



**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**A COMPETITIVIDADE DO SETOR HOSPITALAR DE
CRUZ ALTA - RS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Jamaira Gai Carnelutti

Santa Maria, RS, Brasil

2006

A COMPETITIVIDADE DO SETOR HOSPITALAR DE CRUZ ALTA - RS

por

Jamaira Gai Carnelutti

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração, Área de Concentração Estratégia e Competitividade, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Administração

Orientador: Prof. Dr. Rolando Juan Soliz Estrada

Santa Maria, RS, Brasil

2006

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Administração**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**A COMPETITIVIDADE DO SETOR HOSPITALAR DE
CRUZ ALTA - RS**

elaborada por
Jamaira Gai Carnelutti

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Administração

Comissão Examinadora:

Rolando Juan Soliz Estrada, Dr.
(Presidente/Orientador)

Alberto Souza Schmidt, Dr.
(UFSM)

Paulo Sérgio Ceretta, Dr.
(UFSM)

Santa Maria, 07 de Março de 2006.

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, Leonardo
pela mais bela forma de amar que, até hoje, pude sentir.
Ele representa o grande estímulo da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, da sabedoria, da perseverança e do amor:
sem Ele nada seria possível.

A Nossa Senhora, pelas inesgotáveis virtudes que deixou como exemplo.

Aos meus pais, pelo apoio e compreensão e, ainda, por cuidarem do Leonardo, para mim.

Ao Valdo, que sempre me incentivou e me apoiou durante esta caminhada.

Aos amigos Mara e Cícero Marchiori, pelo carinho e atenção que me dedicaram.

Ao Professor Dr. Rolando J. S. Estrada, pelo profissionalismo, competência e compreensão,
qualidades evidentes na forma como me orientou.

O agradecimento sincero a todos os professores do PPGA - Programa de Pós-Graduação em
Administração – da UFSM, pela dedicação e atenção com que transmitiram seus
conhecimentos.

Aos hospitais que disponibilizaram as informações para que fosse possível realizar o estudo
em questão.

OBRIGADA!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Administração
Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

A COMPETITIVIDADE DO SETOR HOSPITALAR DE CRUZ ALTA/RS

AUTOR: JAMAIRA GAI CARNELUTTI
ORIENTADOR: ROLANDO JUAN SOLIZ ESTRADA

Local e Data de Defesa: Santa Maria, 07 de Março de 2006.

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar a estrutura competitiva do setor hospitalar de Cruz Alta/RS. Para fazer esta análise, utilizou-se o modelo de competitividade de Porter (1986), das cinco forças competitivas, que são: rivalidade existente entre os concorrentes, ameaça de novos entrantes, produtos e serviços substitutos, poder de barganha de compradores e poder de barganha de fornecedores. Este estudo traz um embasamento teórico do setor hospitalar e do modelo de competitividade de Porter (1986). A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa, com o uso da técnica de estudo de caso. Verificou-se que a rivalidade existente entre os concorrentes assume a forma de campanhas de publicidade, os hospitais investem na diferenciação dos serviços e buscam superar os rivais com qualidade superior nos serviços oferecidos. Novas instituições, que queiram ingressar neste setor, não enfrentam barreiras de entrada, sendo este setor totalmente desprotegido em relação aos novos entrantes. Os compradores, são os clientes atendidos pelos hospitais. Os fornecedores atendem as necessidades de medicamento e de material hospitalar, e exercem um grande poder de barganha. Os procedimentos e técnicas utilizadas, no setor, não permitem a existência de serviços substitutos nos hospitais.

ABSTRACT

Master's degree of Dissertation
Programa De Pós-Graduação Em Administração
Universidade Federal De Santa Maria, RS, Brasil

A COMPETITIVIDADE DO SETOR HOSPITALAR DE CRUZ ALTA/RS (The competitiveness of the hospital sector in Cruz Alta)

**AUTHOR: JAMAIRA GAI CARNELUTTI
ADVISOR: ROLANDO JUAN SOLIZ ESTRADA**

Location and Date of the Dissertation Defense: Santa Maria, 7th March 2006.

The main objective of the research is to analyze competitive structure of the hospital in Cruz Alta/RS. For this analysis to be made, the Porter's competitiveness model (1986), with the five competitive forces, that they are: existing rivalry between the competitors, the threat of the new incoming ones, products and services substitute, bargain power of the buyers and suppliers. This study have a theoretical base of the hospital sector and the Porter's competitiveness model. The used methodology was the qualitative research with the use of the technique of case study. It was verified that the existing rivalry between the competitors are transformed in publicity battles, the hospitals invest in the differentiation services and they try to exceed the rivals with superior quality in the offered services. New institutions, that want to enter in this sector, they don't face entrance barriers, being this unprotected sector in relation the new incoming ones. The buyers are the customers attended for the hospitals. The suppliers attend the necessities of medicines and hospital material and have a great bargain power. The procedures and techniques used in the sector don't permit the existence of substitutes services in the hospitals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Forças Competitivas	20
Figura 02 - Estratégias Genéricas Competitivas	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Nº de Leitos	42
Tabela 02 - Nº de Salas Cirúrgicas e de Parto.....	42
Tabela 03 - Nº de Funcionários	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Serviços Prestados pelos Hospitais	44
Quadro 02 - Hospital A - Internações por Convênio – Comparativo	46
Quadro 03 - Hospital B - Internações por Convênio – Comparativo	46
Quadro 04 - Hospital C - Internações por Convênio – Comparativo	46
Quadro 05 - Hospital A - Procedência das Internações – Convênios x Cidades .	47
Quadro 06 - Hospital B - Procedência das Internações – Convênios x Cidades ..	47
Quadro 07 - Hospital C - Procedência das Internações – Convênios x Cidades ..	48
Quadro 08 - Hospital A - Internações e Cirurgias	48
Quadro 09 - Hospital B - Internações e Cirurgias	48
Quadro 10 - Hospital C - Internações e Cirurgias	49
Quadro 11 - Hospital A - Procedimentos no Pronto Socorro	49
Quadro 12 - Hospital B - Procedimentos no Pronto Socorro	49
Quadro 13 - Hospital C - Procedimentos no Pronto Atendimento	49
Quadro 14 - Hospital A - Consultas no Pronto Socorro	50
Quadro 15 - Hospital B - Consultas no Pronto Socorro	50
Quadro 16 - Hospital C - Consultas no Pronto Atendimento	50

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde	1
RS – Rio Grande do Sul	2
OMS – Organização Mundial da Saúde	7
ONGs – Organizações Não-Governamentais	14
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar	15

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE QUADROS	ix
LISTA DE SIGLAS	x
1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 - Objetivos	3
1.1.1 - Objetivo Geral	3
1.1.2 - Objetivos Específicos	3
1.2 - Justificativa	4
1.3 - Estrutura do Trabalho	4
2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
2.1 - Instituições Hospitalares	6
2.1.1 - Origem dos Hospitais	6
2.1.2 - Conceitos de Hospital	7
2.1.3 - Características e Classificações do Hospital	9
2.1.4 - Funções do Hospital	11
2.1.5 - Organizações sem Fins Lucrativos	12

2.1.6 - Organizações do Terceiro Setor	13
2.1.7 - Situação Atual dos Hospitais	15
2.2 - Competitividade	17
2.3 - Modelo de Competitividade de Porter	19
2.3.1 - Rivalidade entre os Concorrentes	20
2.3.2 - Ameaça de Novos Entrantes	22
2.3.3 - Produtos e Serviços Substitutos	24
2.3.4 - Poder de Barganha dos Compradores	25
2.3.5 - Poder de Barganha dos Fornecedores	27
2.4 - Estratégias Competitivas Genéricas	28
2.4.1 - Liderança no Custo Total	29
2.4.2 - Diferenciação	31
2.4.3 - Enfoque	33
3 - METODOLOGIA	34
3.1 - Método de Pesquisa	34
3.2 - Classificação da Pesquisa	35
3.2.1 - Quanto à Natureza da Pesquisa	35
3.2.2 - Quanto aos Objetivos	35
3.2.3 - Quanto à Técnica	36
3.3 - Delineamento da Pesquisa	37
3.3.1 – Formulação do Problema de Pesquisa	38
3.3.2 - Limites da Pesquisa	38
3.3.3 - Participantes da Pesquisa	39
3.3.4 - Coleta dos dados	39
3.3.5 - Análise dos Dados	40
4 - CARACTERIZAÇÃO DO SETOR HOSPITALAR	41

4.1 - Hospitais	41
4.2 - Administração dos Hospitais	41
4.3 - Recursos Físicos	42
4.4 - Recursos Humanos	43
4.5 - Serviços	43
4.6 - Recursos Financeiros	44
5 - ANÁLISE DA ESTRUTURA COMPETITIVA	51
5.1 - Rivalidade entre os Concorrentes	51
5.1.1 - Concorrentes do Hospital	51
5.1.2 - O Hospital Procura Diferençar seus Serviços dos Serviços dos seus Concorrentes	53
5.1.3 - Existem Concorrentes que Oferecem os Mesmos Serviços	54
5.1.4 - Serviços Diferenciados Oferecidos pelos Concorrentes, para Melhorarem sua Posição Competitiva	55
5.1.5 - Estratégia Utilizada pelo Hospital, para Oferecer Serviços Competitivos	56
5.1.6 - Táticas Usadas, pelos Concorrentes, para Melhorarem suas Posições	57
5.1.7 - Existe Plano de Marketing	59
5.1.8 - Crescimento do Número de Atendimentos	60
5.1.9 - Acompanhar o Desempenho dos Concorrentes	61
5.1.10 - Disputa por Grupos de Clientes e Percentual de Atendimentos desses Grupos	62
5.1.11 - Disputa por Planos de Saúde e Percentual de Atendimento por Plano de Saúde	63
5.1.12 - Oferta de Serviços Modernos e com Tecnologia	64
5.2 - Ameaça de Novos Entrantes	66
5.2.1 - Inst./Empresas Interessadas em Investir no Setor	66

5.2.2 - Principal Atrativo do Setor	67
5.2.3 - Formar Parcerias com Novas Instituições	68
5.2.4 - Táticas para Inibir a Entrada de Novas Instituições	69
5.2.5 - Prestar Serviços com Qualidade, e Custos Baixos, como Barreira de Entrada ...	70
5.3 - Clientes	71
5.3.1 - Clientes do Hospital	72
5.3.2 - Os Clientes Conseguem Vantagens no Momento da Negociação	73
5.3.3 - Principal Cliente do Hospital (Convênios), por Ordem de Importância	74
5.3.4 - Estratégias para Conquistar Clientes	75
5.3.5 - De Onde são os Clientes, e o Percentual de Clientes Atendidos	77
5.3.6 - Inovações	78
5.3.7 - Onde o Hospital busca Informações para Inovar	79
5.3.8 - Informar os Clientes	80
5.3.9 - Clientes Exigentes	82
5.3.10 - Fixação da Marca	83
5.3.11 - Fidelidade dos Clientes	84
5.4 - Fornecedores	85
5.4.1 - Fornecedores do Hospital, e de Onde São	86
5.4.2 O Hospital Conseguir Alguma Vantagem na Hora de Negociar com os Fornecedores	87
5.4.3 - Repasse do Aumento de Preço, dos Fornecedores, para os Clientes	88
5.4.4 - Aumento de Preço Reduz Qualidade dos Produtos	89
5.4.5 - Política de Relacionamento com Fornecedores	90
5.4.6 - Os Fornecedores Cobram Preços Diferenciados dos Hospitais	90
5.4.7 - Fatores para Escolher Fornecedores	91
5.4.8 - Contrato de Exclusividade com Fornecedores	92

5.4.9 - Parcerias com os Fornecedores	93
5.4.10 - Negociar Preço e Prazo com os Fornecedores, Levando em Consideração a Quantidade Comprada	94
5.4.11 - Importância dos Hospitais para os Fornecedores	94
5.4.12 - Relacionamento do Hospital com os Fornecedores	95
5.4.13 - O Hospital Muda de Fornecedor com Frequência	96
5.5 - Serviços Substitutos	96
5.6 - Estratégias Competitivas Genéricas	97
5.6.1 - Estratégia de Diferenciação dos Serviços	98
5.6.2 - Estratégia de Enfoque	99
6 - CONCLUSÕES	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXO	107

1 - INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as instituições hospitalares redefiniram suas práticas institucionais, adotando novas formas de gerenciamento, e o hospital tornou-se figura central no sistema de saúde brasileiro, prestando serviços de atendimento à população. O atendimento hospitalar é realizado por dois tipos de hospitais; os públicos e os privados, sendo estes últimos a grande maioria. Nos dois tipos de hospitais, verificou-se, na década de noventa, um acentuado crescimento de características empresariais.

Os hospitais privados assumiram, gradativamente, formas de gestão similares às de uma empresa com fins lucrativos. As modificações, que ocorreram nesses hospitais, deram-se em termos de opção por um modelo de autonomia de recursos, frente ao sistema de saúde, através da utilização, em larga escala, de uma forma de assistência que proliferou, no Brasil, nos últimos anos: os Planos de Assistência Privada. Os convênios, como são chamados, tornaram-se uma opção para a classe média da população. Esta faixa procurava não submeter-se à demora em conseguir atendimento através do SUS (Sistema Único de Saúde), porém não tinha condições de pagar pelo atendimento particular. Assim, os hospitais privados passaram a oferecer atendimento, principalmente, através de convênios e de pagamento direto. Embora muitos deles sejam cadastrados junto ao SUS, e ofereçam parte de seus leitos para o mesmo, atendem, especialmente, aos pacientes particulares e conveniados por outros planos de saúde.

Ao mesmo tempo em que os hospitais privados implantam novas técnicas gerenciais, e se tornam exemplares no seu desempenho e na qualidade do seu atendimento, alguns hospitais públicos, devido às precárias condições em que se encontravam, passaram, também, a procurar alternativas para superarem as dificuldades econômicas e manterem uma qualidade de atendimento compatível com sua qualidade tecnológica, visto que algumas dessas instituições contam com a mais alta tecnologia no campo da saúde. Para tanto, utilizaram fórmulas similares às da iniciativa privada, com o intuito de inovar, buscando um aumento da

competitividade e o crescimento da própria instituição, buscando informações e conhecimentos de si próprios, dos concorrentes e do mercado, evidenciando a necessidade de adotar estratégias mais agressivas de ação.

Assim, na medida em que o mundo integra os seus mercados, e a competição torna-se um fenômeno em escala mundial, as instituições hospitalares necessitam observar quais fatores devem ser levados em conta para maximizar suas chances de sucesso e sobrevivência, não somente a curto prazo mas, e principalmente, em um horizonte mais distante.

A busca pela competitividade está levando as instituições a se reorganizarem, alterando a prestação de seus serviços para formas eficientes. Entretanto, há um componente essencial na busca por competitividade: é a capacidade de criar serviços melhores, de dispor de mais tecnologia, de saber fazer coisas e saber aprender a fazer coisas novas e melhores. Nesse sentido, Drucker (1994) afirma que mais importante do que fazer as coisas, bem, é fazer coisas certas. E, num cenário de incerteza e de turbulência, as dificuldades de definir uma estratégia, que torne a instituição hospitalar competitiva, será bem mais difícil e trabalhosa.

A abordagem desta pesquisa, em função desse contexto, preocupa-se em analisar a estrutura competitiva do setor hospitalar de Cruz Alta/RS, com o intuito de conhecer as forças competitivas que agem neste setor, bem como analisar e identificar se a estratégia utilizada, pelas instituições hospitalares, levam-nas a terem vantagens competitivas.

Dessa forma, apresenta-se o modelo de competitividade de Porter (1986), afirmando que a estratégia competitiva é a busca de uma posição competitiva favorável em um setor. Para a escolha da estratégia competitiva, duas questões devem ser analisadas: a atratividade do setor, em termos de rentabilidade a longo prazo, e os determinantes da posição competitiva dentro do setor.

Através da análise estrutural, do setor hospitalar, pode-se determinar a sua rentabilidade a longo prazo. Isso significa compreender as cinco forças competitivas citadas pelo autor: a entrada de novos concorrentes, a ameaça de produtos/serviços substitutos, o poder de negociação dos compradores, o poder de negociação dos fornecedores e a rivalidade entre os concorrentes existentes. O vigor dessas forças é que determinam a rentabilidade do setor; no entanto, essas forças são dinâmicas e podem ser influenciadas pelas estratégias utilizadas pelas instituições que atuam no setor.

A base fundamental, para determinar o posicionamento das instituições hospitalares dentro do setor como acima da média, é a vantagem competitiva sustentável, que pode ser de dois tipos básicos: liderança em custo e diferenciação. Esses dois tipos básicos de vantagem competitiva combinados com o escopo competitivo, em que a instituição pretende atuar, dão origem a três estratégias genéricas, para alcançar e manter um desempenho acima da média, dentro de um determinado setor: liderança em custos, diferenciação e enfoque.

Nesse contexto, o aumento da competitividade, a necessidade de sobrevivência e o aumento das exigências dos clientes, pela prestação de melhores serviços, fazem com que as instituições hospitalares busquem conhecer e analisar a estrutura competitiva do setor e a identificar a estratégia competitiva que leve, essas instituições, a uma posição favorável dentro deste mesmo setor.

Assim, o problema é: Qual é a estrutura competitiva do setor hospitalar de Cruz Alta/RS?

1.1 - Objetivos

1.1.1 - Objetivo geral

Analisar a estrutura competitiva do setor hospitalar de Cruz Alta/RS, utilizando o modelo de competitividade de Porter.

1.1.2 - Objetivos Específicos

- Caracterizar o setor hospitalar de Cruz Alta/RS.
- Descrever a estrutura competitiva do setor hospitalar através da interação das cinco forças competitivas.
- Identificar e analisar o tipo de estratégia genérica competitiva utilizada pelos hospitais pesquisados.

1.2 - Justificativa

Este trabalho justifica-se pela importância do setor hospitalar, para a sociedade, uma vez que os hospitais, principalmente os particulares, possuem um nível de concorrência semelhante ao enfrentado por organizações de outros setores. A concorrência, entre os hospitais, ocorre, principalmente, através do desempenho, e da qualidade dos serviços prestados por essas organizações, e pelo nível de satisfação dos seus clientes.

A realização deste estudo fundamenta-se na análise da estrutura competitiva do setor hospitalar de Cruz Alta/RS, com a aplicação do modelo de Porter (1986), pois, segundo o autor, o grau de concorrência em um setor depende das características de cinco forças a saber: ameaça de novos entrantes, rivalidade entre competidores existentes, ameaça de produtos/serviços substitutos, poder de barganha de compradores e de fornecedores. Esse modelo foi escolhido por fornecer um roteiro de técnicas de como proceder ao estudo da competitividade, de forma bastante objetiva, técnica e prática.

Este trabalho possui relevância teórica e prática. Teórica porque, ao aplicar o modelo de competitividade de Porter (1986), no setor hospitalar, será possível analisar as forças que determinam a atratividade do setor, as características e suas causas, e também as estratégias competitivas utilizadas por essas instituições, além de servir como referência e fonte de consulta para futuros trabalhos. Relevância prática, pois o estudo fornecerá informações sobre a competitividade das instituições pesquisadas, para os administradores que estejam interessados em conhecer as forças e estratégias competitivas desse setor, que possui características específicas, ou poderá auxiliar os administradores no momento da tomada de decisão, no sentido de aumentar a competitividade de suas instituições, que estão inseridas em um ambiente, com acentuadas mudanças nos últimos anos.

1.3 - Estrutura do Trabalho

A presente pesquisa está organizada em seis capítulos, descritos a seguir:

O capítulo 1 aborda, inicialmente, o ambiente das instituições hospitalares e o problema que justifica a elaboração da pesquisa. Apresenta, também, os objetivos, a justificativa e a estrutura do trabalho.

O capítulo 2 evidencia as abordagens e teorias que sustentam a temática escolhida. Traz a discussão sobre as instituições hospitalares, tratando da origem do hospital, seus conceitos, suas características e classificações, suas funções e as organizações sem fins lucrativos e do terceiro setor, bem como a situação atual dos hospitais. Aborda-se, também, estudos sobre competitividade e o modelo de Porter (1986) que será utilizado na pesquisa.

O capítulo 3 apresenta a metodologia que será utilizada no desenvolvimento da pesquisa.

O capítulo 4 traz os dados levantados, para caracterizar o setor hospitalar de Cruz Alta/RS.

O capítulo 5 traz a análise do setor hospitalar com, a aplicação do modelo de Porter (1986).

