da Estratégia com o Estudo de Caso

Friedman e Draper (2001) entendem que, quando os recursos parecem limitados, há a necessidade de uma estratégia de foco a ser colocada em prática para a instituição continuar a fornecer serviços com qualidade.

Dentro de suas características de hospital oncológico era preciso estabelecer objetivos e priorizar as necessidades do hospital. Era preciso ter habilidade e conhecimento para executar o serviço.

Quais eram, portanto, as diferenças possíveis para a instituição montar uma estratégia?

1. Especialização – por ser um hospital especializado em oncologia, ele possuía um alto grau de clientes-alvo;
2. Identificação de marcas – a oncologia (câncer) marca a competência especializada no atendimento integral, com isso, a instituição procurava, através de suas especialidades e recursos tecnológicos identificar a sua marca;
3. Posição de custo – através de suas isenções tributárias o seu custo operacional, bem como os seus investimentos em tecnologia, eram menores por suas isenções de tarifas de importação nos equipamentos. E a sua inserção como hospital privado filantrópico lhe condiciona isenções fiscais assim como isenções tributárias.

Para mudar a estratégia o hospital precisou investir nas suas instalações, ou seja, reformas internas foram realizadas, desde a sua recepção até ao centro cirúrgico, passando pelos seus ambulatórios e apartamentos.

Além da parte de instalações, era necessário buscar novas tecnologias para os equipamentos que serviam de base ao tratamento, proporcionando confiabilidade aos pacientes.

O mercado de planos de saúde privados procurava hospitais para novos contratos de prestação de serviços. A oncologia, uma área de tratamento diferenciada, conta, na cidade de São Paulo, com três hospitais especializados, sendo que, a maioria dos hospitais na cidade de São Paulo possui unidades de oncologia, porém são considerados hospitais gerais.

Era preciso, além de boas instalações e tecnologia avançada, oferecer algo atrativo aos planos de saúde privados. Em função das isenções tributárias que os hospitais privados filantrópicos possuem, os seus custos operacionais poderiam ser menores do que os hospitais gerais.

Com acesso à tecnologia inovadora, isenções que possibilitem a redução dos custos, alto nível do quadro de profissionais, boa imagem dos produtos e serviços, poderia ocorrer uma distinção da concorrência.

Com base em nossa pesquisa bibliográfica, a estratégia de carteiras no modelo de Ansoff pode ser verificada no crescimento de usuários de planos de saúde atendidos pela instituição.

Dentro dos componentes da estratégia de carteiras, o vetor de crescimento geográfico de Ansoff pode ser verificado no aumento de pacientes atendidos nos planos de saúde. Em cinco anos a instituição, praticamente, quadruplicou a sua produtividade de atendimento aos pacientes de convênios, passando de 4,27% para 18,75%.

Junto ao vetor de crescimento geográfico de Ansoff, a penetração de mercado nos mostra uma direção de crescimento através de uma participação no mercado de planos de saúde privados.

Ainda com relação à análise da tabela 3.2 e num comparativo com a nossa pesquisa bibliográfica, vamos verificar a estratégia genérica de Porter, a estratégia de enfoque. Nela, a organização procurou se concentrar em um determinado grupo de clientes, um segmento específico de plano de saúde privado.

Além disso a capacidade de expansão como visão estratégica, colocada por Hamel & Prahalad (1995), pode ser vista como incrementalismo o crescimento e a vitalidade da organização.

Essa expansão, colocada por Hamel e Prahalad (1995), diz que uma organização com carência de recursos deve criar formas competitivas a fim de gerar uma busca incansável de oportunidades de alavancar melhor os recursos.

Com base em nossa pesquisa bibliográfica, Hamel e Prahalad (1995) propõem, como uma das premissas para a alavancagem de recursos, que o ganho em eficiência, baseados na alavancagem, provêm do aumento de índices de produtividade.

Ao concentrar-se no sistema de planos de saúde privados, a instituição buscou uma concentração de recursos que causam maior impacto em termos de valor recebido. Esse direcionamento pode ser visto no modelo de Hamel e Prahalad (1995) com uma concentração nas coisas certas, ou seja, identificação de áreas em que o valor recebido é o mais alto possível.