Por fim, no capítulo 6, são apresentadas as conclusões desta pesquisa.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, é apresentada a fundamentação teórica utilizada para o desenvolvimento da pesquisa. Com o objetivo de melhor esclarecer o processo de reformulação, pelo qual as instituições hospitalares vêm passando, faz-se aqui um relato dos fatos mais marcantes de sua origem, as principais definições de hospital, suas características e classificações, as suas funções e organizações sem fins lucrativos e do terceiro setor.

A fundamentação teórica aborda, também, o assunto competitividade e o modelo de Porter (1986), com as cinco forças competitivas do ambiente das organizações que influenciam as decisões competitivas de uma organização. Estuda-se, também, neste capítulo, as estratégias competitivas genéricas de Porter (1986), que as organizações podem utilizar para se defender das forças competitivas que enfrentam no mercado.

2.1 - Instituições Hospitalares

2.1.1 - Origem dos Hospitais

Os primeiros hospitais surgiram em Roma, com a finalidade de atender e acolher os doentes. A principal razão da criação, desses estabelecimentos, foi de ordem econômica e militar, relacionada à estrutura da sociedade romana. O conceito da necessidade de assistência social, no caso de doença, desenvolveu-se na Idade Média, principalmente entre os muçulmanos, judeus e cristãos.

A palavra hospital é derivada do latim *hospitalis*, que se refere a um convidado, hóspede. Originalmente, os hospitais eram um lugar para o abrigo, ou, ainda, de entretenimento de convidados e desconhecidos.

Historicamente, as funções do hospital refletiam sua missão como instituições de caridade para refúgio, pensão, ou instituição dos necessitados, idosos e enfermos. Tinham pouco a oferecer, além de atenção e serviços de enfermagem.

Essas funções, ou objetivos, continuaram até os primeiros anos do século XX. Dos anos 30 aos 50, o conhecimento se expandiu a uma taxa acelerada, como ocorreu com os serviços de diagnóstico e tratamento, e proliferou a especialização. Iniciando nos anos 60, e continuando até o início da década de 70, o hospital emergiu como um centro de saúde para diagnóstico e tratamento da comunidade, com uma equipe de profissionais de saúde.

No Brasil, o cuidado com os doentes já era preocupação das comunidades lusitanas, desde a colonização. Tanto que, em 1485, uma bula do Papa Inocêncio VII autorizava a reunião, em cada cidade portuguesa, dos pequenos hospitais existentes em um único hospital. Chegando no Brasil, os portugueses, já nos primeiros anos da colonização, fundavam, em 1538, a primeira Santa Casa em terras brasileiras, instalada em Santos.

Segundo Braga (1981) “a saúde só surge como problema social no Brasil na primeira fase do desenvolvimento capitalista brasileira, no auge da economia exportadora do café”. A preocupação, nessa época, era tratar de endemias e problemas gerais de saneamento dos núcleos urbanos, especialmente Rio e São Paulo.

Hoje, o desenvolvimento da tecnologia médica, a grande expansão dos conhecimentos, a ampliação progressiva do campo de atuação dos agentes de saúde e a acentuada diversificação das especialidades médicas são alguns dos principais fatores que transformaram o hospital em uma instituição bastante dinâmica.

2.1.2 - Conceitos de Hospital

Os documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que “o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em

seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais”. (Gonçalves, 1989).

De acordo com Almeida, hospital é

uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados; os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins (1983, p. 205).

Segundo Rocchi (1982, p. 19), “hospitais modernos são estabelecimentos destinados a cumprir cinco funções na área da saúde: preventiva, de reabilitação, restauradora, de ensino e pesquisa”.

Um hospital é uma unidade econômica, que possui vida própria, e difere das outras empresas porque o seu objetivo, ou “produto” básico, é a manutenção, ou reestabelecimento da saúde do paciente.

Kotler (1998) define como produto qualquer coisa que possa ser oferecida a um mercado, para satisfazer uma necessidade. Inclui a aquisição, ou consumo de objetos físicos, serviços, pessoas, organização e idéias. Logo, em uma organização hospitalar, um produto hospitalar é uma série de serviços prestados a um paciente, como parte do processo de tratamento, controlado pelo médico.

Gersdorff (1980, p. 35) defende que “a empresa hospitalar é muito mais parecida como uma empresa que produz serviços como um hotel, por exemplo, um banco, etc., que com uma empresa produzindo bens ou mercadorias”.

Médice & Marques (1996, p. 49) destacam que as instituições hospitalares possuem peculiaridades que são perfeitamente compreendidas quando “o indivíduo, ao procurar a assistência médica, não o faz por livre vontade, mas sim por necessidade, isto é, por circunstâncias alheias ao seu desejo. Ao ingressar num serviço de saúde, o indivíduo não sabe que tipo de intervenção irá sofrer ou que tipo de exame ou medicamento irá consumir”.

Mirshawka (1994) define hospital como parte integrante de uma organização médica e social, que tem como função básica proporcionar, à população, assistência médica integral, preventiva e curativa, sob qualquer forma de atendimento, inclusive a domicílio.

Ainda, segundo Mirshawka, o hospital também pode ser um centro de educação, de capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, de encaminhamento de pacientes; cabendo ao Governo Federal supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados, tecnicamente, e estabelecer outro conceito de hospital geral, que seria aquele destinado a atender pacientes portadores de doenças de várias especialidades médicas.

2.1.3 - Características e Classificações do Hospital

As organizações hospitalares diferem de outros tipos de organizações, pois suas atividades possuem características próprias, conforme citam Machline *et al.* (1983):

- a) Serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes individuais;
- b) Dependência das necessidades e demanda de seus clientes;
- c) Definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros;
- d) Trabalho diversificado e com pouca padronização, em que pessoas cuidam de pessoas, participando, ativamente, do processo de produção;
- e) Pouco controle sobre seus trabalhadores (principalmente os médicos) e sobre os pacientes;
- f) Organização não baseada em uma linha única de autoridade; já que o administrador hospitalar detém menos autoridade e poder, em relação a outras organizações;
- g) Organização formal, até certo ponto burocrática e autoritária, cuja operacionalidade repousa no arranjo do trabalho convencionalmente hierarquizado e em regras rígidas e impessoais.

Portanto, o hospital é uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada, que não pode funcionar, efetivamente, sem uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros.

Borba (1989) classifica os hospitais, quanto a sua finalidade, em entidades com ou sem fins lucrativos. Nas organizações hospitalares de fins lucrativos, a eficiência

administrativa é avaliada pela maximização da riqueza dos proprietários. A otimização de lucros visa remunerar o capital investido a uma taxa satisfatória. As organizações hospitalares sem fins lucrativos podem obter lucro, mas nenhuma parte dos lucros, dessas organizações, pode ser utilizada para outros fins, que não seja a sustentabilidade das mesmas.

O hospital pode ser classificado, também, quanto as suas fontes de receitas, que são, basicamente, duas: públicas e privadas. As receitas públicas provém do SUS. As receitas privadas, provém dos pacientes particulares, por meio de pagamento de serviços prestados, ou doações, do seguro saúde e de convênios com medicina de grupo, cooperativas médicas, planos de administração e de autogestão. Os pacientes particulares são poucos, uma vez que os custos dos serviços hospitalares são altos.

Borba (1989) classifica os hospitais quanto à natureza da assistência, que podem ser: gerais ou especializados. O hospital geral é destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas, e que poderá ter sua atuação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, previdenciário), ou com finalidade específica (hospital de ensino). O hospital especializado é destinado, predominantemente, a atender pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica.

Quanto à propriedade, manutenção e controle, podem ser: governamentais, que cabe diretamente ou indiretamente a administração pública (federais: das Forças Armadas, assistência pública e universidades; estaduais: de saúde pública, universidade, polícia; municipais: para-estatais de institutos); ou, ainda, particulares, que são mantidos por instituições particulares ou de direito privado (filantrópicos, não lucrativos devendo destinar um percentual de sua lotação para assistência gratuita de clientes desprovidos de qualquer cobertura de saúde, além de não conceder remuneração, ou gratificação, de qualquer espécie, a dirigentes superiores ou sócios, salvo com os quais mantiver vínculo empregatício; beneficentes, não lucrativos, destinados a assistir grupos específicos de pessoas, é mantido pela contribuição de seus associados e clientela que o utiliza, não distribuindo dividendos e os resultados financeiros nas finalidades da instituição) (Borba, 1989).

Quanto ao procedimento do corpo clínico, é fechado, não sendo permitido a outros médicos trabalharem nos seus serviços, exceto em casos especiais ou por cortesia; aberto quando não dispõe de corpo clínico efetivo, permitindo a qualquer médico o exercício da profissão e tratamento dos seus doentes particulares; misto, quando associado às duas formas (Borba, 1989).

2.1.4 - Funções do Hospital

Gonçalves *et al.* (1998) consideram que, para desenvolver suas atividades, o hospital depende de uma extensa divisão do trabalho entre os seus integrantes e de uma estrutura organizacional complexa, que abrange muitos departamentos, equipes, cargos e posições, mas depende também de um elaborado sistema de coordenação de tarefas e funções. Para os autores, tais atividades agrupam-se em conjuntos de funções, algumas voltadas mais diretamente para o exterior, e outras mais para o interior do hospital.

As funções, chamadas internas, são três, e referem-se à estrutura e gestão das atividades do hospital. Relacionam-se com a vida interna do mesmo (Gonçalves *et al.*, 1998).

A primeira, é a participação na formação de recursos humanos para a área da saúde. Tem por objetivo ampliar a capacitação de seus próprios profissionais, de todos os níveis e categorias, contribuindo para a formação de integrantes da chamada equipe de saúde. Esta equipe está capacitada a entender os sentimento da população, participar com ela, e com ela aprender.

A segunda função reporta-se ao fato de que ela representa o palco dinâmico em que se desenrola a atividade profissional das pessoas que trabalham no hospital, e cuja motivação precisa ser preservada e estimulada. A ausência, ou baixa motivação, contribui, seguramente, para o sacrifício da qualidade dos atendimentos de todo tipo ali prestados.

A terceira função é a participação no desenvolvimento de pesquisas em todos os setores do hospital (médica, biológica, farmacológica, institucional, administrativa, enfermagem e organizacional). É fundamental, pois coloca em relevo as informações relativas à atividade da instituição e ao seu processamento.

As funções, chamadas externas, são quatro e seriam atividades aplicadas em benefício de pessoas externas ao hospital (Gonçalves *et al.*, 1998).

A primeira função externa é a prestação de atendimento médico a doentes em regime de internação. O autor alerta para o fato de muitos conveniados com o SUS hipertrofiarem a atividade ambulatorial, e/ou atividades complementares, provocando um aumento no tempo de hospitalização, com os conseqüentes prejuízos econômicos, sociais, pessoais e familiares. Tal eventualidade só se justifica diante da impossibilidade de execução dos referidos exames complementares em outro regime, que não o de internação hospitalar.

A segunda função refere-se ao desenvolvimento de atividades de natureza preventiva. Trata-se de uma nova visão, especialmente quando fora do contexto das cidades brasileiras de grande porte, onde os hospitais tradicionais desempenham, ainda com exclusividade, tarefas assistenciais de natureza curativa.

A terceira função é representada pela participação em programas de natureza comunitária, procurando atingir o contexto sócio-familiar dos doentes que o hospital atende. Observa-se esse fato, com maior frequência, na periferia dos centros urbanos maiores e nas cidades de pequeno porte, onde iniciativas e programas de natureza comunitária são imprescindíveis.

A quarta função é a integração ativa do hospital no sistema de saúde, embora ocorra, no contexto brasileiro, um generalizado desequilíbrio entre a demanda e a oferta de atendimento de saúde da população. A demanda por atendimentos tende a ser crescente, seja quantitativa, ou, qualitativamente.

Na visão desse autor, o hospital deixa de ser apenas uma agência curativa, para inserir-se num amplo esquema de atividades preventivas capazes de desenvolverem condições para atingir aquele objetivo. Para corresponder a todas essas funções, o hospital precisa estruturar-se adequadamente, desenvolvendo setores encarregados de atividades bem caracterizadas, mas que devem trabalhar de maneira integrada e harmoniosa.

O resultado é a constituição de uma estrutura de marcante complexidade, mesmo quando comparada com grandes entidades empresariais modernas, que necessariamente devem estar capacitadas para desenvolverem atividades muito diversificadas.

2.1.5 - Organizações sem Fins Lucrativos

Para efeitos do presente trabalho utilizou-se os termos “sem fins lucrativos” e “terceiro setor” como sinônimos, indicando organizações que possuam finalidade social, em contraposição às “empresas de mercado”, que possuem finalidade de lucro para fins particulares. Ressalte-se que, enquanto as organizações de terceiro setor necessitam ser auto-sustentáveis, o lucro proveniente das suas atividades deve ser integralmente reinvestido no “negócio”.

Abordando de maneira generalista, em termos de finalidade, Drucker (1995:3) afirma que “a organização sem fins lucrativos existe para provocar mudanças nos indivíduos e na sociedade”.

De acordo com Fischer (2002:45-46), "essas organizações caracterizam-se por serem privadas, sem fins lucrativos, formais e autônomas e incorporam algum grau de envolvimento de trabalho voluntário". A autora acrescenta, ainda, que suas atividades são públicas, ou voltadas à coletividade.

Embora seja necessário o levantamento de recursos financeiros para a operacionalização das suas atividades, a organização sem fins lucrativos não pode subordinar-se a esse processo, mas, sim, fazê-lo com que sua missão possa ser cumprida (Drucker, 1995:41). Assim, a obtenção de recursos financeiros é um meio, e não um fim.

Essas organizações precisam ter comportamento de empresa (organização competitiva no seu mercado de atuação) e responsabilidade de Estado, em razão da necessidade de serem auto-sustentáveis e de atuarem, normalmente, em setores ditos sociais, como de educação e saúde.

2.1.6 - Organizações do Terceiro Setor

De acordo com Levitt (1973), o surgimento das organizações do terceiro setor aconteceu na Inglaterra, em 1601, onde a Rainha Elizabeth I instituiu uma legislação para organizar o combate à pobreza, que era feito com recursos obtidos dos impostos pagos pelos Estados. Esse documento, o “Estatuto dos Usos Caritativos”, foi implantado na Velha Inglaterra e teve grande influência na Nova Inglaterra, parte do que iria formar, mais tarde os Estados Unidos da América. A carência de recursos e instituições formais, sentida pelos novos imigrantes, além de pouca confiança em governos, ajudaram a criar, nos Estados Unidos, um setor filantrópico.

A segunda metade do século XX viu expandir e disseminar-se, por todos os pontos do globo; que Salamon (1996) chama de nova onda associativa - criação de centenas de milhares de organizações, fora do âmbito do governo ou do setor privado, cujo objetivo é trabalhar em benefício público. No Brasil, por sua constituição ter se dado a partir de colonizadores que tinham o intuito prioritário de exploração de recursos naturais, em prol da metrópole

(Portugal), não se desenvolveu um espírito de desenvolvimento comunitário. Além disso, as relações históricas entre Estado e sociedade civil, no Brasil, reforçaram posicionamentos de não participação comunitária. Desde a colonização existiram as associações formadas a partir de valores católicos – caridade e filantropia – que prestavam serviços sociais, assistenciais e de saúde (são exemplos as Santa Casas). Essas associações, que tinham o intuito de ajudar os pobres e incapacitados, eram formadas a partir do sentimento de dever dos católicos, que creditavam à caridade, e ao cumprimento de suas obrigações, a salvação e/ou o perdão divino.

Nos anos 80, as Organizações Não-Governamentais (ONGs) tiveram uma significativa participação nos processos de democratização política, passando à defesa de reivindicações que extrapolaram a disputa entre as classes, constituídas nos grupos ou identidades específicas: o negro, o índio, a mulher, homossexuais, sem-terra. Nesse momento, o termo “sociedade civil” ganha corpo, pois incentivava a prática da cidadania (o ato de votar) e repassava a noção, ainda que primária, de responsabilidade para com a “coisa pública” e de participação nos rumos da sociedade. Kisil (1997) enfatiza que foi assim que surgiram as organizações privadas, de defesa do interesse público, no país, e o nosso tradicional assistencialismo começou a dar lugar a esse sistema bem mais dinâmico e diversificado que temos hoje, e que estamos chamando de terceiro setor.

A idéia de um terceiro setor pressupõe um primeiro e um segundo. Nesse sentido, Kisil (1997) afirma que o primeiro setor é o governo, que se utiliza de seu papel regulador para o cumprimento das decisões legais, além de estabelecer políticas públicas. O segundo setor seria o mercado, cujo interesse é regulado pelos indivíduos que dele fazem parte, sem qualquer referência a bens públicos. Produzem mercadorias e serviços, gerando bens, produção e renda. É interessante notar que o desenvolvimento da comunidade pode tornar-se um assunto que obrigue os três setores a trabalharem juntos para o benefício social.

O autor continua, enfatizando que o terceiro setor refere-se a um conjunto de iniciativas privadas, com fins públicos, cuja confiança estaria nos mecanismos voluntários, na solidariedade humana, apelando para o senso de interesse público. Assim sendo, as organizações do terceiro setor possuem duas características principais: não atribuem lucros a seus fundadores, diferente do setor privado, nem estão sob controle político partidário direto.

Conjugados, o terceiro setor – o universo das organizações sem fins lucrativos, ONGs, fundações, institutos – e as empresas socialmente responsáveis estão fazendo a diferença em milhares de cidades, comunidades e escolas. Estão, também, mudando o perfil do nosso mundo, e chamando a todos para compreender e aprender seus ensinamentos, que vêm

provando ser um caminho para o desenvolvimento cooperativo, responsável e sustentável. As empresas e as organizações do terceiro setor passaram a construir parcerias e alianças estratégicas, buscando soluções para problemas sociais que afligem o mundo, e objetivando oportunizar o enfrentamento das desigualdades.

2.1.7 - Situação Atual dos Hospitais

A Constituição Federal de 1988 é considerada o marco de mudança do sistema de saúde brasileiro, principalmente devido à criação do SUS, acabando com a figura do indigente e concedendo *status* de cidadão a todos, inclusive com direito universal à saúde e educação.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Brasil, 1988).

Antes desse período, existiam poucas regras, e o mercado hospitalar era fracamente regulado, tanto em nível das organizações hospitalares como dos profissionais que as administravam. A ação do Ministério da Saúde se dirigia, prioritariamente, a medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças (Celestino, 2002).

Na década de 90, o setor foi bastante afetado pelo aumento do controle estatal. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) trouxe mais regulamentações, principalmente para as operadoras de planos de saúde que, em decorrência disso, tiveram um aumento de custos operacionais, para viabilizar o cumprimento das novas exigências e garantias ao consumidor. Boa parte desses aumentos de custos foi deslocada para os prestadores de serviços de saúde, pois já não mais podiam ser repassadas integralmente ao consumidor, tanto por restrições legais, quanto por limitações em sua capacidade contributiva ao sistema.

Ressalta-se, entretanto, que a postura, em relação aos regulamentos, não deve ser sempre vista, apenas, de forma determinista. Esforços vêm sendo feitos no sentido de se

discutir as leis, sob forma de cartas consultas, abertas à comunidade interessada (Celestino, 2002).

Outro fator importante diz respeito ao financiamento do setor. Enquanto o setor hospitalar público é financiado pelo Governo Federal, o setor hospitalar privado é financiado, prioritariamente, pelas operadoras de planos de saúde, que são, segundo a ANS, “as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência a saúde”, podendo ser classificadas em quatro segmentos principais, com algumas ramificações entre eles:

Medicina de grupo – opera com os chamados convênios médico-hospitalares e no qual podem ser identificados três diferentes tipos: as operadoras que não possuem rede própria, as que possuem rede própria e, as associadas a hospitais filantrópicos.
 Cooperativas – que, além dos serviços dos próprios cooperados, operam também chamados convênios médico-hospitalares, com rede própria crescente.
 Autogestão – sistema fechado com público específico, vinculado a empresas – públicas e privadas – ou a sindicatos e associações, igualmente subdivididas entre aquelas que operam a assistência através de departamentos próprios dessas companhias e aquelas que a operam através de entidades vinculadas.
 Seguradoras – que além do seguro saúde propriamente dito, sujeito a regulamentação específica, operam produtos com todas as características de planos privados de assistência a saúde na forma da legislação (ANS, 2000, p.4)

O SUS também participa desse setor, principalmente através das entidades filantrópicas e de alguns hospitais com fins lucrativos, que mantêm convênio com este sistema.