Portanto, a nossa pesquisa bibliográfica mostrou que o modelo da estratégia de carteira de Ansoff, proposto através do vetor de crescimento geográfico, pode ser visto no crescimento direcionado aos planos de saúde privados.

Com a estratégia genérica de Porter, através do enfoque em que se concentraram esforços em um segmento de mercado, a empresa atingiu um aumento nas suas receitas, por melhor atender às necessidades do segmento-alvo.

A estratégia, de um novo segmento de mercado só pode ser atingida graças a uma estratégia de diferenciação proposta por Mintzberg e Quinn, na qual o preço é a maneira básica para diferenciar o produto.

3.3.3. Estratégia de Foco na Liderança de Custo

O paciente oncológico possui duas opções de tratamento, o cirúrgico e o clínico. O tratamento clínico, é sugerido quando o paciente possui um determinado tipo de patologia que não necessita de cirurgia, já o cirúrgico, o próprio nome diz, quando determinado tipo de patologia necessita de intervenção cirúrgica.

Em ambos os casos existem necessidades de tratamentos complementares, que são aplicações de quimioterapia ou radioterapia.

O tratamento de quimioterapia é realizado através de aplicações de medicamentos considerados de primeira linha. Os custos destes medicamentos são altos e suas aplicações são realizadas através de ciclos.

Já o tratamento de radioterapia constitui de aplicações através de equipamentos de alta tecnologia. Atualmente são compostos de bomba de cobalto, acelerador linear e braquiterapia de alta taxa de dose.

Os pacientes que se submetem às aplicações referidas podem chegar a um estágio da doença em dois tipos. Um estágio considerado controlado, em que o câncer é totalmente contido, restando ao paciente exames de controle. O outro estágio diz respeito à metástase, ou seja a doença se alastra por outros órgãos.

O estágio avançado da doença leva o paciente a um estado que se denomina “fora de possibilidade terapêutica”. Neste momento da doença o paciente adquire cuidados paliativos. Esses cuidados exigem do hospital apenas a manutenção do paciente em seu quadro clínico.

Diante desse fato, a instituição procurou desenvolver um produto que possibilitasse ao paciente assistência ao seu estado e, que esse mesmo paciente não ocupasse um leito no hospital, possibilitando o tratamento a outros pacientes com estágios iniciais da doença.

Esse produto deveria permitir mensurar as necessidades e criar condições favoráveis ao desenvolvimento de uma melhoria de qualidade de vida à população assistida na instituição.

Por isso criou-se o Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD, com objetivos de atender ao paciente com câncer avançado na fase pré e terminal da doença.

Visando aliviar o sofrimento do paciente e mantê-lo em casa ao lado dos familiares, o serviço oferecia assistência médica, de enfermagem, psicológica, nutricional e social isso evitava internações prolongadas, e diminuía o custo da assistência.

Conforme nos mostra Minchillo (2000), a atenção domiciliar é um conjunto de atividades desenvolvido na residência do paciente com a finalidade de valorizar a saúde e de dar suporte e soluções à patologia, visando ao conforto do paciente e dos familiares.

É preciso diferenciar Atenção Domiciliar de Internação Domiciliar. Minchillo (2000) diferencia da seguinte maneira: o atendimento domiciliar visa a uma série de recursos assistenciais com a finalidade de dar suporte e conforto ao paciente, enquanto que a internação domiciliar visa uma alternativa à internação do regime hospitalar, incluindo todos os recursos físicos e humanos.

Segundo Ribeiro (2000), os custos da assistência domiciliar são significativos em relação aos custos hospitalares e os benefícios podem ser no sentido do aumento e da otimização dos leitos, além de menor incidência ou riscos de infecções hospitalares.

O Serviço de Atendimento Domiciliar da instituição teve o seu início em 1994, idealizado pela Chefia de Enfermagem, com autorização e apoio da Diretoria Clínica e Coordenadoria Administrativa do hospital.

Bittar (1997) procurou traçar alguns cenários para a administração hospitalar no futuro, com grande ênfase para o serviço de atendimento domiciliar. Segundo o autor, os pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, podem e devem receber cuidados médicos e de enfermagem na sua residência. Portanto, a instituição, desde 1994 já trabalhava com este cenário.