Com a maior regulamentação do setor de saúde, os planos e seguros de saúde tiveram os seus custos ampliados, e dificuldades de repassá-los. Nesse sentido, a redução dos custos operacionais (ou seja, os valores pagos aos prestadores de serviços de saúde) foi a alternativa vislumbrada por esse segmento, a fim de manter sua sobrevivência. Instrumentos gerenciais como “porta de entrada, auditoria preventiva, pacotes cirúrgicos e de atendimento, redução da rede credenciada, direcionamento de demanda, descontos, parcerias e as já conhecidas glosas” (Quadros, 2002) foram algumas das iniciativas tomadas nesse sentido.

Em conseqüência, o impacto dessas iniciativas rebate diretamente sobre os prestadores de serviços de saúde, que tiveram seus custos e pagamentos crescentemente monitorados e questionados, vislumbrando, como alternativa, profissionalizar seus quadros, para lidar com esse novo ambiente, ao passo que as operadoras de planos de saúde impelem os hospitais para redução de taxas. Percebe-se um abismo muito grande no nível de estrutura e profissionalismo

dessa relação. Muitos gestores da área não se consideram preparados para lidar com esse tipo de situação e, por vezes, faltava conhecimento do seu negócio para argumentar e negociar junto a esses outros autores.

Quadros (2002) aponta a gestão compartilhada do sistema de saúde, com forte inter-relação dos sistemas públicos e privados, como saída viável para a crise do setor.

Diante desse contexto, apresenta-se como fundamental, para a sobrevivência dos hospitais, a busca por maior profissionalização e modernização gerencial, a fim de realizar a reestruturação interna necessária, no sentido de otimizar seus processos e gerenciar seus custos, como também para se estruturar melhor na discussão com outros setores e atores inter-relacionados.

2.2 - Competitividade

Em um cenário de economia globalizada, a competitividade tornou-se sinônimo de sobrevivência para as empresas. A idéia de competitividade expressa um clima de conflito e rivalidade entre as organizações e estabelece um ambiente de insegurança e apreensão. No entanto, conforme Vieira & Oliveira (1999), a competitividade representa o desempenho, que expressa a posição alcançada pela organização no mercado, em determinado período. Tal posição é resultado da combinação de uma série de fatores, como preço, qualidade, grau de diferenciação dos produtos, entre outros.

A competitividade pode ser definida como eficácia, pois é pela habilidade das organizações em produzir os melhores produtos que os concorrentes evidenciam a competitividade. É preciso lembrar que a empresa terá que alocar, efetivamente, seus recursos tecnológicos, gerenciais, financeiros e comerciais, para atingir a eficácia e vencer a concorrência.

Em face disso, as organizações desenvolvem técnicas para adquirirem competitividade, tendo em vista que a dominação do mercado decorre dela. Assim, se a melhor técnica conduz à competitividade, a prática mais competitiva torna-se a melhor, no conjunto daquelas utilizadas no mercado.

Para Vieira & Oliveira (1999), o desempenho e a eficiência técnica decorrem das experiências acumuladas e das estratégias implantadas pela organização, ao longo do tempo.

Assim sendo, o processo de escolha das estratégias competitivas atuais ampara-se na atuação do desempenho passado, sem esquecer que são incertas as expectativas quanto às futuras variações contextuais.

A competitividade, portanto, reflete-se nas estratégias e está relacionada ao padrão de concorrência vigente no mercado em que está inserida.

Segundo Porter (1997), somente as estratégias podem fazer com que as empresas continuem competindo. Schumpeter, *apud* Porter (1989, p. 86), afirmou que “...a competição tem caráter profundamente dinâmico. A natureza da competição econômica não é o equilíbrio, mas um perpétuo estado de mudanças”. Dessa forma, é importante que as empresas se adaptem às mudanças, de forma permanente.

A competição surgiu com o aparecimento da própria vida. Quanto mais rico o ambiente, maior o número de competidores, e mais acirrada a competição. No entanto, os competidores não existem para sempre, eles se eliminam uns aos outros. Esse processo de eliminação se dá através da formulação das melhores estratégias (Henderson, 1998).

A mensuração da competitividade não é tarefa simples, pois envolve diversos fatores. Por isso, para que as empresas tornem-se competitivas, é importante que disponham de vantagens, as quais podem ser obtidas através de formulação e implementação de estratégias.

É necessário, também, lembrar que um fator de competitividade se transforma em uma vantagem competitiva somente quando os clientes reconhecem uma situação diferenciada em relação aos concorrentes. É a partir do juízo de valores, dos clientes, que se definirá o que vem a ser um diferencial competitivo (Zacarelli, 1995).

Prahalad & Hamel (1998) afirmam que a competitividade de uma empresa depende da capacidade dessa em criar produtos de que os clientes necessitem, mas ainda não imaginaram.

Uma forma de ganhar a competição em determinado setor, segundo Day & Reibstein (1999), é através do monitoramento dos concorrentes (analisar o ambiente competitivo), da antecipação das ações e reações dos concorrentes, da formulação de estratégias competitivas dinâmicas e da escolha das melhores.

Os indicadores de competitividade são instrumentos eficazes para a análise e avaliação das empresas, partindo-se do princípio de que as empresas precisam estar constantemente revendo seus processos e relações de trabalho, sua estratégia e estrutura organizacional, funcionando como um parâmetro para redefinir suas operações e estratégias empresariais.

De acordo com Coutinho & Ferraz (1994), o desempenho competitivo de uma empresa depende de diversos fatores: internos à empresa (fatores empresariais), de natureza estrutural (referentes ao setor) e de natureza sistêmica (relacionado ao mercado e ao sistema produtivo como um todo).

- Fatores empresariais: são aqueles que a empresa detém poder de decisão. As capacitações de uma empresa são fatores determinantes da competitividade, pois relacionam diretamente o desempenho da empresa. Dizem respeito ao estoque de recursos acumulados pela empresa e às estratégias de ampliação desses recursos, em termos de suas quatro áreas de competência: capacidade inovativa, capacidade produtiva, eficácia da gestão e recursos humanos (Ferraz *et al.*, 1997).

- Fatores estruturais: nesses fatores, a capacidade de intervenção da empresa é limitada pela mediação do processo de concorrência. Podem ser caracterizados por: mercado, configuração da indústria, regime de incentivos e regulação da concorrência (Ferraz *et al.*, 1997).

- Fatores sistêmicos: constituem externalidades para as empresas, sobre os quais ela detém escassa, ou nenhuma, possibilidade de intervenção. Eficiência, padrões de qualidade, capacidade de reduzir custos e aprimorar a qualidade são determinantes sistêmicos de competitividade. Estão relacionados à: determinantes macroeconômicos, determinantes político institucionais, determinantes legais regulatórios, determinantes infra-estruturais, determinantes sociais e determinantes internacionais (Ferraz *et al.*, 1997).

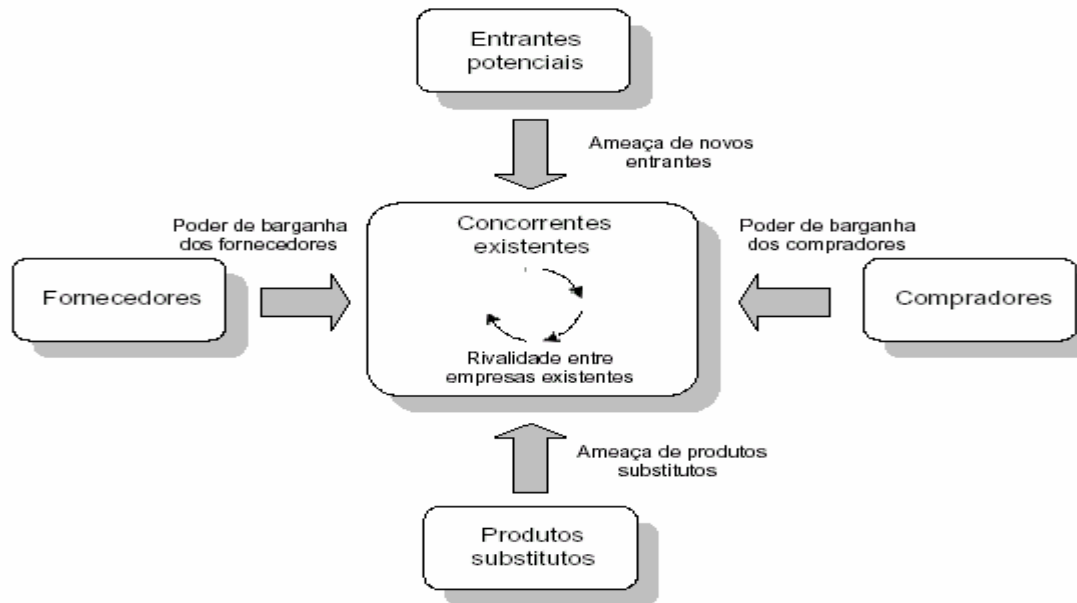
2.3 - Modelo de Competitividade de Porter

Segundo Porter (1986), a intensidade da concorrência, em um setor, não é uma questão de coincidência ou de má sorte. Ao contrário, a concorrência em um setor tem raízes em sua estrutura econômica básica, e vai além do comportamento dos atuais concorrentes. O grau da concorrência, em um setor, depende de cinco forças competitivas, que são: rivalidade entre os concorrentes, ameaça de novos entrantes, pressão dos produtos ou serviços substitutos, poder de negociação dos compradores e poder de negociação dos fornecedores.

Uma análise dessas forças irá contribuir para uma avaliação dos pontos fortes e fracos da organização, pois, em conjunto, determinam a intensidade da concorrência no setor, bem

como a sua rentabilidade. Além disso, estabelecerá a melhor posição possível no campo competitivo.

Figura 01 - Forças Competitivas



Fonte: Porter, 1991.

O modelo das cinco forças, para Thompson (2002), é uma poderosa ferramenta para diagnosticar as principais pressões competitivas em um mercado e avaliar a intensidade e importância de cada uma delas.

Acker (2000) afirma que cada força exerce uma função, ao se explicar por que alguns setores são historicamente mais lucrativos que outros. Além disso, uma compreensão dessa estrutura pode, também, sugerir quais os fatores-chaves de sucesso necessários para lidar com as forças competitivas.

2.3.1 - Rivalidade entre os Concorrentes

A rivalidade, em um setor, ocorre porque os concorrentes percebem o surgimento de novas oportunidades para melhorar a sua posição no mercado, onde são utilizadas muitas

táticas, como: concorrência de preços, batalhas de publicidade, introdução de produtos, aumento dos serviços ou das garantias para os clientes (Porter, 1986).

Algumas dessas táticas podem ter o efeito de piorar os resultados para todos os participantes, como uma guerra de preços; outros, como o aumento de propaganda, podem ter o efeito de expandir o mercado, melhorando para todos, e aumentar a diferenciação diminuindo a rivalidade.

Segundo Porter (1986), a rivalidade intensa é relacionada com a presença de diversos fatores estruturais, tais como: concorrentes numerosos, ou bem equilibrados; crescimento do setor; ausência de diferenciação, ou custos de mudança; custos fixos altos, criando uma forte tentação para reduzir os preços; capacidade aumentada em grandes incrementos; barreiras de saída elevadas; grandes interesses estratégicos e recursos flexíveis e produtos, ou serviços, substitutos.

Para Thompson (2002), a mais forte das cinco forças competidoras é a corrida pela posição e preferência do comprador pelas organizações rivais. A rivalidade emerge entre os concorrentes quando um, ou outro, vislumbra uma oportunidade de satisfazer melhor as necessidades do cliente, ou é pressionado para melhorar seu desempenho. A intensidade da rivalidade reflete o vigor com que os concorrentes usam táticas como: menores preços, pechinchas, melhores serviços ao cliente, garantias mais longas, promoções especiais e introdução de novos produtos ou serviços. A rivalidade pode variar de amigável a cruel, dependendo da frequência e da agressividade com que as organizações pratiquem ações para ameaçarem a lucratividade dos rivais.

A intensidade da rivalidade, conforme Bethlem (2002), age de modo semelhante à ameaça de entrada. Determina até que ponto as organizações, que já atuam em um setor, irão conservar para si mesmas o valor criado por elas próprias, para seus compradores, e usá-lo, ou para repassá-lo, em parte, para os compradores, na forma de preços mais baixos para os seus produtos, ou serviços, ou para dissipá-lo em custos mais elevados, para afastar os competidores existentes, ou levantar barreiras de entrada para os competidores potenciais. Além disso, a intensidade da rivalidade desempenha um papel importante para determinar se as organizações, já atuantes no setor, irão expandir, agressivamente, sua capacidade, ou optar por manter a rentabilidade.

De acordo com Bateman & Snell (1998), dos vários componentes do ambiente competitivo, os concorrentes, dentro do setor, devem lidar, em primeiro lugar, uns com os

outros. Quando as organizações competem pelos mesmos consumidores, e tentam ganhar participação de mercado às expensas de outros, todos devem reagir e antecipar as ações de seus concorrentes.

É essencial entender o que os concorrentes estão fazendo para aprimorar a própria estratégia.

2.3.2 - Ameaça de Novos Entrantes

Porter (1991) afirma que, quando uma organização entra para um setor espera ganhar uma parcela de mercado e recursos substanciais. Como resultado, pode-se prever uma queda na rentabilidade, devido à redução dos preços, ou da elevação dos custos das organizações atuantes no setor.

Para Bethlem (2002) a ameaça de entrada de novos competidores determina a probabilidade de novas organizações entrarem em um setor e conquistarem mercado, ou passando benefícios para os compradores na forma de preços mais baixos, ou elevando os custos da competição.

A seriedade da ameaça competitiva, de novos entrantes, depende das barreiras para a entrada, e da reação esperada das organizações existentes contra os novos entrantes. A barreira de entrada existe quando for difícil, para a nova organização, penetrar no mercado, ou quando fatores econômicos colocam-na em situação de desvantagem em relação aos concorrentes.

Porter (1991) relaciona seis tipos principais de barreiras de entrada, que são:

1. Economias de escala: essas economias detêm a entrada de novos concorrentes por forçá-los entrarem com uma escala grande e adequada, ou a aceitar a conviver com uma determinada desvantagem em custos.

2. Diferenciação de produto: a identificação com a marca cria uma barreira de entrada, porque força os novos entrantes a gastarem, pesadamente, para vencerem a lealdade dos clientes às marcas já existentes.

3. Necessidades de capital: a necessidade de altos investimentos, para competir, cria uma barreira para os novos, particularmente se o capital é requerido para gastos com

publicidade e com pesquisa e desenvolvimento. O capital pode ser necessário não somente para as instalações, mas também para o crédito ao consumidor, estoques e para absorver os custos iniciais genéricos.

4. Custos de mudança: custos com que se defronta o comprador quando muda de um fornecedor de produto para outro. Se estes custos de mudança são altos, os recém-chegados precisam oferecer um aperfeiçoamento substancial em custo, ou desempenho, para que o comprador se decida a deixar um produtor já estabelecido.

5. Acesso a canais de distribuição: como os canais lógicos já estão sendo atendidos pelas organizações estabelecidas, é necessário grande esforço da organização entrante (desconto de preços, verbas para campanhas de publicidade etc.) para persuadir os canais a aceitarem seus produtos, ou serviços, o que reduz os lucros.

6. Política governamental: o governo pode limitar, ou mesmo coibir, a entrada de setores sujeitos a controle estatal, através de requisitos de licenciamentos e limitações de acesso a matérias-primas. Também pode desempenhar uma função indireta determinante, colocando barreiras aos novos entrantes através de controles de padrões ambientais (nível de poluição do ar e da água) e de eficiência do produto.

As barreiras de entrada dificultam o ingresso de novos competidores no mercado, reduzindo a ameaça que possa representar um novo competidor.

Com relação às barreiras de entrada e de saída, Bethlem (2002) afirma que as barreiras de entrada levantadas diminuem a probabilidade que novos competidores se estabeleçam em um determinado setor, evitando a queda dos preços; e as barreiras de saída impedem que as organizações saiam de um setor, quando nele existe excesso de capacidade de produção instalada e, assim, prolongam os períodos em que vai existir este excesso de capacidade.

Os novos entrantes em um setor, conforme Bateman & Snell (1998), competem com as organizações estabelecidas. Se houver muitos fatores que dificultem a entrada de novas organizações em um setor, a ameaça às organizações estabelecidas é menos séria. Se houver poucas barreiras à entrada, a ameaça de novos entrantes é maior.

Na visão de Mintzberg *et al* (2000), um setor é como um clube, no qual as organizações ganham acesso por superarem certas “barreiras à entrada”. Dessa forma, barreiras elevadas encorajam um clube aconchegante, no qual a concorrência é amigável; barreiras baixas levam a um grupo altamente competitivo, no qual poucas coisas podem ser dadas como certas.

A lucratividade média do setor, segundo Ghemawat (2000), é influenciada pelos concorrentes existentes, e em potencial. O conceito chave, na análise da ameaça de entrada, são as barreiras à entrada, as quais atuam para evitar o influxo de organizações em um setor, sempre que os lucros, ajustados para o custo do capital, subam acima de zero. Em contrapartida, as barreiras à entrada existem sempre que é difícil – ou economicamente inviável – para uma organização de fora repetir as posições daquelas que já estão no mercado.

2.3.3 - Produtos e Serviços Substitutos

Conforme Porter (1986, p. 39), “todas as organizações em um setor estão competindo, em termos amplos, com organizações que fabricam produtos substitutos. Os substitutos reduzem as taxas de retorno dos investimentos de um setor, à medida que forçam os preços que as organizações podem fixar como lucro”.

A questão fundamental, na percepção de Torres (1995), relaciona-se à estrutura de custos dos produtos, ou serviços substitutos. Com tecnologias, processos e insumos diferentes, um produto, ou serviço, substituto pode, com um preço significativamente mais baixo, ainda assim ser muito lucrativo e colocar em risco o serviço ou o produto original. Foi o que ocorreu com a manteiga, em relação à margarina, em que esta, por ter uma escala de produção bem maior que aquela, e insumos com custos muito mais baixos, acabou por impor um severo limite de preços à manteiga. O óleo comum de cozinha, como substituto do azeite, para saladas, constitui outro antigo exemplo.

Para produtos, ou serviços, que tenham substitutos poderosos, é fundamental um controle rigoroso de custos de insumos, produção e distribuição, de modo que as diferenças de preços, com tais substitutos, sejam reduzidas. Ou, então, devem ser agregadas características efetivamente diferenciadores entre os produtos, ou serviços, originais e os substitutos, de tal forma que o diferencial de preços se torne menos relevante.

Conforme Thompson (2002), a concorrência de produtos, ou serviços substitutos, é mais forte quando os preços dos substitutos são atrativos, os custos de mudança do comprador são baixos, e o comprador acredita que o substituto possui as características iguais, ou melhores que o produto, ou serviço, original.

Para Stoner (1996), se um produto, ou serviço, puder ser aperfeiçoado, ou diferenciado, objetivando maior lucratividade, os compradores podem substituir produtos, ou serviços, tradicionais. Os administradores estratégicos devem prestar atenção especial a produtos, ou serviços, com uma história repetida, ou atual, de melhoria no desempenho de preços, por causa de produtos, ou serviços, de substituição.

A ameaça representada por substitutos, à lucratividade de um setor, segundo Ghemawat (2000), depende das proporções relativas preço/desempenho dos diferentes tipos de produtos, ou serviços, aos quais os clientes podem recorrer, para satisfazerem a mesma necessidade básica. A ameaça de substituição também é afetada pelos custos de mudança – isto é, os custos em áreas como retreinamento, novo ferramental, ou reprojeto, nos quais se incorre quando um cliente muda para um tipo diferente de produto ou serviço. Em muitos casos, o processo de substituição segue uma curva em forma de S. Começa, lentamente, quando alguns pioneiros arriscam-se a experimentarem o substituto, adquire força se outros os seguem e, finalmente, nivela-se quando quase todas as possibilidades econômicas de substituição foram esgotadas.

Os produtos, ou serviços, substitutos, para Aacker (2000), competem com menos intensidade que os concorrentes primários. Contudo, são ainda relevantes. Podem influenciar a lucratividade do mercado e representar grande ameaça, ou problema. Substitutos que demonstrem uma firme melhoria na relação custo/benefício, e cuja adoção, pelo cliente, represente um custo mínimo na mudança, são de particular interesse.