O objetivo do serviço era atender ao paciente com câncer avançado e a seus familiares na fase pré e terminal da doença, oferecendo assistência médica, de enfermagem, psicológica, nutricional e sócio ambiental, visando aliviar o sofrimento e mantê-lo em casa o maior tempo possível.

O trabalho, no seu início, contou apenas com uma enfermeira, que realizava as visitas através do transporte público, porém em 1997 a Coordenadoria Administrativa liberou a ambulância uma vez por semana e um auxiliar de enfermagem foi treinado para realizar as visitas.

Em 1998 o serviço recebeu uma enfermeira, um motorista e as visitas passaram a ser realizadas de segunda a sexta-feira por um período de 6 horas, com isso a qualidade da assistência melhorou e diminuiu a permanência dos pacientes em fase terminal no Hospital.

Atualmente, a equipe do Serviço de Atendimento Domiciliar é composta por:

- 02 Médicos, sendo 01 voluntário;
- 02 Enfermeiros;
- 01 Psicólogo;
- 01 Assistente Social;
- 02 Nutricionistas;
- 08 Auxiliares de Enfermagem;
- 03 Motoristas, sendo que dispõe de 03 automóveis, sendo 01 ambulância para remoção de pacientes.

A tabela 3.6 apresenta os pacientes inscritos no Programa no período de 1996 a 2000:

1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
22	34	77	230	227

Tabela 3.6 – Pacientes inscritos no programa de atendimento domiciliar

Fonte : Relatório Administrativo 2000

Hoje o serviço conta com 80 pacientes inscritos. Se levássemos em consideração a não existência do programa, seriam 80 pacientes internados na Instituição. Esses leitos, hoje, são distribuídos a pacientes cirúrgicos e com grande possibilidade de cura.

As visitas, atualmente são realizadas de segunda a sexta-feira das 7h30min às 16hs e, na tabela 3.7, vamos verificar o número de visitas realizadas no período de 1996 a 2000:

1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
82	284	428	1.595	2.156

Tabela 3.7 – Visitas realizadas

Fonte : Relatório Administrativo 2000

Com a criação do serviço de atendimento domiciliar, e com base em nossa pesquisa bibliográfica, vamos encontrar, junto ao modelo de estratégia de carteiras de Ansoff, o desenvolvimento de produtos.

Com a limitação de leitos hospitalares que a instituição possuía e, com o incremento de um novo segmento de mercado, era preciso criar algo que pudesse suportar a demanda de novos pacientes.

Como o Sistema Único de Saúde – SUS remunera os seus procedimentos em tabelas inferiores ao sistema de planos de saúde privados, buscou-se uma alternativa através de atendimentos domiciliares aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Com essa modalidade de atendimento os leitos passaram a ser utilizados por pacientes cirúrgicos do SUS, sendo que, esses pacientes poderiam propiciar uma taxa de permanência baixa. Outra alternativa para os leitos foram com os pacientes de planos de saúde privados, cuja remuneração de procedimentos era compatível.

A criação de novos negócios é proposta por Hamel e Prahalad (1995), e com este tipo de atendimento os leitos hospitalares podem ser melhor remanejados para uma melhor utilização sejam com pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS ou pacientes de planos de saúde privados.

Para uma comparação vamos levantar alguns procedimentos pagos pelo Ministério da Saúde, através da tabela de procedimentos de serviços hospitalares. Alguns esclarecimentos se fazem necessários com relação a essa tabela.

Os valores constantes da coluna conta são procedimentos clínicos e cirúrgicos. Os valores da coluna procedimentos são os procedimentos realizados de acordo com a conta, seja ela clínica ou cirúrgica.

A coluna permanência trata-se de quantos dias o paciente pode ficar internado pelo procedimento realizado.

As demais colunas indicam os valores pagos pelos procedimentos realizados. São os serviços hospitalares, nos quais estão incluídos diárias, taxas de salas cirúrgicas, materiais e medicamentos; os serviços profissionais são para pagamento dos cirurgiões e anestesistas e, finalmente o S.A.D.T. – Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – são os exames realizados durante a internação do paciente.