De acordo com Bethlem (2002), a ameaça de substitutos determina até que ponto algum outro produto, ou serviço, pode satisfazer as mesmas necessidades do comprador, colocando, assim, um teto no montante que um comprador está disposto a pagar pelo produto, ou serviço, original de um setor de negócio. Produtos, ou serviços, substitutos cumprem a mesma, ou quase a mesma, função do produto, ou serviço, em questão. A proximidade do desempenho do substituto, em relação ao do existente, determina o seu valor.

2.3.4 - Poder de Barganha dos Compradores

Para Mintzberg *et al* (2000), os compradores de uma organização querem que os preços baixem, ou que a qualidade suba. Sua capacidade, para fazê-lo, depende de quanto

compram, de até que ponto estão bem informados, da sua disposição para experimentar alternativas, e assim por diante.

O poder de negociação dos compradores igualmente determina o grau da liberdade de movimento em sua política de preços. Se os seus consumidores são muito mais poderosos que sua organização, aqueles podem forçar o preço para baixo, podem força-lo a oferecer inúmeros serviços gratuitos, ou a manter grandes estoques envolvendo custo e risco. Isso pode eliminar o lucro de sua atividade.

Porter (1986) tenta mostrar que, dependendo da sua situação no mercado, os grupos de compradores podem exercer pressão em relação à redução dos preços, barganhando por melhor qualidade, ou mais serviços, e jogando os concorrentes uns contra os outros, bem como da importância relativa de suas compras, em comparação com seus negócios totais.

Um grupo de compradores é poderoso, segundo Porter (1986), quando: os compradores estão concentrados, ou adquirem grandes volumes; há produtos, ou serviços, não diferenciados; ameaça de integração para trás; produtos, ou serviços, com alta participação nos custos dos compradores; custos de mudança; o lucro dos compradores é baixo e o comprador tem total informação do mercado.

O poder do comprador, para Ghemawat (2000), é uma das duas forças verticais que influenciam a apropriação de valor criado por um setor. Permite, aos clientes, comprimirem as margens da organização, forçando os concorrentes a reduzirem preços, ou a aumentarem o nível de serviço oferecido.

Thompson (2002) afirma que os compradores constituem uma forte força competitiva quando possuem alavancagem de barganha em preço, qualidade, serviço, ou outros termos de venda.

Conforme Stoner (1996), à medida em que novas organizações entram em campo, e as opções dos consumidores tornam-se maiores, as condições de lucratividade podem mudar radicalmente. Os consumidores têm, também, poder, quando os produtos, ou serviços, são particularmente caros, ou quando a propaganda ajuda-os a perceberem que um conjunto de produtos, ou serviços, é relativamente indiferenciado.

Quando os clientes, segundo Aacker (2000), têm relativamente mais poder que os vendedores, eles podem forçar preços para baixo, ou demandar mais serviços, afetando, assim, a lucratividade. O poder dos clientes será maior quando o volume de sua compra tiver

grande proporção nos negócios do vendedor, quando houver fornecedores alternativos disponíveis e quando o cliente puder integrar para trás e fazer o produto total ou parcialmente.

A organização precisa estar preparada, de acordo com Torres (1995), para reduzir tal poder de pressão, ou, então, a ele se amoldar. Uma das formas de reduzir o poder de pressão dos consumidores é fazer com que eles se tornem, de alguma forma, dependentes da organização.

Portanto, os compradores tendem a ser mais sensíveis aos preços se estiverem comprando produtos, ou serviços, que não são diferenciados, que sejam caros, relativamente às suas rendas, e de um tipo cuja qualidade não seja particularmente importante.

2.3.5 - Poder de Barganha dos Fornecedores

Os fornecedores em um setor representam uma ameaça ao elevarem os seus preços, ou reduzirem a qualidade dos bens e serviços fornecidos. Caso os fornecedores estejam concentrados, podem comprometer a rentabilidade do setor quando esta não conseguir repassar os aumentos de custos em seus preços. A atuação dessas forças é um tanto quanto significativa, uma vez que direcionam a concorrência do setor e determinam a rentabilidade do mesmo.

Conforme Porter (1986), as condições que determinam o poder dos fornecedores tendem a refletir aquelas condições que tornam os compradores poderosos. Um grupo de fornecedores é poderoso quando: existe um pequeno número de fornecedores; não concorrem com produtos, ou serviços, substitutos; ameaça concreta de integração para frente; o setor não é um comprador importante.

Considera-se, também, como fornecedor, a mão-de-obra, que em muitos setores exerce grande poder de barganha.

O poder do fornecedor, para Ghemawat (2000), é a imagem especular do poder do comprador. Em consequência disso, sua análise focaliza, primeiro, o tamanho e a concentração dos fornecedores, em relação aos participantes do setor, e, a seguir, o grau de diferenciação nos insumos fornecidos. A capacidade para cobrar preços diferentes dos clientes, de acordo com diferenças no valor criado para cada um deles, em geral indica que o mercado é caracterizado por alto poder dos fornecedores (e baixo poder dos compradores).

Segundo Mintzberg *et al* (2000), como os fornecedores querem cobrar preços mais altos possíveis por seus produtos, ou serviços, surge, naturalmente, uma luta de poder entre as organizações e fornecedores. A vantagem pende para o lado que tem mais opções, assim como menos a perder com o término da relação.

Na visão de Bateman & Snell (1998), os fornecedores são importantes para uma organização, por motivos além dos recursos fornecidos. Podem aumentar os preços ou prover produtos, ou serviços, de qualidade inferior. Os sindicatos podem entrar em greve, ou demandar salários maiores. Os trabalhadores podem realizar um trabalho imperfeito. Assim, fornecedores poderosos podem reduzir os lucros de uma organização, particularmente se esta não conseguir repassar os aumentos de preços para os consumidores.

Stoner (1996) afirma que, se um ramo de negócios não for realisticamente capaz de elevar preços, para cobrir o custo de bens e serviços necessários, naturalmente cresce o poder do fornecedor de bens e serviços. Entre outras coisas, o fornecedor costuma ser poderoso quando a atividade é dominada por apenas alguns competidores, ou quando a organização compradora tem importância moderada para o fornecedor. Por outro lado, o comprador pode exercer poder se comprar em grande quantidade, se o desempenho pouco lucrativo do produto tornar o comprador sensível aos custos de seus materiais, ou ingredientes, ou se o comprador pode ameaçar fabricar, ele mesmo, o produto do vendedor.

Já Aacker (2000) relata que, quando o setor fornecedor está concentrado, e vende para uma variedade de clientes em diversos mercados, terá um poder relativo, que pode ser usado para influenciar os preços. O poder também será ampliado quando forem elevados os custos com que o cliente terá que arcar ao trocar de fornecedor.

Thompson (2002) tenta mostrar que os fornecedores do setor representam uma força, sempre que suas ações puderem colocar certos rivais em desvantagem competitiva.

2.4 - Estratégias Competitivas Genéricas

De acordo com Porter (1986, p.49), “para enfrentar as cinco forças competitivas, existem três abordagens estratégicas genéricas potencialmente bem sucedidas para superar as outras organizações em um setor: liderança no custo total, diferenciação e enfoque”.

Figura 02 - Estratégias Genéricas Competitivas



Fonte: Porter, 1986.

Para praticar qualquer uma destas estratégias genéricas, é necessário um comprometimento total da organização, em que serão adotados métodos para superar os concorrentes e obter maiores retornos.

Conforme Porter (1986), a organização poderá optar, dentre as três estratégias genéricas, por aquela que seja mais apropriada, em relação às características e objetivos da organização, mas também que seja de difícil aplicação aos concorrentes do setor.

2.4.1 - Liderança no Custo Total

Segundo Porter (1986), a estratégia de liderança no custo total, é uma estratégia que se tornou bastante comum na década de 70. As organizações que atingem a liderança, no custo total, possuem as políticas funcionais orientadas para o objetivo básico, que é controlar, rigidamente, os custos e as despesas gerais, para evitar os gastos extras, que iriam agregar custos para a organização. A condição necessária, para trabalhar com custos baixos, é ter uma alta parcela de mercado, ou outras posições vantajosas, como um acesso favorável às matérias-primas. Assim, as organizações promovem o desenvolvimento de produtos, ou serviços, simples com baixo custo e preço fixo, que atenda a necessidade básica do cliente. É

por meio das reduções dos custos que as organizações obterão altas margens de lucro, para posterior investimento.

Para esse mesmo autor, apesar da presença de intensas forças competitivas, uma posição de baixo custo produz, para a organização, retornos acima da média em seu setor.

Conforme Tachizawa (2000), é na estratégia de liderança de custo que a organização centra seus esforços na busca de eficiência, na ampliação do volume de produto, ou serviço prestado, e minimização dos gastos com propaganda, assistência técnica, distribuição, pesquisa e desenvolvimento, e tem, no preço, um dos principais atrativos para o consumidor.

Segundo Ghemawat (2000), na estratégia de liderança de custo são avaliados quais os custos que poderão ser rateados, entre os negócios, em determinada atividade. Envolve a divisão dos custos em materiais comprados e custos agregados, havendo um comportamento diferenciado para cada um, que vai depender da área do negócio para sua agregação.

Para O'Brien (2003), a liderança em custo consiste em tornar uma organização um produtor de bens e serviços de baixo custo, no seu setor de atividade. Além disso, uma organização pode descobrir maneiras de ajudar os seus fornecedores, ou clientes, a reduzirem seus custos, ou de aumentarem os custos de seus concorrentes.

Na visão de Thompson (2002), o empenho para ser provedor de baixo custo geral do setor é uma abordagem competitiva vigorosa em mercados, onde muitos compradores são sensíveis aos preços. A meta é abrir uma vantagem de custo sustentável sobre os concorrentes e depois usar a vantagem de baixo custo da organização, como base para colocar preços mais baixos que os preços dos concorrentes, e ganhar participação no mercado, ou obter uma maior margem de lucro, vendendo ao preço do mercado.

A estratégia de liderança de custo, segundo Daft (2002), tenta aumentar a participação no mercado pela ênfase no baixo custo, em comparação com os competidores. Com uma estratégia de liderança de custo, a organização procura, agressivamente, instalações eficientes, persegue reduções de custos e utiliza fortes controles para fabricar produtos com mais eficiência que os competidores.

De acordo com Robbins (2003), o sucesso com a estratégia de liderança de custo requer que a organização seja a líder de custo, e não somente uma das que disputam essa posição. Além disso, o produto, ou serviço, oferecido deverá ser notado como comparável ao oferecido pelos concorrentes ou, pelo menos, aceitável pelos compradores. Os procedimentos

mais comuns incluem eficiência das operações, economias de escala, inovações tecnológicas, baixo custo da mão-de-obra, ou acesso preferencial às matérias-primas.

2.4.2 - Diferenciação

“Diferenciação é a estratégia genérica que visa diferenciar o produto ou o serviço oferecido pela organização, criando algo que seja considerado único no âmbito de todo o setor” (Porter, 1986, p. 51).

A diferenciação, se alcançada, cria uma posição defensável para enfrentar as forças competitivas, embora de um modo diferente da estratégia de liderança de custo total. A estratégia de diferenciação proporciona isolamento contra a rivalidade competitiva, devido à lealdade dos consumidores. Estes dão mais importância à marca que ao preço. A diferenciação produz margens de lucros mais altas, tornando possível trabalhar com o poder dos fornecedores e amenizar o poder dos compradores. A organização que se diferencia, para obter lealdade do consumidor, deverá estar melhor posicionada em relação aos produtos, ou serviços, substitutos do que a concorrência. Se a organização atingir a diferenciação, poderá perder uma alta parcela de mercado, porque nem todos os consumidores estarão dispostos a pagar, ou terão condições de pagar, os altos preços requeridos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que as estratégias de diferenciação identificam o que é, fundamentalmente, distinto em um negócio no mercado, sob a ótica dos clientes.

Na visão de Robbins (2003), a organização que busca ser única em seu setor, mediante procedimentos amplamente valorizados pelos clientes, está adotando uma estratégia de diferenciação. A lista de atributos, pelos quais uma organização pode se diferenciar, inclui alta qualidade, velocidade, projeto avançado, capacidade tecnológica, assessoria especializada, conveniência, margem de escolha, etc. O fundamental é que o atributo escolhido deve ser diferente dos oferecidos pelos concorrentes, e significativo, o bastante, para justificar um lucro que exceda o custo da diferenciação.

Para ter sucesso com uma estratégia de diferenciação, a organização precisa, segundo Thompson (2002), estudar as necessidades e o comportamento do comprador, cuidadosamente, para compreender sua opinião sobre o que é importante, o que constitui

valor, e quanto eles estão dispostos a pagar. A base do diferenciador é um produto, ou serviço, cujos atributos são significativamente diferentes dos produtos, ou serviços rivais.

Para Mintzberg & Quinn (2001), uma organização distingue-se, no mercado competitivo, ao diferenciar suas ofertas, que propagam seus produtos e serviços, em relação aos concorrentes. No entanto, uma organização poderá diferenciar-se, em suas ofertas, de seis maneiras básicas: estratégia de diferenciação por preço, de imagem, de suporte, de qualidade, de design e da não-diferenciação.

Diferenciação, para O'Brien (2003), é desenvolver maneiras para diferenciar produtos e serviços de sua empresa, dos seus concorrentes, ou reduzir as vantagens de diferenciação dos concorrentes. Isso pode permitir, a uma organização, direcionar seus produtos, ou serviços, para obter uma vantagem em determinados segmentos, ou nichos de mercado.

Segundo Tachizawa (2000), a estratégia competitiva de diferenciação faz com que a organização invista mais pesado em imagem, tecnologia, assistência técnica, pesquisa e desenvolvimento, recursos humanos, pesquisa de mercado, qualidade, etc, com a finalidade de criar singularidades para o consumidor.

Daft (2002) destaca que, numa estratégia de diferenciação, as organizações tentam distinguir seus produtos ou serviços dos outros no setor. Uma organização pode utilizar propagandas, características diferenciais dos produtos, serviço excepcional, ou nova tecnologia, para fazer com que seu produto, ou serviço, seja percebido como único. Essa estratégia, em geral, visa a clientes que não estejam especificamente preocupados com preços e, por isso, ela pode ser bastante lucrativa.

Uma estratégia de diferenciação pode reduzir a rivalidade com competidores e combater a ameaça de produtos, ou serviços, substitutos, porque os clientes são leais à marca da organização. Entretanto, as organizações precisam ter em mente que as estratégias de diferenciação bem-sucedidas exigem uma série de atividades onerosas, como pesquisa e desenvolvimento de produtos, ou serviços, e extensa propaganda. As organizações que adotam uma estratégia de diferenciação necessitam de fortes habilidades de marketing e funcionários criativos, dotados de tempo e recursos para procurar inovações.

A estratégia de diferenciação, para Aacker (2000), consiste em ter uma oferta de produtos, ou serviços, diferentes, e que seja mais valorizada pelos clientes. Esse valor agregado deve afetar a escolha dos clientes e a satisfação definitiva. Qualquer que seja o

caminho escolhido, a estratégia de diferenciação vencedora deverá ter três características: gerar valor ao cliente, fornecer valor percebido, ser difícil de copiar.

2.4.3 - Enfoque

Enfoque é a última estratégia genérica defendida por Porter (1986, p. 52) e caracteriza-se por “enfocar um determinado grupo comprador, ou um segmento da linha de produtos, ou um mercado geográfico”.

É a estratégia que visa a atender um alvo determinado. Mesmo que a estratégia de enfoque não atinja um baixo custo e uma diferenciação, do ponto de vista de mercado, como um todo, atinge uma ou ambas posições em relação ao seu estreito alvo estratégico. A estratégia de enfoque, como lembra seu nome, focaliza um segmento particular, em que a organização tem uma posição de baixo custo, com seu alvo estratégico, ou alta diferenciação.

A estratégia de enfoque, para Tachizawa (2000), significa escolher um alvo restrito, no qual, por meio de diferenciação, ou de custo, a organização especializar-se-á, atendendo a segmentos, ou nichos, específicos.

Segundo Robbins (2003), o enfoque visa a uma vantagem de custo (foco de custo), ou diferenciação (foco de diferenciação), em um segmento estreito. Em outras palavras, a administração seleciona um segmento, ou grupo de segmentos, em um setor (como a variedade de produtos, o tipo de consumidor final, o canal de distribuição, ou a localização geográfica dos compradores) e alinha a estratégia que atenda alguns, excluindo os demais. A meta é explorar um segmento estreito do mercado.

Na definição de Thompson (2002), a estratégia de enfoque, baseada em custos baixos, depende de um segmento de compradores, cujas necessidades sejam menos dispendiosas para satisfazer, em comparação com o resto do mercado, e a estratégia de enfoque baseada na diferenciação depende da existência de um segmento de compradores que demande os únicos atributos do produto, ou serviço.

De acordo com Aacker (2000), as estratégias de enfoque evitam diluir-se ou desviar-se da implementação da estratégia. Geram uma forma de competir quando os recursos são limitados, passam por cima de ativos e competências de concorrentes maiores, fornecem uma estratégia de posicionamento e diminuem as pressões competitivas.

3 - METODOLOGIA

“Metodologia é uma preocupação instrumental. Trata das formas de se fazer ciência. Cuida dos procedimentos, das ferramentas, dos caminhos. A finalidade da ciência é tratar a realidade teórica e praticamente. Para atingirmos tal finalidade, colocam-se vários caminhos. Disto trata a metodologia” (Demo, 1987, p. 19).

Dessa forma, a metodologia é a aplicação do método através de processos e técnicas, e constitui o procedimento, que deve seguir todo o conhecimento científico.

Assim, o conhecimento científico deve ser obtido por meio de um método que identifique as operações mentais e técnicas, que possibilitem sua verificação (Gil, 1994).

3.1 - Método de Pesquisa

O método é o caminho escolhido para alcançar determinado objetivo, assim Gil (1994) o define. E acrescenta: equivale a um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para atingir o conhecimento, também proporciona ao pesquisador meios técnicos para garantir a objetividade e a precisão do estudo.

Para Galliano (1986), método é o conjunto de etapas a serem vencidas na investigação da verdade, no estudo da ciência, ou para atingir determinado fim.

Segundo Lakatos & Marconi (1991), o método é um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que permite alcançar o objetivo traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando nas decisões do pesquisador.

Portanto, o método é o caminho para se chegar ao fim, visando atingir os objetivos do estudo. Descreve-se, a seguir, a classificação e o delineamento da pesquisa.

3.2 - Classificação da Pesquisa

3.2.1 - Quanto à Natureza da Pesquisa

Para o desenvolvimento do presente estudo será utilizada a pesquisa de natureza qualitativa, que, segundo Triviños (1995), é usada para reunir dados sobre um fenômeno que não poderá ser quantificado.

Minayo (1993) afirma que na pesquisa qualitativa não existe a necessidade de quantificar, mas de explicar os meandros das relações sociais e retratar a realidade na análise de grupos sociais.

As características básicas da pesquisa qualitativa, de acordo com Godoy (1995) são:

1. Tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental. A pesquisa será desenvolvida com o contato direto da pesquisadora com o ambiente pesquisado e a constatação dos fenômenos.

2. É descritiva. Será realizada a análise da estrutura competitiva do setor hospitalar pesquisado através da interpretação dos instrumentos de coleta de dados aplicados aos administradores hospitalares.

3. Preocupação essencial, do investigador, com o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida. A pesquisa, de maneira geral, tem a preocupação com o conhecimento que os membros do setor, participantes da pesquisa, possuem sobre o assunto estudado.

4. Utilizam o enfoque indutivo na análise de seus dados. Utilizando-se o método indutivo, analisa-se um caso particular para se chegar a um enunciado geral, de acordo com Lakatos & Marconi (1991), no método indutivo a aproximação dos fenômenos geralmente se encaminha para planos cada vez mais abrangentes, indo das constatações mais particulares as leis e teorias.

3.2.2 - Quanto aos Objetivos

Gil (1994) destaca que é possível classificar as pesquisas, com base em seus objetivos, em três grandes grupos: exploratórias, descritivas e explicativas. Para ir ao encontro dos

objetivos, esta pesquisa é classificada, como uma pesquisa descritiva, pois tem como objetivo analisar a estrutura competitiva do setor hospitalar de Cruz Alta/RS, utilizando o modelo de competitividade de Porter.

As pesquisas descritivas, para Gil (1994), têm como objetivo primordial a descrição de características de determinada população, ou fenômeno.