Conta	Procedimentos	Permanência	Serviços Hospitalar	Serviços Profissionais	SADT	TOTAL
Clínica	Intercorrência Clínica	4 dias	R\$ 102,54	R\$ 51,27	R\$ 17,10	R\$ 170,91
Clínica	Insuficiência Respiratória	4 dias	R\$ 343,03	R\$ 28,97	R\$ 16,17	R\$ 388,17
Cirúrgica	Traquelectomia.	4 dias	R\$ 350,14	R\$ 105,00	R\$ 11,72	R\$ 466,86
Clínica	Septecemia	10 dias	R\$ 416,65	R\$ 54,82	R\$ 46,74	R\$ 518,21
Cirúrgica	Retossigmoidectomia Abdominal	10 dias	R\$ 1.925,42	R\$ 471,85	R\$ 99,05	R\$ 2.496,32

Fonte: Tabela 3.8 – Procedimentos Hospitalares – Sistema de Informações Hospitalares – Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde – 1999.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

Considerando como restrição básica um estudo de caso ser realizado em apenas um hospital privado filantrópico, não pretendemos generalizar os resultados em função da limitação do estudo e do grande universo dos hospitais privados filantrópicos no Brasil.

Porém, entendemos que a análise realizada na instituição pesquisada contribui para a importância de uma gestão estratégica nas organizações filantrópicas de saúde.

Portanto, trabalhos de campo mais profundos poderão ser desenvolvidos para a compreensão do que ocorre com os hospitais privados filantrópicos. Entende-se que pesquisas profundas nos dados estatísticos dos hospitais privados filantrópicos abrem possibilidades de um estudo mais preciso.

É preciso que os programas de compilarem dados dos hospitais privados filantrópicos, já propostos por entidades como federações e sindicatos, e que não obtiveram sucesso, por descaso dos dirigentes hospitalares, sejam realizados com êxito.

O sucesso desses programas mostrará às autoridades federais, estaduais e municipais especializadas em saúde, números reais e compatíveis, mostrando as diferenças entre os custos dos serviços prestados e as receitas recebidas desses serviços.

Como pudemos verificar, desde a sua fundação em 1919, o hospital procurou criar estratégias para erradicar a terrível moléstia que é o câncer.

Desde a sua evolução para o conceito do tipo de clientela, a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS manteve, dentro das exigências legais, aliada a essa característica filantrópica. O hospital criou serviços condizentes com portarias ministeriais para dar suporte ao tratamento aos pacientes do SUS.

Drucker (1999) diz que a capacidade de desempenho de uma organização depende de sua especialização, sendo que as responsabilidades de uma empresa em saúde é o seu desempenho econômico e a boa abordagem em problemas sociais.

As estratégias utilizadas pela instituição para a otimização do seu desempenho econômico financeiro, podem ser comparadas ao modelo proposto por Ansoff em sua estratégia de carteiras, com a penetração no mercado e o desenvolvimento de produtos.

Com essa estratégia, a instituição obteve uma estratégia competitiva de crescimento com a rentabilidade de seus serviços operacionais.

Aliado ao modelo de Ansoff, o modelo de estratégias genéricas de Porter pode ser citado junto à estratégia de enfoque, buscando-se concentrar em um determinado comprador, através de um segmento de linha de produto.

A estratégia, como capacidade de expansão colocada por Hamel e Prahalad (1995), é acontece no desenvolvimento de recursos existentes entre o hoje e o amanhã, por isso devemos buscar as fontes de receitas que nos sejam compatíveis com os nossos custos.

Na opinião dos autores (1995), para se chegar ao futuro, o combustível da viagem não é só dinheiro, mas também a energia emocional e criativa da empresa.

Essa alternativa de receita é possível sem que a instituição deixe de atender a finalidade de seus estatutos, ou seja, atender a camada mais carente da população com dignidade e qualidade, promovendo o diagnóstico e a prevenção do câncer.

Os hospitais privados filantrópicos, ao participarem do Sistema Único de Saúde – SUS, executarão as rotinas de atendimento do sistema em até 60% de sua capacidade operacional, com isso, proporcionando um caráter preventivo e curativo, sendo considerado o órgão com capacidade de resolutividade.

Esse atendimento através de um caráter preventivo e curativo aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, pode ser alavancado através do Sistema de Atendimento Domiciliar.