Para Triviños (1995), o estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Os estudos descritivos se caracterizam por (Cervo & Bervian, 1996):

1. observar, registrar e correlacionar os fatos ou fenômenos, sem manipulá-los;
2. estudar os fatos e fenômenos do mundo físico e, especialmente, do mundo humano, sem a interferência do pesquisador;
3. busca do conhecimento das diversas situações e relações, que ocorrem na vida e nos aspectos do comportamento humano, tanto de indivíduos como de grupos;
4. a pesquisa se desenvolve nas ciências humanas e sociais, abordando dados e problemas que não constem em documentos e,
5. dados que ocorram em seu *habitat* e precisem ser coletados e registrados, ordenadamente, para seu estudo propriamente dito.

3.2.3 - Quanto à Técnica

A técnica de pesquisa, que foi escolhida, é o estudo de caso, por ser mais adequado, para o presente estudo, que será desenvolvido no setor hospitalar.

Nos estudos de caso são realizados estudos profundos e exaustivos, de um ou poucos objetos, de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento. Yin (1989, p. 23) afirma que "o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas".

Essa definição, apresentada por Yin (1989, p. 23), auxilia a compreender e distinguir o método do estudo de caso de outras estratégias de pesquisa, como o método histórico e a entrevista em profundidade, o método experimental e o *survey*.

Ao comparar o método de estudo de caso com outros métodos, Yin afirma que, para definir o método a ser usado é preciso analisar as questões que são colocadas pela investigação. De modo específico, o estudo de caso é adequado para responder às questões “como” e “porque”, que são questões explicativas e tratam de relações operacionais que ocorrem ao longo do tempo, registrando-se mais do que as suas simples frequências ou incidências.

No entendimento de Ludke & André (1996), o estudo de caso é o estudo de um caso. “Seja ele simples e específico ou complexo e abstrato, é sempre bem delimitado e seus contornos são claramente definidos no desenrolar do estudo. O estudo de caso é escolhido quando se quer estudar algo singular, que tenha valor em si mesmo”.

O estudo de caso possui as seguintes características (Ludke & André, 1996):

- Visa a descoberta;
- Enfatiza a interpretação em um contexto;
- Busca retratar a realidade de forma completa e profunda;
- Usa uma variedade de fontes de informação;
- Revela experiências e permite generalizações naturalísticas;
- Procura representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes numa situação social e,
- Geralmente, utiliza uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.

O estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade, ou um caso, que se estuda profundamente. O caso pode ser similar aos outros, mas é, ao mesmo tempo, distinto, pois tem interesse próprio.

3.3 - Delineamento da Pesquisa

O delineamento da pesquisa “...refere-se ao planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, envolvendo tanto a sua diagramação quanto a previsão de análise e interpretação de dados.” (Gil, 1994, p. 70)

3.3.1 - Formulação do Problema de Pesquisa

Não existem regras rígidas para a formulação de problema de pesquisa. O que existe são recomendações baseadas na experiência de pesquisadores, que facilitam a formulação do problema. Essas principais regras práticas são: tem-se que o problema deve ser formulado na forma de pergunta, ser claro, preciso e objetivo, ser empírico, suscetível de solução e delimitado a uma dimensão viável. Entretanto, o que precisa ficar claro é que à medida que se pretenda estudar um fenômeno científico, torna-se necessário afastar os juízos de valor (Gil, 1994).

Dessa forma, o problema de pesquisa estabelecido para este estudo foi o seguinte:

Qual é a estrutura competitiva do setor hospitalar de Cruz Alta/RS?

3.3.2 - Limites da Pesquisa

Para Ludke & André (1996), é muito importante determinar o foco da pesquisa e o estabelecimento dos contornos do trabalho, pois nunca será possível explorar todos os ângulos de um fenômeno num tempo razoavelmente limitado.

As limitações mais importantes que o estudo terá são:

- O estudo estará limitado ao setor hospitalar de Cruz Alta/RS. Saliente-se que um dos hospitais recusou-se a participar da pesquisa. Em face disso, o trabalho será realizado com os demais hospitais estabelecidos no município. Estes estão citados a seguir:

- * Hospital Santa Lúcia

- * Hospital Nossa Senhora de Fátima

- * Hospital de Caridade São Vicente de Paula

- Por uma questão de ética, e a pedido dos administradores, não serão divulgados o nome dos hospitais, nem durante a análise, nem nos resultados da pesquisa. Por esse motivo, serão escolhidas letras, que representarão os hospitais, não seguindo a ordem acima, mas assim determinadas: Hospital A, Hospital B e Hospital C.

- A técnica de estudo de caso utilizada, neste estudo, levantará informações que poderão ser utilizadas por outras organizações hospitalares. Entretanto, as conclusões deste estudo não poderão ser generalizadas para todo o setor hospitalar brasileiro.
- A coleta de dados ocorrerá somente com os administradores dos hospitais, os diretores, e demais membros da administração dos hospitais, não participarão da pesquisa.
- Por se tratar de uma pesquisa descritiva, o estudo ficará limitado às percepções dos administradores entrevistados.

3.3.3 - Participantes da Pesquisa

Este trabalho será desenvolvido somente com a participação dos administradores que atuam e interferem nas organizações hospitalares e que fazem parte da estrutura administrativa. Os administradores hospitalares serão a fonte primária de dados desta pesquisa.

3.3.4 - Coleta dos dados

Cervo & Bervian (1996) afirmam que há diversas formas de coleta de dados, todas com suas vantagens e desvantagens. Na decisão do uso de uma forma, ou de outra, o pesquisador levará em conta a que mais vantagens oferecer, respeitando os objetivos da pesquisa.

De acordo com Gil (1994), pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.

Os dados, que serão utilizados nesta pesquisa, serão obtidos através do uso de questionário.

Optou-se pelo questionário, considerando-se que esse instrumento propicia maior probabilidade para alcançar os objetivos aos quais a pesquisa se propõe e, além disso, será lido e respondido diretamente pelos pesquisados, não havendo a figura do entrevistador.

A coleta de dados envolverá a formulação de um questionário, com questões que irão caracterizar o setor, e com questões referentes a estrutura competitiva do setor hospitalar, abordando as cinco forças do modelo de competitividade de Porter (1986).

O questionário contém questões que são formadas por opções de respostas dicotômicas, do tipo “Sim” ou “Não”, e questões de múltipla escolha. Cabe destacar que, entre várias questões, o respondente tem que justificar a afirmação ou a negação.

3.3.5 - Análise dos Dados

Na análise dos dados serão trabalhadas as informações obtidas com o instrumento de coleta de dados utilizado, no caso o questionário. As questões serão analisadas de acordo com o conteúdo das respostas. A análise e a interpretação dos dados será descrita nos próximos capítulos.

4 -- CARACTERIZAÇÃO DO SETOR HOSPITALAR

A caracterização do setor hospitalar de Cruz Alta/RS, apresentada neste capítulo, refere-se a três organizações hospitalares, duas que visam lucro e uma filantrópica.

4.1 - Hospitais

Para desenvolver suas atividades, o hospital depende de uma extensa divisão de trabalho entre seus integrantes e de uma estrutura organizacional complexa, abrangendo muitos departamentos e equipes, mas que depende, também, de um elaborado sistema de coordenação de tarefas e funções.

A estrutura formal dos hospitais, está dividida em três grandes áreas: médica, enfermagem e administrativa. Além disso, possuem basicamente três tipos de atendimento: o ambulatorial, a internação e a emergência. Em cada um existe uma forma e uma característica no atendimento, conforme a necessidade do paciente.

4.2 - Administração dos Hospitais

Em relação a forma de administração dos hospitais, a mesma passou por um processo de profissionalização, para que os hospitais pudessem competir no mercado. Hoje, há o administrador do hospital e duas diretorias: a técnica e a clínica. Essa mudança reflete-se na aproximação dos administradores com a direção e o corpo clínico do hospital. Os hospitais têm mais de 80 anos, e eram administrados somente pelos seus proprietários, que, em sua maioria, eram médicos. Hoje, há uma administração mais jovem, com pessoas qualificadas,

que realmente entendem do negócio. Mas, mesmo tendo profissionalizado suas administrações, os donos dos hospitais ainda continuam no comando, ocupando algum cargo de direção. Essa situação está ligada ao fato de que praticamente, todos os proprietários, ou dirigentes dos hospitais estudados, possui formação básica em medicina e ocupam a direção técnica, ou clínica, do hospital.

4.3 - Recursos Físicos

O Ministério da Saúde classifica os hospitais conforme seu porte: os hospitais são classificados como de pequeno porte quando possuem uma capacidade instalada de até 50 leitos, são considerados de médio porte quando possuem uma capacidade instalada de 51 a 150 leitos, são classificados como de grande porte quando possuem uma capacidade instalada de 151 a 500 leitos, e de porte especial com capacidade instalada acima de 500 leitos.

Os hospitais pesquisados possuem uma capacidade instalada de 330 leitos no total, como se observa na tabela 01.

Tabela 01 - N° de Leitos

	HOSP. A	HOSP. B	HOSP. C	TOTAL
N° DE LEITOS	90	113	127	330

Pode-se perceber que a estrutura do setor hospitalar pesquisado é formada por hospitais de médio porte, conforme classificação do Ministério da Saúde.

Tabela 02 - N° de Salas Cirúrgicas e de Parto

SALAS	HOSP. A	HOSP. B	HOSP.C	TOTAL
CIRÚRGICAS	02	02	04	08
PARTO	01	01	02	04
TOTAL	03	03	06	12

Quanto as salas cirúrgicas, e de parto, os hospitais possuem 11 salas, como se observa na tabela 02.

4.4 - Recursos Humanos

Para prestarem atendimento com qualidade, agilidade e segurança, os hospitais possuem 559 funcionários, no total, como mostra a tabela 03.

Tabela 03: N° de Funcionários

HOSPITAL	N° DE FUNCIONÁRIOS
HOSP. A	124
HOSP. B	205
HOSP. C	230
TOTAL	559

É interessante lembrar que os médicos, que trabalham nos hospitais, não são funcionários dos mesmos, embora exerçam, no hospital, influência em todos os níveis da organização, tendo grande autonomia em seu trabalho e autoridade profissional sobre os outros, no hospital. Os médicos são profissionais liberais que necessitam da estrutura do hospital para atenderem seus clientes. Formam o corpo clínico dos hospitais. Em Cruz Alta/RS, o corpo clínico dos hospitais é aberto, ou seja, os médicos possuem a liberdade de atenderem em qualquer um dos três hospitais instalados no município.

4.5 - Serviços

Conhecendo as necessidades da comunidade, os hospitais prestam atendimento nas mais diversas especialidades da medicina, tais como: pediatria, ginecologia e obstetrícia, dermatologia, cardiologia, neurologia, ortopedia, oftalmologia, cirurgia plástica, cirurgia torácica, gastroenterologia, nefrologia, proctologia, reumatologia, urologia entre tantas outras.

Os hospitais, além dos serviços médicos propriamente ditos, oferecem, em geral, outros serviços, conforme mostra o quadro 01.

Quadro 01 - Serviços Prestados pelos Hospitais

SERVIÇOS	HOSP. A	HOSP. B	HOSP. C
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
- Radiologia	X	X	X
- Ecografia	X	X	X
- Ecodoppler a cores	-----	X	-----
- Tomografia	-----	X	X
- Ressonância magnética	-----		X
- Mamografia	-----	X	X
TRANSPLANTES			
- Córneas	-----	X	-----
- Rins	-----	X	-----
Hemodiálise	-----	X	-----
Quimioterapia	-----	X	-----
Home care – cuidados em casa	-----	X	-----
Fisioterapia	X	X	X
Banco de sangue	X	X	X
Laboratórios	-----	X	X
Maternidade na Web	-----	X	-----
Centro de cardiologia	-----	X	-----
Centro de neurologia e neurocirurgia	-----	X	-----
Assistente social	-----	-----	X
Plantão da criança	X	-----	-----
Pronto atendimento	-----	-----	X
Pronto socorro	X	X	-----

4.6 - Recursos Financeiros

Os recursos financeiros dos hospitais pesquisados provém dos convênios, dos atendimentos particulares e do SUS. Este último disponibiliza serviços de saúde à população em geral, com acesso universal e gratuito. O governo é o principal financiador do sistema público de saúde, reembolsando os hospitais pela tabela de procedimentos do SUS, tanto os prestadores públicos como os conveniados.

Os principais convênios atendidos pelos hospitais pesquisados são:

- CORREIOS;
- PATRONAL (GEAP);
- AJURIS – Juizes de direito;

- SAÚDE BRADESCO;
- HOSPITAU;
- GOLDEN CROSS;
- SENER – SAÚDE;
- CABERGS;
- CAARS (OAB);
- PARTICULAR;
- CASSI;
- IPERGS;
- SONAE – Supermercado Nacional;
- SUL AMÉRICA;
- SUS;
- UNIMED;
- FUNCEF;
- ASSEFAZ;
- FUSEX;
- CAUZZO.

Os hospitais pesquisados são responsáveis pela realização de diversos procedimentos médicos, nas mais variadas especialidades da medicina. Portanto, a seguir, serão apresentados alguns dados referentes ao setor pesquisado.

Os quadros 02, 03 e 04 mostram a média mensal das internações ocorridas e o convênio dessas internações.

Quadro 02 - Hospital A - Internações por Convênio – Comparativo

CONVÊNIO	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	425	378	466	423	459	490	2641
UNIMED	172	156	123	101	111	132	795
PARTICULAR	21	15	32	12	28	45	153
IPE	208	200	175	132	186	154	1055
OUTROS	15	19	05	13	02	11	65
TOTAL GERAL	841	768	801	681	786	832	4709

Quadro 03 - Hospital B - Internações por Convênio – Comparativo

CONVÊNIO	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
UNIMED	223	215	261	258	198	181	1336
PARTICULAR	74	56	44	46	52	41	313
IPE	100	122	118	97	87	104	628
OUTROS	12	15	17	08	10	05	67
TOTAL GERAL	409	408	440	409	347	331	2344

Quadro 04 - Hospital C - Internações por Convênio – Comparativo

CONVÊNIO	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	675	578	666	613	623	670	3825
UNIMED	238	200	231	209	178	81	1137
PARTICULAR	52	41	40	47	35	34	249
IPE	109	84	107	109	121	168	698
OUTROS	09	05	16	03	13	15	61
TOTAL GERAL	1083	908	1060	981	970	968	5970

Os quadros 05, 06 e 07 mostram os dados referentes à procedência das internações, e o convênio que foi utilizado.

Quadro 05 - Hospital A - Procedência das Internações - Convênios x Cidades

CONVÊNIO		Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	CRUZ ALTA	302	278	321	308	351	389	1949
	OUTROS	123	100	145	115	108	101	692
	TOTAL	425	378	466	423	459	490	2641
UNIMED	CRUZ ALTA	112	98	82	89	68	75	524
	OUTROS	60	58	41	12	43	57	271
	TOTAL	172	156	123	101	111	132	795
PARTICULAR	CRUZ ALTA	09	10	13	02	16	24	74
	OUTROS	12	05	19	10	12	21	79
	TOTAL	21	15	32	12	28	45	153
IPE	CRUZ ALTA	138	112	86	45	92	63	536
	OUTROS	70	88	89	87	94	91	519
	TOTAL	208	200	175	132	186	154	1055
OUTROS	CRUZ ALTA	07	05	01	6	-----	03	22
	OUTROS	08	14	04	7	02	08	43
	TOTAL	15	19	05	13	02	11	65
TOTAL CONVÊNIO CRUZ ALTA		266	225	182	142	176	165	1156
TOTAL CONVÊNIO OUTROS		150	165	153	116	151	177	912
TOTAL GERAL CRUZ ALTA		568	503	503	450	527	554	3105
OUTROS		273	265	298	231	259	278	1604
TOTAL		841	768	801	681	786	832	4709

Quadro 06 - Hospital B - Procedência das Internações - Convênios x Cidades

CONVÊNIO		Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	CRUZ ALTA	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	OUTROS	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	TOTAL	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
UNIMED	CRUZ ALTA	145	169	148	178	112	120	872
	OUTROS	78	46	113	80	86	61	464
	TOTAL	223	215	261	258	198	181	1336
PARTICULAR	CRUZ ALTA	54	26	20	19	28	12	159
	OUTROS	20	30	24	27	24	29	154
	TOTAL	74	56	44	46	52	41	313
IPE	CRUZ ALTA	35	48	98	62	43	74	360
	OUTROS	65	74	20	35	44	30	268
	TOTAL	100	122	118	97	87	104	628
OUTROS	CRUZ ALTA	07	10	05	02	02	03	29
	OUTROS	05	05	12	06	08	02	38
	TOTAL	12	15	17	08	10	05	67
TOTAL CONVÊNIO CRUZ ALTA		241	253	271	261	185	209	1420
TOTAL CONVÊNIO OUTROS		168	155	169	148	162	122	924
TOTAL GERAL CRUZ ALTA		241	253	271	261	185	209	1420
OUTROS		168	155	169	148	162	122	924
TOTAL		409	408	440	409	347	331	2344

Quadro 07 - Hospital C - Procedência das Internações - Convênios x Cidades

CONVÊNIO		Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	CRUZ ALTA	471	354	459	489	398	399	2570
	OUTROS	204	224	207	124	225	271	1255
	TOTAL	675	578	666	613	623	670	3825
UNIMED	CRUZ ALTA	145	121	135	139	66	56	662
	OUTROS	93	79	96	70	112	25	475
	TOTAL	238	200	231	209	178	81	1137
PARTICULAR	CRUZ ALTA	22	19	15	27	18	12	113
	OUTROS	30	22	25	20	17	22	136
	TOTAL	52	41	40	47	35	34	249
IPE	CRUZ ALTA	41	36	65	56	86	98	382
	OUTROS	68	48	42	53	35	70	316
	TOTAL	109	84	107	109	121	168	698
OUTROS	CRUZ ALTA	03	02	09	----	07	06	27
	OUTROS	06	03	07	03	06	09	34
	TOTAL	09	05	16	03	13	15	61
TOTAL CONVÊNIO CRUZ ALTA		211	178	224	222	177	172	1184
TOTAL CONVÊNIO OUTROS		197	152	170	146	170	126	961
TOTAL GERAL CRUZ ALTA		682	532	683	711	575	571	3754
OUTROS		401	376	377	270	395	397	2216
TOTAL		1083	908	1060	981	970	968	5970

Os quadros 08, 09 e 10 trazem a média mensal de internações e cirurgias realizadas.

Quadro 08 - Hospital A - Internações e Cirurgias

	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05
INTERNAÇÕES	115	99	132	145	135	168
INTERNAÇÕES SUS	65	78	59	98	102	116
INTERNAÇÕES FORA DE CRUZ ALTA	58	42	69	71	85	76
CIRURGIAS	85	92	71	84	73	60

Quadro 09 - Hospital B - Internações e Cirurgias

	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05
INTERNAÇÕES	154	169	187	155	132	198
INTERNAÇÕES SUS	----	----	----	----	----	----
INTERNAÇÕES FORA DE CRUZ ALTA	86	74	68	99	85	72
CIRURGIAS	68	87	95	73	75	82

Quadro 10 - Hospital C - Internações e Cirurgias

	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05
INTERNAÇÕES	168	165	178	199	205	159
INTERNAÇÕES SUS	125	146	132	189	151	179
INTERNAÇÕES FORA DE CRUZ ALTA	78	56	63	98	78	92
CIRURGIAS	62	75	69	83	86	89

Os quadros 11, 12 e 13 trazem os procedimentos realizados no pronto socorro e pronto atendimento dos hospitais.

Quadro 11 - Hospital A - Procedimentos no Pronto Socorro

CONVÊNIO	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	46	48	36	29	31	22	212
UNIMED	11	07	02	-----	-----	15	35
IPE	12	15	08	05	16	21	77
PARTICULAR	02	01	-----	03	-----	02	08
OUTROS	03	02	05	02	03	01	16
TOTAL	74	73	51	39	50	61	348

Quadro 12 - Hospital B - Procedimentos no Pronto Socorro

CONVÊNIO	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
UNIMED	21	15	11	35	28	12	122
IPE	16	19	20	26	19	25	125
PARTICULAR	05	08	02	15	06	01	37
OUTROS	03	01	02	05	03	04	18
TOTAL	45	43	35	81	56	42	302

Quadro 13 - Hospital C - Procedimentos no Pronto Atendimento

CONVÊNIO	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	22	25	19	28	32	19	145
UNIMED	09	11	09	12	18	08	67
IPE	12	08	15	05	19	11	70
PARTICULAR	05	03	08	01	03	02	22
OUTROS	05	03	08	02	02	03	23
TOTAL	53	50	59	48	74	43	327

Os quadros 14, 15 e 16 trazem as consultas realizadas no pronto socorro e pronto atendimento dos hospitais.

Quadro 14 - Hospital A - Consultas no Pronto Socorro

CONVÊNIO	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	95	85	102	72	78	69	501
UNIMED	05	08	12	03	01	05	34
IPE	08	02	01	16	12	19	58
PARTICULAR	-----	-----	01	02	01	02	06
OUTROS	01	03	01	05	02	01	13
TOTAL	109	98	117	98	94	96	612

Quadro 15 - Hospital B - Consultas no Pronto Socorro

CONVÊNIO	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
UNIMED	25	14	36	28	12	36	151
IPE	15	12	19	08	04	01	59
PARTICULAR	01	05	03	04	08	08	29
OUTROS	04	06	03	02	04	03	22
TOTAL	45	37	61	42	28	48	261

Quadro 16 - Hospital C - Consultas no Pronto Atendimento

CONVÊNIO	Jan/05	Fev/05	Mar/05	Abr/05	Mai/05	Jun/05	TOTAL
SUS	345	458	398	463	499	503	2666
UNIMED	21	36	12	09	28	15	121
IPE	11	06	05	10	15	03	50
PARTICULAR	01	02	01	-----	-----	01	05
OUTROS	01	02	01	01	01	03	09
TOTAL	379	504	417	483	543	525	2851

5 - ANÁLISE DA ESTRUTURA COMPETITIVA

Neste capítulo são apresentados os dados coletados, através de questionário, junto às instituições hospitalares pesquisadas, com o objetivo de descrever e analisar a estrutura competitiva do setor hospitalar de Cruz Alta/RS, através da interação das cinco forças competitivas.

5.1 - Rivalidade entre os Concorrentes

A rivalidade em um setor ocorre porque os concorrentes percebem o surgimento de novas oportunidades para melhorar a sua posição no mercado, onde são utilizadas muitas táticas, como: concorrência de preços, campanhas de publicidade, introdução de produtos, aumento dos serviços ou das garantias para os clientes (Porter, 1986).

5.1.1 - Concorrentes do Hospital

Hospital A

Os principais concorrentes do Hospital A são o Hospital B e o Hospital C. Isso deve-se ao fato de que esses hospitais oferecem um número maior de serviços à comunidade e, embora passem por dificuldades financeiras, como o Hospital A está passando, conseguem investir em seus hospitais, seja inovando nos serviços, investindo em tecnologia ou oferecendo melhores instalações.

Hospital B

O Hospital B concorre, realmente, com o Hospital C. Essa concorrência se dá em termos de tecnologia, investimentos em diagnóstico por imagem e na diferenciação dos serviços oferecidos. Como o Hospital B se descredenciou do SUS, irá perder alguns serviços para o Hospital C. Entre esses serviços está a Quimioterapia e a Hemodiálise. Os concorrentes indiretos do Hospital B são os hospitais de Ijuí, de Santa Maria e de Passo Fundo. O Hospital B compete com o hospital de Ijuí na área de Oncologia, pois o Hospital B possui o serviço de Quimioterapia e o hospital de Ijuí possui serviços de Quimioterapia e de Radioterapia; com o hospital de Santa Maria compete mais na área de diagnóstico por imagem, pois em Santa Maria há um centro com equipamentos de Medicina Nuclear. Com o hospital de Passo Fundo compete na área de Cardiologia e de Neurocirurgia.

Hospital C

O Hospital C compete com o Hospital B. Segundo o administrador do Hospital C, a questão da competição, com relação à tecnologia, está próximo de terminar, uma vez que o Hospital C está adquirindo dois novos aparelhos para a área de diagnóstico por imagem, que nem o Hospital A e nem o Hospital B possuem. Além disso, como possui uma estrutura física melhor que o Hospital A, o Hospital C teve sua demanda aumentada depois do descredenciamento, pelo SUS do Hospital B e, ainda, vai tirar do Hospital B os serviços de Quimioterapia e de Hemodiálise, e de Transplantes quando estes forem realizados pelo SUS. Esses serviços ainda não estão funcionando no hospital porque os investimentos, necessários em instalações, estão sendo feitos pelo Governo Federal, mas até o início do próximo ano o Hospital estará oferecendo esses serviços. O Hospital C reconhece como seu concorrente indireto o hospital de Ijuí, pois ambos são filantrópicos e estão buscando, junto a Secretaria Estadual de Saúde do RS, a macroregião, para prestarem atendimento. Essa macroregião corresponde a mais de 108 municípios.

Análise

Pode-se perceber que os hospitais pesquisados competem diretamente entre si. Essa competição mostra-se mais acirrada entre o Hospital B e o Hospital C, pois ambos oferecem os mesmos serviços, possuem o mesmo tamanho e a mesma quantidade de recursos. Esse equilíbrio, entre os Hospitais B e C, cria uma certa instabilidade no setor, através da concorrência dos hospitais em busca de novos clientes.

5.1.2 - O Hospital Procura Diferençar seus Serviços dos Serviços dos seus Concorrentes

Hospital A

O Hospital A, afirmou procurar diferenciar seus serviços, dos serviços do concorrente , através da:

- Qualidade no atendimento.

Hospital B

O Hospital B também afirmou diferenciar seus serviços, dos do concorrente, através do:

- Atendimento personalizado;
- Tecnologia em equipamentos;
- Qualidade no atendimento.

Hospital C

O Hospital C afirmou que diferencia seus serviços, dos do concorrente, através do:

- Atendimento personalizado;
- Mão-de-obra- qualificada dos seus funcionários.

Análise

Nota-se que a forma predominante, utilizada pelos hospitais pesquisados para diferenciar seus serviços, dos serviços do concorrente, ocorre através da qualidade no atendimento – agilidade, rapidez e atenção - e do atendimento personalizado – atenção dada a cada cliente de maneira individual, e sempre que o mesmo pedir. A outra forma é o uso da tecnologia em equipamentos – principalmente nos diagnósticos por imagem, que através de exames sofisticados e modernos chega-se mais rapidamente a um diagnóstico preciso - que faz com que as pessoas procurem as instituições em busca de novos tipos de tratamento.

5.1.3 - Existem Concorrentes que Oferecem os Mesmos Serviços

Hospital A, Hospital B e Hospital C

Segundo os administradores dos hospitais pesquisados, todos os concorrentes dos hospitais, sejam eles diretos ou indiretos, oferecem os mesmos serviços. Isso confirma a existência de um grande número de hospitais que prestam os mesmos serviços, o que torna a competição mais intensa, principalmente entre os concorrentes diretos, em função de competirem com seus serviços, diretamente, no mercado em que atuam.

Análise

Os hospitais pesquisados afirmaram que todas as instituições oferecem os mesmos serviços, o que mostra a existência de um grande número de prestadores para os mesmos serviços, como exemplo: diagnóstico por imagem. Nesse exemplo, todos os hospitais, independente do porte, possuem aparelhos de raio X e de ultrassonografia, que são

considerados exames simples e utilizam pouca tecnologia, se comparados com a ressonância magnética, que é um exame não disponível em todos os hospitais. Isso torna a competição mais intensa, devido ao confronto direto, entre os hospitais, na disputa para prestar serviços no mercado. Buscou-se saber o número de concorrentes existentes, sendo que nenhum dos hospitais quantificou esse número.

5.1.4 - Serviços Diferenciados Oferecidos pelos Concorrentes, para Melhorarem sua Posição Competitiva

Hospital A

De acordo com o administrador do Hospital A, os seus concorrentes oferecem serviços com:

- Qualidade;
- Tecnologia;
- Instalações modernas.

Hospital B

Para o administrador do Hospital B, são oferecidos, pelos concorrentes, para melhorarem sua posição competitiva, serviços com:

- Qualidade;
- Tecnologia.

Hospital C

Segundo o administrador do Hospital C, os concorrentes oferecem serviços com:

- Qualidade.

Análise

Pode-se observar que os concorrentes dos hospitais pesquisados conseguem oferecer serviços diferenciados. Isso, percebe-se na qualidade com que são realizados os atendimentos aos clientes, no investimento feito em tecnologia, para trazer o que há de mais moderno, principalmente, na área de diagnóstico por imagem, que muito evoluiu nos últimos anos. Assim, a intensidade da rivalidade aumenta quando os hospitais se esforçam para aumentarem a diferenciação dos serviços no mercado, e, conseqüentemente, criar uma imagem junto aos clientes, que permita melhorarem sua posição competitiva.

5.1.5 - Estratégia Utilizada pelo Hospital, para Oferecer Serviços Competitivos

Hospital A

No Hospital A, as estratégias utilizadas, para oferecer serviços mais competitivos, são:

- Qualidade;
- Preço.

Hospital B

O Hospital B usa, como estratégia para oferecer serviços competitivos:

- Qualidade;
- Preço;
- Tradição.

Hospital C

As estratégias utilizadas pelo Hospital C, para oferecer serviços competitivos, são:

- Qualidade;
- Profissional qualificado.

Análise

Como pode ser verificado, as respostas dos administradores caracterizam a existência de diversas formas de estratégias, encontradas pelos hospitais, para tornarem seus serviços mais competitivos. A qualidade não poderia deixar de ser uma preocupação entre os administradores dos hospitalares, visto que nenhum cliente quer ser mal atendido.

É importante destacar que os hospitais apresentam diversidades estratégicas, também em relação à forma de competir com seus serviços. Embora a qualidade tenha sido citada por todos os hospitais, as estratégias de preço, tradição e profissional qualificado também encontram-se entre os meios estratégicos utilizados pelos hospitais pesquisados, caracterizando, assim, as diversas maneiras encontradas pelos administradores, para competirem.

5.1.6 - Táticas Usadas, pelos Concorrentes, para Melhorarem suas Posições

Hospital A

O Hospital A afirmou que seus concorrentes usam táticas para melhorar seu posicionamento. São elas:

- Ofertas de novos serviços;
- Propaganda.

Hospital B

Conforme o administrador do Hospital B, a tática utilizada pelos concorrentes é:

- Propaganda.

Hospital C

Segundo o administrador do Hospital C, seus concorrentes usam, como tática para melhorar suas posições:

- Propaganda;
- Serviços diferenciados.

Análise

Pode-se perceber que os concorrentes dos hospitais pesquisados buscam melhorar o seu posicionamento competitivo, indicando que, para os administradores, não serem satisfatórias suas posições competitivas. Percebe-se, através das respostas, que a intensidade da rivalidade é a forma considerada corriqueira, por Porter (1986), do uso de táticas baseadas em propagandas.

É importante ressaltar que, quando os administradores responderam a qualidade nos serviços, trataram sobre a estratégia utilizada pelos hospitais, para tornarem os serviços mais competitivos no mercado, mas quando do item sobre o que os concorrentes usam para se defenderem, responderam que se defendem com propagandas. Através do uso de propagandas em jornais, rádio e, eventualmente, na TV, é que os hospitais conseguem atingir um número maior de clientes, informando os serviços oferecidos.

5.1.7 - Existe Plano de Marketing

Hospital A

O administrador do Hospital A afirmou que o hospital possui um plano de marketing, no qual está o cadastro de clientes do hospital. Através deste cadastro, surgiu a idéia de o hospital criar um cartão para os seus clientes, sem nenhum custo para os mesmos, procurando fidelizá-los. Esse cartão oferece alguns benefícios, a mais, para os clientes que precisarem do hospital, como por exemplo: condições melhores de pagamento.

Hospital B

O administrador do Hospital B afirmou que o hospital possui um plano de marketing, e utiliza a propaganda para atrair clientes e oferecer seus serviços.

Hospital C

O administrador do Hospital C também afirmou que o hospital possui um plano de marketing, e faz uso da propaganda somente em um jornal e somente em um programa de rádio.

Análise

Os administradores responderam de maneira afirmativa possuem um plano de marketing. Então, direcionou-se uma outra questão, para verificar qual a forma usada. Essa forma pode ser verificada nas respostas dos administradores, que mostra ser a preocupação central com a utilização da propaganda. Segundo os administradores dos Hospitais B e C, as propagandas no Hospital B são feitas em rádio, jornais e, eventualmente, na TV, por ser muito caro; e o Hospital C faz propaganda somente no jornal de maior circulação no município e

região, e também somente em um programa de rádio, que possui uma audiência muito alta, tanto no município como na região. É através do uso da propaganda, que os hospitais podem expandir a demanda, ou aumentarem o nível de diferenciação dos serviços no setor, com benefícios para todos os hospitais.

5.1.8 - Crescimento do Número de Atendimentos

Hospital A

Para o administrador do Hospital A, o número de atendimentos aumentou entre 5% e 10%, durante o último ano. Isso deve-se ao descredenciamento do Hospital B do SUS, e da implantação do cartão do hospital.

Hospital B

Segundo o administrador do Hospital B, o aumento do número de atendimentos também ficou entre 5% e 10%, no último ano.

Hospital C

O administrador do Hospital C afirmou que o número de atendimentos aumentou mais de 10%, no último ano.

Análise

Pode-se perceber que o aumento do número de atendimentos, no setor, não foi muito elevado, no último ano. Esse crescimento lento transforma a concorrência em um jogo muito mais instável, em busca de parcelas maiores de mercado, para os hospitais que procurem

expansão, como é o caso do Hospital C, que teve um crescimento um pouco maior. Esse crescimento do Hospital C aconteceu não só em virtude do descredenciamento do Hospital B do SUS, mas, principalmente, em decorrência de estar se destacando como referência em diagnóstico por imagem, no município e região.

5.1.9 - Acompanhar o Desempenho dos Concorrentes

Hospital A

O Hospital A acompanha o desempenho dos concorrentes através de:

- Investimento em tecnologia;
- Investimento em instalações;
- Convênios.

Hospital B

O Hospital B acompanha o desempenho dos concorrentes através de:

- Investimento em tecnologia;
- Investimento em instalações;
- Oferta de novos serviços.

Hospital C

O Hospital C acompanha o desempenho dos concorrentes através de:

- Oferta de novos serviços;
- Convênios.

Análise

Quando questionados se o hospital acompanha o desempenho dos concorrentes no mercado, verificou-se que todos os hospitais pesquisados o fazem. Afirmaram que acompanham o desempenho de seus concorrentes através do investimento em tecnologia (aquisição de novos equipamentos ou novos tipos de procedimentos médico-ambulatoriais), instalações (quartos novos), convênios (quantidade de convênios atendidos e aumento do número de atendimentos) e oferta de novos serviços.

5.1.10 - Disputa por Grupos de Clientes e Percentual de Atendimentos desses Grupos

Hospital A

O Hospital A disputa todos os grupos de clientes com seus concorrentes. No Hospital A, 30% dos atendimentos são de clientes que possuem plano de saúde, 10% de clientes que pagam atendimento particular e 60% são clientes que não pagam.

Hospital B

O Hospital B disputa, com os seus concorrentes, clientes que possuam plano de saúde e clientes que pagam atendimento particular. No Hospital B, 80% dos atendimentos são de clientes que possuem plano de saúde, e 20% de clientes que pagam atendimento particular.

Hospital C

O Hospital C disputa clientes que possuam plano de saúde e clientes que paguem particular. Para o administrador do Hospital C, o cliente que não paga, procura, naturalmente, o hospital, pois não há opções de escolha. No Hospital C, 75% dos atendimentos são de

clientes que não pagam, 20% de clientes que possuem plano de saúde e 5% de clientes que pagam atendimento particular.

Análise

Pode notar que os hospitais disputam clientes que possuam planos de saúde e clientes que paguem atendimento particular. Isso deve-se ao fato de que o número de clientes que possuem plano de saúde é maior do que o número de clientes que pagam atendimento particular. E, também, pelo fato de vir, desses dois grupos de clientes, uma receita um pouco mais significativa, pois os clientes que não pagam pelo atendimento são clientes SUS, então, quem paga os hospitais é o Governo Federal, através da tabela de procedimentos do SUS, tabela esta que paga pouco aos hospitais e também atrasa os pagamentos em mais de sessenta (60) dias. Pode-se citar, como exemplo, o valor de uma consulta, paga pelo SUS a um médico credenciado neste sistema, ser de R\$ 23,00. Para o hospital, o SUS paga R\$ 48,00, por uma diária.

5.1.11 - Disputa por Planos de Saúde e Percentual de Atendimento por Plano de Saúde

Hospital A

O Hospital A disputa, com os seus concorrentes, clientes de qualquer plano de saúde, mas a disputa é maior por clientes da Unimed e do Ipê. No Hospital A, os clientes Unimed representam 20% dos atendimentos, os clientes Ipê 20%, o SUS 50% e 10% são divididos entre os demais convênios.

Hospital B

O Hospital B disputa clientes de todos os planos de saúde, com exceção do SUS, do qual está descredenciado, mas a disputa é principalmente por clientes da Unimed e Ipê. No

Hospital B, os clientes Unimed representam 70% dos atendimentos, o Ipê 20% e os 10% restantes ficam divididos entre os demais convênios atendidos pelo hospital.

Hospital C

O Hospital C disputa clientes de todos os planos de saúde, sem exceção. No Hospital C, 75% dos atendimentos são SUS, 20% são clientes Unimed e Ipê, e os 5% restantes são de outros convênios

Análise

Observa-se que os planos mais disputados, pelos hospitais, são a Unimed e o Ipê. Isso deve-se ao fato de que as pessoas possuidoras desses planos representem um grande volume dos atendimentos. Além disso, a Unimed e o Ipê possuem uma tabela de pagamento, para os hospitais considerada “satisfatória”, se for comparada com a tabela do SUS. O hospital recebe, pela internação de um paciente da Unimed, R\$ 70,00 de diária, enquanto que o médico recebe em média R\$ 40,00 por uma consulta. A Unimed, e outros convênios, com menor volume de atendimento, conseguem pagar os hospitais nas datas combinadas. O Ipê, até há um tempo também conseguia pagar em dia os prestadores de serviços, mas já há alguns meses vem atrasando os repasses para os hospitais. No caso, do Ipê, um médico recebe em média R\$ 15,00 por uma consulta, e o hospital R\$ 35,00 por diária de paciente do Ipê.

5.1.12 - Oferta de Serviços Modernos e com Tecnologia

Hospital A

Segundo o administrador do Hospital A, o hospital não está com uma situação financeira muito boa, devido a muitas crises que o hospital vem enfrentando nos últimos anos. Dessa forma, o Hospital A não está conseguindo fazer nenhum tipo de investimento, e nem está conseguindo oferecer novos serviços.

Hospital B

O Hospital B procura oferecer serviços modernos e com tecnologia e, sempre que possível, procura sair na frente de seus concorrentes. Como exemplo, cita o serviço de maternidade virtual, que no momento do nascimento dos bebês, e nas primeiras horas de vida, são feitas fotos do recém nascido, que são entregues à família em um CD-Rom. Além disso, as pessoas que quiserem conhecer o bebê, antes de ele ir embora, mas não querem ir até o hospital, podem acessar o site do hospital, na *internet*, onde ficam disponíveis todas as informações sobre o bebê.

Hospital C

O Hospital C procura fazer investimentos sempre que possível. Ultimamente tem investido em equipamentos para diagnóstico por imagem.

Análise

Pode-se observar que a oferta de serviços modernos, e com tecnologia, aumenta os custos fixos do hospital e intensifica a instabilidade da rivalidade. No caso dos hospitais pesquisados, a oferta de serviços modernos, e com tecnologia, é encontrada nos Hospitais B e C, que procuram focar seus investimentos em aparelhos e equipamentos de última geração. O Hospital A, nos últimos anos, não tem conseguido oferecer novos serviços, em virtude de não possuir recursos financeiros disponíveis para tais investimentos.

Análise da Força

No estudo da força competitiva rivalidade entre os concorrentes, verificou-se que os hospitais pesquisados competem diretamente entre si, uma vez que há muitos concorrentes oferecendo os mesmos serviços. Isso torna a competição mais intensa, principalmente entre os concorrentes diretos.

Notou-se, também, que a intensidade da rivalidade aumenta quando os hospitais aumentam a diferenciação de seus serviços. Além disso, os hospitais usam estratégias de qualidade, preço, tradição e qualificação profissional, para tornarem seus serviços mais competitivos.