Os hospitais privados filantrópicos, ao cumprir as exigências do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS obtêm as vantagens de isenções tributárias. E a partir dessas isenções as instituições, por sua vez, têm que desenvolver um gerenciamento em que esses benefícios sejam aplicados ao longo da cadeia operacional dessas complexas organizações.

Através de sua capacidade operacional, a ser completada com 40% de seus atendimentos e, aliado a um preço compatível em virtude de seus custos serem menores, os hospitais privados filantrópicos podem buscar estratégias para o seu desempenho econômico financeiro.

Com isso, abordamos alguns pontos que possibilitem o uso da estratégia nos hospitais privados filantrópicos:

- 1) Isenções Tributárias – as isenções tributárias, que são concedidas aos hospitais privados filantrópicos, podem resultar em grandes economias em seus resultados operacionais. Através dessas isenções é possível aos hospitais privados filantrópicos:
 - a) Apresentar custos menores em seus serviços hospitalares, criando condições para penetração, inclusive no segmento de pacientes particulares;
 - b) Por apresentar custos menores, manter um referencial de preços atrativos aos planos de saúde privados;
 - c) Os valores obtidos com as isenções tributárias, podem ser aplicados em investimentos. Dentro da gestão financeira, as parcelas obtidas com as isenções tributárias, podem ser direcionadas aos investimentos.

- 2) Subvenções – por ter o título de filantropia e estar inserido no Sistema Único de Saúde – SUS, este posicionamento deve ser interpretado por uma série de vantagens, pois quebra barreiras da organização de acesso a recursos (investimentos e custeio) por parte de programas de auxílio das esferas governamentais.

- 3) Serviços Assistenciais – é importante uma análise nos serviços que os hospitais privados filantrópicos realizam. A criação de novos serviços, apesar de exigir investimentos mais onerosos, tem um efeito no custo X benefício que pode acabar se transformando em vantagens competitivas.

Finalmente, esse estudo demonstra que o gerenciamento desses hospitais privados filantrópicos deve ser realizado por profissionais com alta capacidade de reconhecer que existem gestões estratégicas para o desempenho econômico financeiro dessas complexas organizações.

Com os elementos pesquisados no trabalho torna-se possível, com habilidades em gestão estratégica, através de condutas de conquista de mercado com princípios de equilíbrio, dar às organizações hospitalares privadas filantrópicas, uma gestão eficaz e produtiva.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE , ZID – *Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho – 1919 a 1999* , 1ª edição , Editora Paulino , São Paulo , 1999
- ALVES , Adilson , *Fontes de Financiamento e Eficiência em Dois Hospitais Filantrópicos Paulistas : Em Estudo de Caso* , São Paulo , 1998 , Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- ANDRADE , Luiz Odorico M. de – *SUS Passo a Passo* , 1ª edição , São Paulo , Editora Hucitec, 2001
- ANSOFF , H. Igor – *A Nova Estratégia Empresarial* , 3ª edição , São Paulo , Editora Atlas, 1991
- ANSOFF , H. Igor ; MCDONELL , Edward , *Implantando a Administração Estratégica* , São Paulo , Editora Atlas , 1993
- BARBANTI , Lauro Ferreira , *Formulação da Estratégia em um Hospital Privado Geral e de Grande Porte na Cidade de São Paulo* , Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas , 2000
- BECKHAM , Dan , *Strategic planning and the board : the responsibility to plan the future* , Revista Trustee , v. 54 , n. 8 , p. 1-4 , Chicago , Setembro/2001
- BITTAR , Olímpio J.N.V. , *A administração do hospital no próximo milênio* , Revista O Mundo da Saúde , CEDAS , São Paulo , v.21 , n.2 , Maio/Junho-1997

- BORBA , Valdir Ribeiro , *Marketing Hospitalar e Alternativas para vencer a crise* , Revista Hospital – Administração e Saúde , São Paulo , v.17 , n. 2 , p.11-17 , mar/abr.1993
- BRASIL . Ministério da Saúde – DATASUS – www.saude.gov.br
- CERTO , S. ; PETER , J.P. , *Administração estratégica : planejamento e implantação estratégica* , São Paulo , Editora Makron Books , 1993
- CHERUBIN , Niversindo A. ; SANTOS , Nário A. *Administração Hospitalar – Fundamentos* , São Paulo , Editora CEDAS , 1997
- DRUCKER , Peter F. , *Administração de Organizações Sem Fins Lucrativos – Princípios e Práticas* , 2^a Edição , São Paulo , Pioneira Administração e Negócios , 1994
- DRUCKER , Peter F. , *Sociedade Pós-Capitalista* , São Paulo , Pioneira Administração e Negócios , 1999
- FALCONER , André Pablo , *A promessa do terceiro setor* , Centro de Estudos em Administração do Terceiro Setor – Universidade de São Paulo , Ensaio 1999
- FILERMAN , Gary L. , *The Aupha Manual of Health Services Management* , Gaithesburg , Maryland : Aspen Publishers , Cap. 1 , p. 3-17 , 1994
- FRIEDMAN , Stuart & DRAPER , Andrew , *Strategic planning : Going beyond the basic* , Revista Trustee , Chicago , v.54 , n. 2 , p. 17-20 , Fevereiro/2001
- GAUTHIER , Paul-Henri ; GRENON , Alain ; PINSON , Gérard ; RAMEAU , Eliane, *O Controle de Gestão no Hospital* , Tradução Celina Monteiro , São Paulo , Editora CEDAS , 1979

- GIANESI , Irineu G.N. ; CORREA , Henrique Luiz , *Administração Estratégica dos Serviços* , São Paulo , Editora Atlas , 1994
- GIL , Antonio Carlos , *Métodos e técnicas de pesquisa social* , São Paulo , Editora Atlas , 1987
- GIL , Antonio Carlos , *Como elaborar Projetos de Pesquisa* , São Paulo , Editora Atlas , 1996
- GODOY , Arilda S. , *Pesquisa Qualitativa – Tipos Fundamentais* , Revista de Administração de Empresas – RAE , Fundação Getúlio Vargas , São Paulo , v.35 , n.3, p.20-29 , Maio/Junho/1995
- GODOY , Arilda S. , *A Pesquisa Qualitativa e sua Utilização em Administração de Empresas* , Revista de Administração de Empresas – RAE , Fundação Getúlio Vargas, São Paulo , v.35 , n.4 , p-65-71 , Julho/Agosto/1995
- GONÇALVES , Ernesto Lima , *Fatores Condicionantes da Atividade do Hospital-Empresa : Evolução ao Longo do Tempo* , Revista de Administração em Saúde , São Paulo ,v.2 , n.8 , Julho/Setembro/2000
- GONÇALVES , Ernesto Lima , *Estrutura Organizacional do hospital moderno* , RAE – Revista de Administração de Empresas , São Paulo , v. 38 , n. 1 , p.80-90 , jan./mar.1998
- GONÇALVES , Ernesto Lima , *O hospital-empresa e o composto mercadológico* , RAE – Revista de Administração de Empresas , Rio de Janeiro , v.18 , n.1 , p.23-30 , jan./mar.1978

- HAMEL , Gary & PRAHALAD , C.K. , *Competindo pelo Futuro – Estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar mercados de amanhã* , 1ª edição, Rio de Janeiro , Editora Campus , 1995
- HUDSON , Mike , *Administrando Organizações do Terceiro Setor* , 1ª edição , São Paulo , Editora Makron Books , 1999
- KAPLAN , Robert S. , NORTON , David P. , *The Balanced Scorecard : Translating Strategy into Action* , Harvard Business School Press , Boston , 1996
- LAKATOS , Eva M. , MARCONI , Marina de A. , *Fundamentos de Metodologia Científica* , 3ª Edição , São Paulo , Editora Atlas ,1991
- LEVY , Alberto R. , *Estratégia em Ação* , 1ª edição , São Paul , Editora Atlas , 1986
- MARRACINI , Pascoal , *A Estratégia dos Hospitais Filantrópicos na Busca de Novas Receitas* , Artigo apresentado 1º Encontro de Pesquisa e Pós Graduação em Administração – EPPAD , Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado , São Paulo , 2.001
- MINCHILLO , André Luís C. , *Atenção Domiciliar Como Ferramenta em Planejamento de Saúde* , Revista Brasileira de Home Care , v.5 , p.28 , Maio/2000
- MINTZBERG , Henry & QUINN , James Brian , *O Processo da Estratégia* , 3ª edição, Porto Alegre , Editora Boohman , 2001
- MORAES , Ilara Hammerli S. de – *Informações em Saúde* , 1ª edição , São Paulo , Editora Hucitec , 1994
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS , *Série de Informes Técnicos* , n. 122 , Genebra , 1957