Verificou-se que o número de atendimentos, no setor, não foi muito elevado no último ano. Esse crescimento, lento, transforma a concorrência em um jogo muito mais instável, em busca de parcelas maiores de mercado.

Finalmente, pode-se perceber que a oferta de novos serviços, e com tecnologia, intensifica a instabilidade da rivalidade.

5.2 - Ameaça de Novos Entrantes

Porter (1991) afirma que, quando uma organização entra para um setor, espera ganhar uma parcela de mercado e recursos substanciais. Como resultado, pode-se prever uma queda na rentabilidade, devido à redução dos preços, ou da elevação dos custos das organizações atuantes no setor.

5.2.1 - Instituições/Empresas Interessadas em Investir no Setor

Hospital A

O Hospital A, segundo seu administrador, desconhece que haja instituições/empresas interessadas em investir no setor.

Hospital B

O administrador do Hospital B não conhece interessados em investir no setor.

Hospital C

Para o administrador Hospital C, não há demanda para um novo hospital.

Análise

Verificou-se que os hospitais não conhecem instituições/empresas interessadas em investir no setor pesquisado, portanto não temem a entrada de novas instituições/empresas que queiram competir com os hospitais já instalados. No caso dos hospitais pesquisados, o que poderia acontecer seria a Unimed abrir um hospital, seu, no município, como já fez em outras cidades do Estado, como Caxias do Sul e no município vizinho de Ijuí.

5.2.2 - Principal Atrativo do Setor

Hospital A

De acordo, com o administrador do Hospital A, para uma nova instituição/empresa instalar-se no setor, esta seria atraída pela localização do município.

Hospital B

Para o administrador do Hospital B, o principal atrativo seria a localização do município.

Hospital C

Para o administrador do Hospital C, não há nenhum atrativo no mercado.

Análise

Observa-se que o atrativo do setor seria a localização do município de Cruz Alta/RS, uma vez que está rodeado por cidades vizinhas, menores, mas que possuem poucos recursos em seus hospitais, em termos de unidade de tratamento intensivo, diagnóstico por imagem e, até mesmo, sofrem com a falta de algumas especialidades no município. Isso faz com que a demanda dos hospitais pesquisados aumente consideravelmente. Constitui-se em um fator chave para o sucesso, não sendo, assim, uma barreira para que uma nova empresa/instituição queira instalar-se no setor pesquisado.

5.2.3 - Formar Parcerias com Novas Instituições

Hospital A

O administrador do Hospital A afirmou que não formaria uma parceria com outra instituição.

Hospital B

O administrador do Hospital B não sente necessidade de formar parcerias.

Hospital C

O administrador do Hospital C não tem nenhum interesse em parcerias.

Análise

Observou-se os hospitais não terem interesse em formar parcerias. A formação de uma parceria poderia conduzir um concorrente fraco a uma posição mais favorável, ou fortaleceria, ainda mais, um concorrente mais poderoso. No caso do Hospital A, que já há algum tempo vem passando por sérias dificuldades financeiras, a formação de uma parceria, com uma outra instituição, acabaria por fortalecê-lo, levando o mesmo a uma posição melhor no mercado em que atua.

5.2.4 - Táticas para Inibir a Entrada de Novas Instituições

Hospital A

O Hospital A usa, como tática para inibir a entrada de novas instituições:

- Qualidade no atendimento;
- Diferenciação dos serviços.

Hospital B

Para o administrador do Hospital B, o hospital usa, como tática:

- Investimentos em tecnologia;
- Qualidade;
- Diferenciação dos serviços.

Hospital C

O Hospital C não utiliza nenhuma tática. Para essa instituição, o mercado já está saturado e não existe ameaça.

Análise

Como visto anteriormente, na questão 5.2.1, os hospitais acreditam não existir ameaça de entrada de novas instituições no mercado em que atuam. Mas, mesmo assim, usam táticas como: qualidade no atendimento e a diferenciação dos serviços, para se defenderem da entrada de novas instituições/empresas interessadas em investir no setor. Segundo os administradores, usam essas táticas para não serem surpreendidos e estarem preparados para enfrentar novos concorrentes, se os mesmos surgirem.

5.2.5 - Prestar Serviços com Qualidade e Custos Baixos como Barreira de Entrada

Hospital A

Conforme o administrador do Hospital A, trabalhar com custos baixos é praticamente impossível, no setor hospitalar, mas a questão da qualidade pode ser considerada uma barreira se o cliente conseguir percebê-la.

Hospital B

O administrador do Hospital B acredita, que qualidade pode servir como barreira, mas custos baixos não existe no setor hospitalar, pois não se sabe durante quanto tempo o cliente ficará internado.

Hospital C

Para o administrador do Hospital C, qualidade pode ser considerada uma barreira, mas custos baixos não serve de barreira de entrada, pois o hospital presta serviços com qualidade e com custo alto.

Análise

Verificou-se que os hospitais consideram a qualidade como barreira de entrada, quando o cliente consegue perceber a qualidade oferecida no atendimento, nas instalações, na alimentação, na higiene e limpeza, e em muitos outros aspectos, além de ter suas necessidades satisfeitas. Mas, não consideram custos baixos como barreira, mas os custos altos, porque no setor hospitalar é praticamente impossível trabalhar com custos baixos, tudo é muito caro. Isso fica evidente na manutenção dos equipamentos médicos, necessários ao atendimento dos clientes, nos gastos com água, luz, mão-de-obra, entre tantos outros.

Análise da Força

No estudo da força competitiva ameaça de novos entrantes, verificou-se que os hospitais desconhecem a existência de empresas/instituições interessadas em investir no setor.

Observou-se que a localização do município de Cruz Alta/RS seria o principal atrativo do setor, para empresas/instituições se instalarem no município, não sendo, assim, uma barreira de entrada.

Notou-se que os hospitais não acreditam na entrada de novas empresas/instituições, no setor, mas, mesmo assim, usam táticas para se defenderem, tais como: qualidade no atendimento e a diferenciação nos serviços.

Os hospitais consideram a qualidade e os custos altos do setor como uma barreira de entrada para outras empresas/instituições.

5.3 - Clientes

Porter (1986) tenta mostrar que, dependendo da sua situação no mercado, os grupos de clientes podem exercer pressão em relação à redução dos preços, barganhando por melhor qualidade, ou mais serviços, e jogando os concorrentes uns contra os outros, bem como da importância relativa de suas compras, em comparação com seus negócios totais.

5.3.1 - Clientes do Hospital

Hospital A

Os clientes do Hospital A são os que possuem planos de saúde, os que pagam atendimento particular e os que não pagam (SUS). O hospital não enfoca nenhum grupo de clientes em especial. Mas admite que os clientes com planos de saúde, e os que pagam particular, são os que conseguem fazer com que o hospital tenha uma receita um pouco melhor.

Hospital B

O Hospital B, depois que se descredenciou do SUS, porque não lhe trazia nenhuma lucratividade, passou a focar dois grupos de clientes: os que possuem planos de saúde e os que pagam atendimento particular. Esses dois grupos de clientes remuneram melhor os serviços do hospital. Então, o hospital passou a investir mais em propaganda e na diferenciação de seus serviços, para atrair clientes desses dois grupos.

Hospital C

Assim como o Hospital A, o Hospital C atende a todos os grupos de clientes, independente do convênio. Mas procura, através de propaganda e da diferenciação dos serviços, atrair um número maior de clientes de planos de saúde e clientes que pagam particular, pois, para a saúde financeira do hospital, esses dois grupos de clientes são melhores.

Análise

Nota-se que os Hospitais A e C atendem a todos os grupos de clientes, mas admitem que buscam clientes que possuam convênios e paguem atendimento particular, para melhorarem suas receitas, uma vez que o SUS remunera muito mal os hospitais conveniados. Quanto ao Hospital B, o mesmo não atende clientes que não pagam, pelo fato de ter-se descredenciado do SUS e estar enfocando grupos de clientes que tenham melhores condições de remunerar os serviços oferecidos pelo hospital, que são os que possuem plano de saúde e os que pagam atendimento particular.

5.3.2 - Os Clientes Conseguem Vantagens no Momento da Negociação

Hospital A

No Hospital A, o cliente que possuir o cartão do hospital conseguirá algumas vantagens a mais do que os outros clientes, tais como: descontos entre 5% e 10% à vista; preços e prazos (uma entrada e mais duas parcelas, ou uma entrada e mais três parcelas) nos pagamentos pelos procedimentos.

Hospital B

No Hospital B, o cliente consegue negociação nos preços e prazos. O cliente pode dar uma entrada e parcelar o restante em até mais duas vezes, ou um pequeno desconto à vista no valor devido.

Hospital C

No Hospital C, a negociação também é flexível e o cliente consegue desconto, ou prazo para pagamento no momento da negociação.

Análise

Buscou-se saber qual é o poder que os clientes possuem para conseguirem algum tipo de vantagem nas negociações junto aos hospitais. Essa informação permite avaliar a capacidade que os clientes possuem para influenciar a competitividade do setor.

Segundo os hospitais pesquisados, os administradores responderam que seus clientes, os que pagam atendimento particular, conseguem barganhar reduções de preços, parcelamento, e até descontos sobre os preços cobrados. Observa-se que as reduções de preços e prazos são pequenos e pouco significativos. Essa redução, conseguida pelos clientes, reflete o poder de barganha que os mesmos possuem. Com relação aos clientes que possuem planos de saúde, não barganham descontos ou prazos, pois os planos trabalham com uma tabela pré-fixada de valores para cada procedimento, ou internação, que será paga aos hospitais. Nesse caso, a negociação acontece entre os planos de saúde e os hospitais. E nesse caso o poder de barganha é maior por parte dos clientes, os planos de saúde, que estabelecem os valores a serem pagos para os hospitais.

5.3.3 - Principal Cliente do Hospital (Convênios), por Ordem de Importância

Hospital A

Os principais clientes do Hospital A, por ordem de importância, são:

1. Unimed;
2. IPE;
3. SUS.

Hospital B

No Hospital B, os clientes mais importantes são:

1. Unimed;

2. IPE.

Hospital C

No Hospital C, os clientes mais importantes são:

1. Unimed;
2. IPÊ;
3. SUS.

Análise

Observa-se que o principal cliente convênio dos hospitais é a Unimed, seguido do IPE, isto deve-se ao fato de uma grande parcela da população possuir estes planos de saúde, e de a Unimed ser um convênio muito forte, pois praticamente todos os médicos, de todas as especialidades, com raríssimas exceções, atendem por esse convênio. Então, isso aumenta a importância desses planos, nos resultados do hospital. Planos que possuam um grande número de conveniados, como a Unimed, são particularmente poderosos se o setor se caracterizar por custos fixos altos, como é o caso do setor hospitalar, então aumenta o interesse dos hospitais em tê-los como clientes, no sentido de manterem sua capacidade de atendimento sempre funcionando, passando a ter algum lucro na quantidade atendida.

5.3.4 - Estratégias para Conquistar Clientes

Hospital A

O Hospital A usa como estratégia, para conquistar clientes:

- Qualidade;
- Preços e prazos.

Hospital B

O Hospital B, usa como estratégia, para conquistar clientes:

- Propaganda;
- Tecnologia;
- Qualidade.

Hospital C

O Hospital C usa como estratégia:

- Propaganda;
- Qualidade;
- Atendimento médico;
- Instalações.

Análise

Como descrito na análise da questão 5.2.5, quando a qualidade é percebida pelos clientes, e os mesmos se sentem satisfeitos com os serviços dos hospitais, estes clientes acabam trazendo mais clientes, pois contam, para outras pessoas, o quanto foram bem atendidos em determinada instituição, e recomendam a mesma para familiares e amigos. Com relação à propaganda, os hospitais usam essa estratégia porque, para eles, é a maneira mais fácil, rápida, e até barata, de atrair clientes, pois a propaganda, quando é bem feita, acaba chamando a atenção dos clientes para os serviços que são oferecidos pelos hospitais.

5.3.5 - De onde são os Clientes, e o Percentual de Clientes Atendidos

Hospital A

Os clientes do Hospital A são, em sua grande maioria, de Cruz Alta, cerca de 75%, e de municípios vizinhos, cerca de 25%.

Hospital B

No Hospital B, os clientes de Cruz Alta representam 55% dos atendimentos, e em torno de 40% dos atendimentos são de municípios vizinhos, e os 5% restantes são de clientes de outras regiões.

Hospital C

O Hospital C recebe clientes de Cruz Alta, de municípios vizinhos e de outras regiões do estado, também. No Hospital C, cerca de 50% dos atendimentos são de Cruz Alta, 30% de municípios vizinhos e 20% de clientes de outras regiões do estado.

Análise

Verificou-se que a maioria dos atendimentos realizados, pelos hospitais pesquisados, conforme dados citados na caracterização do setor, são de clientes do próprio município de Cruz Alta/RS, cerca de 60% dos atendimentos, e os clientes vindos de municípios vizinhos, 40%, totalizando, assim, 100% dos atendimentos entre Cruz Alta/RS.

5.3.6 - Inovações

Hospital A

As inovações feitas no Hospital A, nos últimos anos, foram:

- Recepção;
- Portaria;
- Cozinha.

Hospital B

O Hospital B inovou, nos últimos anos:

- Recepção;
- Portaria;
- Serviço de andares.

Hospital C

O Hospital C, nos últimos anos, inovou:

- Recepção;
- Portaria;
- Serviço de andares;
- Cozinha.

Análise

A realização de investimentos em inovações constitui um fator para a análise da movimentação competitiva. Se os rivais estão, constantemente, buscando novas formas de melhorarem sua prestação de serviços, seja para diferenciarem seus serviços, ou, simplesmente, para ganharem mais clientes, através da redução de custos fixos, verifica-se que o jogo competitivo, entre os hospitais, está acirrado. As respostas deixam claro que os hospitais estão buscando novas formas de se posicionarem, no mercado, através de investimentos em inovações.

Sabendo que os hospitais realizam movimentos competitivos, tornou-se necessário verificar em que áreas estão sendo realizados tais inovações. As respostas permitem verificar que as inovações aconteceram na recepção e portaria (mudanças de horário de visitas; quantidade de pessoas que podem ficar no quarto, para visitar pacientes; encaminhamento de baixas hospitalares; etc.), na cozinha (novos horários para as refeições; refeição para acompanhante, se o mesmo quiser; etc.) e nos serviços de andares. Nota-se que tais inovações aconteceram em áreas nas quais não foi necessário grandes investimentos financeiros.

5.3.7 - Onde o Hospital busca Informações para Inovar

Hospital A

O Hospital A busca informações, para inovar, no:

- Contato com os clientes;
- Contato com a universidade;
- Revistas e jornais.

Hospital B

No hospital B serve-se de fonte de informação, para inovações:

- Contato com os clientes;
- Participação em congressos;
- Consultorias.

Hospital C

O Hospital C busca informações em:

- Feiras;
- Congressos.

Análise

Pode-se observar que os hospitais buscam informações, para inovar: no contato com clientes; através do uso de caixa de sugestões, ou mesmo em conversas informais dentro do hospital, onde os clientes sugerem o que deve ser melhorado, ou o que está faltando, de acordo com a opinião deles; através da assinatura de jornais e revistas especializados, lidos pelos diretores e administradores; através da participação dos dirigentes em feiras e congressos e, também, com a contratação de consultorias especializadas na área hospitalar. O que dificulta as inovações é a falta de recursos financeiros, que não são suficientes para inovarem, sempre que necessário.

5.3.8 - Informar os Clientes

Hospital A

De acordo com o administrador do Hospital A, os clientes são informados, sobre os serviços oferecidos, através de propagandas e no momento em que o cliente chega ao hospital.

Hospital B

No Hospital B, as propagandas informam os clientes dos serviços oferecidos. Até um tempo atrás, o hospital tentou trabalhar com um material em formato de *folder*, que eram distribuídos nos consultórios médicos, e continham informações sobre os serviços oferecidos. Mas como havia um custo muito alto para manter essa “propaganda”, foi deixada de lado.

Hospital C

Segundo o administrador do Hospital C, para que os clientes sejam melhor informados, tem que ser através da televisão, até porque possui uma abrangência maior. Mas como os custos são muito altos, pouco ou nada se investe. Então, informar os clientes tornar-se mais difícil.

Análise

Percebeu-se que as informações que os clientes possuem são poucas, porque são informados dos serviços oferecidos pelos hospitais somente no momento em que precisam ficar internados uma vez que, ninguém vai visitar um hospital para saber que serviços ele oferece. Além disso, quando as pessoas indicam o hospital a familiares, ou amigos, citam somente os serviços que utilizaram, e, muitas vezes, ficam em dúvida sobre a existência de outros serviços naquela instituição. Isso mostra que, quando os clientes tem total informação, possuem, em geral, mais poder para a negociação do que quando a informação é deficiente. Com informação total, o cliente fica em uma posição melhor para negociar.

5.3.9 - Clientes Exigentes

Hospital A

Os clientes do Hospital A são exigentes com relação a:

- Qualidade no atendimento.

Hospital B

No hospital B, os clientes exigem:

- Rapidez e agilidade no atendimento;
- Mão-de-obra qualificada (enfermagem);
- Higiene e limpeza.

Hospital C

No hospital C, as exigências mais comuns são:

- Qualidade;
- Instalações;
- Atendimento médico;
- Qualificação da mão-de-obra (enfermagem).

Análise

Os hospitais afirmaram que seus clientes são exigentes em vários aspectos, tais como: qualidade no atendimento (rapidez e agilidade); a qualificação da mão-de-obra, neste caso,

enfermeira, técnicos em enfermagem, que mantêm um contato direto com os clientes; a higiene e limpeza das instalações, para evitar contaminações e infecções hospitalares e manter o ambiente agradável e o próprio atendimento médico (atenção, competência, rapidez). Essas exigências, feitas pelos clientes, podem afetar o desempenho dos hospitais do setor, quando não são notadas pelos mesmos.

5.3.10 - Fixação da Marca

Hospital A

O Hospital A investe na fixação de sua marca através de propaganda em jornais e no rádio.

Hospital B

O Hospital B investe em propaganda no jornal e no rádio, e, eventualmente, na televisão e, também investe em publicidade em torno do nome do hospital.

Hospital C

Para o hospital C, sua marca já está fixada.

Análise

Percebeu-se que os Hospitais A e B investem, permanentemente, na fixação de suas marcas, com o objetivo de atraírem mais clientes, e para serem lembrados, pelos mesmos, quando estes necessitarem usar os serviços dos hospitais. Nota-se que somente o Hospital C não investe na fixação de sua marca, porque, conforme o seu administrador, a mesma já está

fixada. Ele atribui esta fixação ao fato de o hospital, desde a sua fundação, ser conhecido como “hospital dos pobres”, pois sempre atendeu pessoas que não podiam pagar. Hoje, essa realidade não é muito diferente, o cliente que não puder pagar procura, naturalmente, o hospital.

5.3.11 - Fidelidade dos Clientes

Hospital A

Para o Hospital A, entre 11% e 30%, de seus clientes, são fiéis aos seus serviços, e a expectativa para o próximo ano é de que esse número aumente.

Hospital B

Para o Hospital B, mais de 50% dos seus clientes são fiéis.

Hospital C

No Hospital C, também mais de 50% dos seus clientes são fiéis.

Análise

Os hospitais afirmaram que seus clientes são fiéis aos serviços que o hospital oferta no mercado. Essa questão também abordava qual o grau de fidelidade dos clientes. O Hospital A considera que, entre 11% e 30% dos seus clientes, são fiéis aos seus serviços, e com a introdução do cartão fidelidade, que traz benefícios aos usuários, e nenhum custo, o hospital espera que, para o próximo ano, esse número chegue a 50% de fidelidade. Os Hospitais B e C

consideram que 50% dos seus clientes são fiéis. Isso deve-se ao fato de oferecerem serviços diversificados e com qualidade.

Análise da Força

No estudo da força competitiva poder de barganha dos clientes, verificou-se que, nos hospitais pesquisados, os clientes que pagam atendimento particular possuem poder de barganha, pois conseguem reduções de preços (através de descontos) e prazos. Com relação aos clientes planos de saúde, estes possuem um elevado poder de barganha, pois fixam seus preços através de tabelas e as entregam aos hospitais.

Observou-se que, para conquistarem um número maior de clientes, os hospitais usam, como estratégia, qualidade e propaganda. A realização de inovações para melhorarem sua prestação de serviços, diferenciar seus serviços, ou ganhar mais clientes, mostra que o jogo competitivo, entre os hospitais, está acirrado.