- PIGNANI , Éolo M. , SARDINHA NETO , Diamantino A , CALVO , Ivan P. , BEKIN , Saul F. , KATO , Washington C. , *Três Correntes de Planejamento Estratégico : Uma Revisão Crítica* , Revista Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP , São Paulo , v.2 , n. 1 , Jan/Mar-2001
- PEREIRA , Maurício F. , *Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual* , RAE – Revista de Administração de Empresas – Fundação Getúlio Vargas , v.40 , n.3 , jul/set/2000
- PORTELA , Margareth C. , LIMA , Sheyla , M.L. , VASCONCELOS , Miguel M., BARBOSA , Pedro R. , UGA , Maria Alice D. , LEIS , Silvia V.G. , *Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil* , Rio de Janeiro , RAP – Revista Administração Pública , v.34 , p.79-98 , mar/abr.2000
- PORTER , Michael E. , *Estratégia Competitiva* , 17^a edição , Rio de Janeiro , Editora Campus , 1986
- PORTER , Michael E. , *Vantagem Competitiva* , 18^a edição , Rio de Janeiro , Editora Campus , 1989
- PORTER , Michael – *What is Strategy ?* , Harvard Business Review , Novembro/Dezembro/1996
- PORTER , Michael ; MONTGOMERY , Cynthia A. – *Estratégia – A Busca da Vantagem Competitiva* , 5^a Edição , Rio de Janeiro , Editora Campus , 1998
- PORTER , Michael E. , *Competência on Competition – Estratégias Competitivas Essenciais* , 3^a edição , Rio de Janeiro , Editora Campus , 1999

- RIBEIRO , Christina A. , *Assistência Domiciliar : Uma “ Nova ” Modalidade de Atenção à Saúde* , Revista Brasileira de Home Care , v.6 , p.38 , Junho/2000
- SLACK , N. , *Vantagem Competitiva em Manufatura* , São Paulo Editora Atlas , 1993
- SÃO PAULO (Estado) Secretaria de Estado da Saúde – O desafio da mudança , Revista Secretaria de Estado da Saúde – 1986
- UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA *Normas para Publicações da UNESP* , São Paulo , Editora da Universidade Estadual Paulista 1994
- ZACARELLI , Sérgio B. – *A Moderna Estratégia nas Empresas e o Velho Planejamento Estratégico* , RAE – Revista Administração de Empresas – Fundação Getúlio Vargas , v.2 , n. 5 , p. 21-26 , Setembro/Outubro/1995
- ZACARELLI , Sérgio .B. – *Estratégia e Sucesso nas Empresas* , São Paulo , Editora Saraiva , 2000
- WRIGHT , Peter ; KROLL , Mark J. ; PARNELL , John , *Administração Estratégica – Conceitos* , São Paulo , Editora Atlas , 2000

ANEXO I

- **DECRETO 3.504 , DE 13/06/2000 , NOVA REDAÇÃO DECRETO 2.536 DE 06/04/1998**

ANEXO II

- **CONSTITUIÇÃO FEDERAL – TÍTULO VIII – CAPÍTULO II – SEÇÃO II – DA SAÚDE**

ANEXO III

- **LEI No. 8.080 , DE 19 DE SETEMBRO DE 1.990 DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES , A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES À SAÚDE**

ANEXO IV

- **NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/91**

ANEXO V

- **NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/93**

ANEXO VI

- **NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/96**

ANEXO VII

- **CENSO HOSPITALAR – PERÍODOS DE 1.996 A 2.000**

ANEXO VIII

- **DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS – PERÍODOS DE 1.996 A 2.000**

ANEXO IX

- **PORTARIA 3.535 DE 02/09/1998 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