5.4 - Fornecedores

Os fornecedores de um setor representam uma ameaça ao elevarem os seus preços, ou reduzirem a qualidade dos bens e serviços fornecidos. Caso os fornecedores estejam concentrados, estes podem comprometer a rentabilidade do setor, quando esta não consegue repassar os aumentos de custos em seus preços. A atuação dessas forças é um tanto quanto significativa, uma vez que direcionam a concorrência do setor, e determinam a rentabilidade do mesmo (Porter, 1986).

5.4.1 - Fornecedores do Hospital, e de Onde São

Hospital A, Hospital B e Hospital C

A maior parte dos materiais hospitalares, e medicamentos utilizados pelos hospitais, de Cruz Alta, provém de representantes de material médico-hospitalar e de distribuidoras de medicamentos.

Em relação ao fornecimento desses materiais, e medicamentos, para os referidos hospitais, 90% dos fornecedores estão localizados no Rio Grande do Sul e, os 10% restantes são de fornecedores de fora do estado.

Análise

Percebe-se que a maioria dos fornecedores dos hospitais estão localizados no estado do RS, devido a proximidade, a facilidade de acesso e ao fato de os custos com transporte serem menores, em relação a materiais comprados de outros fornecedores localizados fora do estado. Isso, deve-se ao fato de que os grandes laboratórios e fabricantes de medicamentos e material hospitalar, possuem distribuidores próprios, ou terceirizados, espalhados em pontos estratégicos do país. No estado do RS, esses distribuidores não estão localizados somente na capital do estado, mas também em cidades maiores do interior do estado, o que facilita o fornecimento de medicamentos e material hospitalar às instituições, que, na sua totalidade, trabalham com estoques mínimos, em função dos custos dos mesmos.

5.4.2 O Hospital Consegue Alguma Vantagem na Hora de Negociar com os Fornecedores

Hospital A

Na maioria das vezes não consegue vantagens nas negociações, pois possui muitas dívidas com seus fornecedores.

Hospital B

Não é fácil negociar com fornecedores. Na maioria das vezes, não há vantagens, o preço dos materiais e medicamentos são altos, e o que se consegue é um prazo para pagar as compras, que também não é muito longo.

Hospital C

Não há muita vantagens. Os fornecedores trabalham, praticamente, com os mesmos preços, segundo o administrador, o que pode mudar, um pouco, são as formas de pagamento..

Análise

Os administradores, dos hospitais pesquisados não conseguem obter vantagens na hora de negociar com os fornecedores. Isso deve-se ao fato que os fornecedores trabalham, praticamente, com a mesma tabela de preços, com as mesmas formas de pagamento e com os mesmos índices de desconto, com todos os hospitais. Conforme os administradores, os fornecedores trabalham na forma de cartéis, isso caracteriza o alto poder de barganha dos fornecedores neste setor.

5.4.3 - Repasse do Aumento de Preço dos Fornecedores para os Clientes

Hospital A

O Hospital A não consegue repassar o aumento dos preços dos fornecedores para seus clientes. Isso, tem levado o hospital a passar por crises frequentes e, além disso, o SUS e o Ipê têm atrasado os repasses de dinheiro, piorando, ainda mais, a situação.

Hospital B

O Hospital B está repassando, ainda, uma pequena parte dos aumentos dos preços dos fornecedores, aos clientes. O hospital tem arcado com o restante dos aumentos.

Hospital C

O Hospital C não repassa os aumentos aos clientes, arca com todos os custos. Além disso, a tabela do SUS, seu maior cliente, está defasada, o que gera um *déficit* operacional muito alto.

Análise

Nenhum dos hospitais pesquisados consegue repassar o aumento de preço dos fornecedores, para seus clientes. A frequência com que os fornecedores aumentam o preço de seus medicamentos e material hospitalar, e os índices de reajustes, tornam o repasse, dos hospitais, para seus clientes, inviável. Dessa maneira, as diferenças são pagas pelos próprios hospitais, que arcam com todos os custos, o que leva à redução de seus lucros. Além disso, os reajustes das tabela dos convênios são feitas anualmente e com base na inflação do período, e não com base nos reajustes dos fornecedores. Isso mostra o elevado poder de barganha dos últimos.

5.4.4 - Aumento de Preço Reduz Qualidade dos Produtos

Hospital A

Não. Dificilmente isso acontece, e se acontece, muda-se o fornecedor.

Hospital B

Não, pois o hospital não trabalha com material de qualidade inferior.

Hospital C

Não, o hospital não trabalha com material de baixa qualidade.

Análise

Os hospitais dependem dos fornecedores de materiais hospitalares e de medicamentos, para trabalhar. Se os preços aumentarem, ou se a qualidade diminuir, a capacidade do hospital, de continuar funcionando, pode ser ameaçada. Isso dificilmente acontece com os hospitais que compram medicamentos e material hospitalar de fornecedores sérios, e com muitos anos de experiência na área. Além disso, os preços aumentam, mas dificilmente cai a qualidade dos mesmos, por se tratar de um mercado muito competitivo e com altos investimentos tecnológicos, cada fornecedor quer vender o melhor e mais moderno.

5.4.5 - Política de Relacionamento com Fornecedores

Hospital A, Hospital B e Hospital C

Os hospitais não possuem nenhum tipo de política de relacionamento com seus fornecedores. Tais políticas não trazem nenhum tipo de vantagem aos hospitais.

Análise

Os hospitais não possuem nenhum tipo de política, com seus fornecedores, para enfrentarem as dificuldades que surgem no ambiente instável em que estão inseridas estas instituições. Embora haja alguns hospitais que possuem políticas com seus fornecedores, principalmente para enfrentarem crises financeiras, os fornecedores passam a ajudar os hospitais, financeiramente, até que os mesmos tenham condições de se manterem sozinhos no mercado, novamente. Nesses casos, os fornecedores sempre levam vantagens, as quais não foram citadas pelos administradores.

5.4.6 - Os Fornecedores Cobram Preços Diferenciados dos Hospitais

Hospital A, Hospital B e Hospital C

Segundo os administradores, os fornecedores não cobram preços diferenciados.

Análise

Os fornecedores não cobram preços diferentes dos clientes. O que acontece de diferente, nas negociações entre os hospitais e os fornecedores, refere-se ao volume de medicamento, ou material hospitalar comprado por cada hospital, o valor da compra e como

cada hospital irá pagar. O hospital, que estiver pagando corretamente seus fornecedores, tentará barganhar um desconto, ou um prazo maior para pagamento; os que estão em débito, com os fornecedores, acabam renegociando a dívida já existente e conseguem continuar comprando desses fornecedores.

5.4.7 - Fatores para Escolher Fornecedores

Hospital A

Para escolher seus fornecedores, o Hospital A leva em consideração:

- Qualidade;
- Preços e prazos;
- Pontualidade na entrega das compras.

Hospital B

O Hospital B leva em consideração:

- Qualidade;
- Preços e prazos.

Hospital C

O Hospital C leva em consideração:

- Qualidade;
- Preços e prazos.

Análise

Os hospitais usam alguns critérios para escolher seus fornecedores, tais como: a qualidade do produto, que será comprado e usado pelos seus clientes, os quais deverão solucionar os problemas de saúde dos mesmos; os preços cobrados pelos produtos e prazos de pagamento e a pontualidade da entrega das compras, são considerados importantes pelos hospitais, já que a disponibilidade de medicamento e material hospitalar, dentro do hospital, é muito importante para o hospital bem atender seus clientes.

5.4.8 - Contrato de Exclusividade com Fornecedores

Hospital A, Hospital B e Hospital C

No momento, nenhum hospital pesquisado possui nenhum contrato de exclusividade. O hospital C tinha, até pouco tempo, um contrato de exclusividade com a White Martins, mas cancelou o mesmo.

Análise

Os hospitais pesquisados não possuem contrato de exclusividade com seus fornecedores, isso dá mais liberdade, aos hospitais, no momento de pesquisarem preços e, principalmente, conseguir prazos para pagar suas compras. Além disso, contratos de exclusividade, para o fornecimento de medicamentos e material hospitalar, nunca trouxe nenhum tipo de vantagem para os hospitais pesquisados.

5.4.9 - Parcerias com os Fornecedores

Hospital A

O Hospital A não possui nenhum tipo de parceria com nenhum fornecedor.

Hospital B

O Hospital B também não possui nenhum tipo de parceria com seus fornecedores.

Hospital C

O acordo que o Hospital C possui com fornecedores, refere-se às dívidas contraídas anteriormente, e que ainda não foram integralmente pagas. O hospital continua comprando material desses fornecedores, desde que pague uma parte da dívida contraída anteriormente, e uma parte da dívida atual.

Análise

Os hospitais pesquisados não possuem nenhum tipo de parceria com seus fornecedores. Muitas propostas já foram feitas pelos mesmos, aos hospitais, mas estes não aceitam, porque, para eles, não traria nenhum tipo de vantagem ou benefício. No final, essas parcerias acabam beneficiando mais os fornecedores do que os próprios hospitais.

5.4.10 - Negociar Preço e Prazo com os Fornecedores, Levando em Consideração a Quantidade Comprada

Hospital A, Hospital B e Hospital C

Os fornecedores não levam em consideração a quantidade comprada, porque os hospitais trabalham com estoques mínimos, e quando é urgente comprar algum material, ou medicamento, a demora, para chegar o material, ou medicamento, não ultrapassa 12 horas, uma vez que a maioria dos fornecedores estão localizados no estado do Rio Grande do Sul.

Análise

Os fornecedores não levam em consideração a quantidade comprada, para negociarem preços e prazos de pagamento, isto porque os hospitais trabalham com estoques mínimos e, conseqüentemente, compram em pequenas quantidades. Outro tipo de compra muito freqüente, nos hospitais, são as compras de materiais cirúrgicos descartáveis, muito utilizados em cirurgias do aparelho digestivo e de intestino. Esses materiais possuem vários modelos e tamanhos, e são usados conforme o caso de cada paciente. Então, no momento em que a cirurgia é marcada, esses materiais são comprados de acordo com a quantidade que o médico irá usar.

5.4.11 - Importância dos Hospitais para os Fornecedores

Hospital A, Hospital B e Hospital C

Para os administradores, seus hospitais são considerados muito importantes para os fornecedores.

Análise

Os hospitais são clientes importantes para os fornecedores, uma vez que estes investem, diretamente, em pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos e materiais hospitalares. Como exemplo, pode-se citar um tipo de curativo que não necessite ser trocado diariamente, e que foi testado em um dos hospitais pesquisados. Esse tipo de curativo traz economia ao hospital e dá mais segurança ao paciente, que não mais tem suas incisões expostas, protegendo-se de contaminações, e até de infecções hospitalares..

5.4.12 - Relacionamento do Hospital com os Fornecedores

Hospital A, Hospital B e Hospital C

O relacionamento dos hospitais, com seus fornecedores, é considerado bom, pelos administradores.

Análise

Os hospitais possuem um bom relacionamento com os fornecedores. Embora muitas vezes os hospitais não consigam honrar seus compromissos, isso não atrapalha o relacionamento dos mesmos, pois, para poderem funcionar e desempenhar seu trabalho, os hospitais precisam de seus fornecedores e vice-versa, uma vez que os hospitais são um canal de distribuição muito importante para que seus produtos cheguem até o consumidor final, o cliente.

5.4.13 - O Hospital Muda de Fornecedor com Frequência

Hospital A, Hospital B e Hospital C

Os hospitais pesquisados não mudam, com frequência, seus fornecedores.

Análise

Os hospitais não mudam, com frequência, de fornecedores. Isso deve-se ao fato de os hospitais já possuírem um cadastro com o nome de todos os seus fornecedores. Além disso, os hospitais já conhecem a maneira de negociar com seus fornecedores, e o que podem conseguir em termos de preços e prazos

Análise da Força

No estudo da força competitiva poder de barganha dos fornecedores, verificou-se que os hospitais não conseguem nenhum tipo de vantagem na hora de negociar.

Observou-se que os hospitais não conseguem repassar o aumento de preço dos fornecedores, para seus clientes. Notou-se, também, que os fornecedores exercem grande influência no setor, pois estão constantemente investindo em pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos e materiais hospitalares.

5.5 - Serviços Substitutos

Conforme Porter (1986, p. 39), “todas as organizações em um setor estão competindo, em termos amplos, com organizações que fabricam produtos substitutos. Os substitutos reduzem as taxas de retorno dos investimentos de um setor, à medida que forçam os preços que as organizações podem fixar como lucro”.

Análise da Força

No estudo da força competitiva serviços substitutos, verificou-se que o avanço tecnológico e o alto grau de especialização ocorridos na medicina moderna trouxeram alterações fundamentais no mercado de prestação de serviços de saúde, e aumentaram, significativamente, os custos da assistência médica. O que dificulta a sobrevivência dos hospitais.

O desenvolvimento de novas técnicas, e de novos equipamentos, leva a uma crescente utilização de recursos sofisticados, por número cada vez maior de interessados. Esse aumento na demanda tem, uma de suas origens, na própria divulgação pelos meios de comunicação de massa – rádio, jornal, televisão - que contribui para que a população conheça novas técnicas e as procure cada vez mais. Por outro lado, existe uma inevitável tendência a uma redução na oferta de serviços, devido ao fato de os custos estarem cada vez mais elevados.

Toda a tecnologia modernamente aplicada à área de saúde, embora altamente eficiente, fez com que houvesse um aumento dos custos de atendimento da saúde. A solução para buscar o equilíbrio, entre a demanda e a oferta, está na racionalização do uso de todos os recursos disponíveis, a fim de que toda a população possa ter acesso a elas.

No caso específico, do setor hospitalar, o desenvolvimento tecnológico, na área médica, possui características bem específicas: são acumulativas, ou seja, tomográficos não substituem aparelhos de raio X, somam-se a eles no auxílio ao diagnóstico. O uso da tecnologia, no setor hospitalar, trouxe mudanças significativas no que diz respeito ao crescimento do número de atendimentos e à velocidade com que os diagnósticos e atendimentos são realizados, tornando ágil o serviço do hospital, e aumentando as ofertas de serviços.

Deve-se destacar, também, que o desenvolvimento tecnológico não leva os hospitais a substituírem, integralmente, os serviços já existentes, mas somam-se a estes serviços.

5.6 - Estratégias Competitivas Genéricas

Depois de caracterizar o setor hospitalar de Cruz Alta/RS, e descrever e analisar a sua estrutura competitiva, torna-se importante identificar e analisar as estratégias competitivas

utilizadas pelas instituições hospitalares, a fim de criar uma posição de defesa para enfrentar, com sucesso, as cinco forças competitivas.

As estratégias adotadas, pelos hospitais de Cruz Alta/RS, são: estratégia de diferenciação dos serviços e estratégia de enfoque.

5.6.1 - Estratégia de Diferenciação dos Serviços

A estratégia de diferenciação constitui uma das estratégias mais eficazes para vencer os concorrentes de um setor. Essa estratégia pode ser utilizada pelas instituições hospitalares, levando as mesmas a alcançarem vantagens competitivas significativas “para atrair” novos clientes. A pesquisa mostrou que os hospitais pesquisados procuram diferenciar os serviços oferecidos à população, com o objetivo de superar seus concorrentes.

Análise

Mesmo possuindo uma diversificação na oferta de serviços, como mostrado no quadro 01, os hospitais pesquisados possuem concorrentes que oferecem os mesmos serviços que os seus. Dessa forma, diferenciar os serviços constitui uma boa estratégia, para enfrentar os concorrentes de maneira eficaz, principalmente seus concorrentes.

Diferenciar os serviços pode assumir diversas formas, dependendo de cada instituição hospitalar. Porém, no caso específico das instituições hospitalares estudadas, a maneira encontrada, para diferenciar os serviços, foi através do atendimento personalizado, tecnologia em equipamentos e qualidade no atendimento, e, também, através das inovações realizadas nos últimos anos. Em relação à diferenciação dos serviços, relativos ao atendimento personalizado e qualidade no atendimento, somente o Hospital C revelou fazer investimentos em seus recursos humanos, sendo esse o seu maior diferencial.

Percebeu-se que as instituições hospitalares pesquisadas, procuram diferenciar seus serviços a fim de obterem vantagem competitiva, e o uso da estratégia de diferenciação, nos serviços, é realmente percebida nos Hospitais A e C.

5.6.2 - Estratégia de Enfoque

A estratégia de enfoque visa a atender um alvo determinado, que pode ser um grupo comprador, um segmento de prestação de serviços ou um mercado geográfico.

Análise

A análise, das três instituições pesquisadas, mostra que duas das instituições não enfocam nenhum grupo específico de clientes, ou seja, atendem a todos os grupos, enquanto que o Hospital B atende somente grupos de clientes com plano de saúde e os clientes que pagam atendimento particular. Esses dados caracterizam um enfoque no atendimento de clientes das classes A e B, os quais possuem condições de pagar um convênio, uma vez que este remunera melhor o hospital.

A análise do setor, mostra, ainda, que em média 70% dos clientes atendidos são do município de Cruz Alta/RS, e os 30% restantes são clientes vindos de municípios vizinhos. Esses dados caracterizam um enfoque de atendimento para Cruz Alta/RS e região.

As instituições hospitalares pesquisadas possuem um enfoque de prestação de serviços no mesmo mercado geográfico, e o uso da estratégia de enfoque é percebida no Hospital B, que enfoca seu atendimento para clientes que possuam plano de saúde ou que paguem atendimento particular.

6 - CONCLUSÕES

As conclusões da pesquisa, que teve como objetivo principal analisar a estrutura competitiva do setor hospitalar de Cruz Alta/RS, utilizando o modelo de competitividade de Porter (1986) são:

No que se refere à força competitiva, da rivalidade existente entre os concorrentes, pode-se concluir que:

- Existe uma intensa rivalidade entre os hospitais do setor, sendo que todos se classificam como hospitais de médio porte e apresentam uma oferta diversificada de serviços, distribuídas entre os três hospitais pesquisados.

- Os três hospitais pesquisados prestam os mesmos serviços. Isso torna a competição mais intensa, devido ao confronto direto entre os mesmos, na disputa para prestar serviços no mercado.

- A rivalidade existente, entre os concorrentes, assume a forma de batalha de propaganda.

- Destaca-se ser através do uso da propaganda que os hospitais buscam expandir a demanda, ou aumentarem o nível de diferenciação dos serviços no setor, com benefícios para todos os hospitais.

- O aumento do número de atendimentos, no setor, não foi muito elevado. Este crescimento, lento, transforma a concorrência em um jogo muito mais instável, em busca de parcelas maiores de mercado, pelos hospitais que procuram expansão (Hospital C).

Em relação a ameaça de novos entrantes no setor hospitalar, notou-se que o mesmo não apresenta barreiras à entrada.

- Os hospitais não conhecem instituições interessadas em investir no setor hospitalar pesquisado. Então, não existe ameaça.

- Observa-se que o atrativo do setor seria a localização do município de Cruz Alta/RS, mas isto não se constitui em uma barreira de entrada.

- Os hospitais não conhecem nenhuma instituição/empresa interessado em entrar no setor, mas mesmo assim utilizam-se de táticas para criarem barreiras de entrada.

- Os hospitais consideram barreira de entrada a qualidade, mas custos baixos, para eles, não é barreira, pois trabalham com custos altos.

No que tange a força competitiva poder de barganha dos clientes, conclui-se que:

- Os clientes que pagam atendimento hospitalar possuem poder de barganha. Com relação aos clientes que possuem planos de saúde, onde a negociação acontece entre os planos de saúde e os hospitais, o poder de barganha é maior.

- O jogo competitivo, entre os hospitais, é acirrado. As respostas deixam claro que os hospitais estão buscando novas formas de se posicionarem no mercado, através de investimentos em inovações.

- As informações que os clientes possuem são poucas. Isso mostra que, quando os clientes têm total informação, eles possuem, em geral, mais poder para a negociação do que quando a informação é deficiente. Com informação total, o cliente fica em uma melhor posição para negociar.

Com relação à força competitiva poder de barganha dos fornecedores, pode-se concluir que:

- A localização dos fornecedores, em relação aos hospitais, não constitui um fator decisivo na competitividade do setor.

- Os hospitais pesquisados não conseguem obter vantagens na hora de negociar com os fornecedores. Isso reflete o alto poder de barganha dos fornecedores.

- Nenhum dos hospitais pesquisados consegue repassar o aumento de preço dos fornecedores para seus clientes, demonstrando o elevado poder de barganha dos fornecedores.

- Os fornecedores não cobram preços diferentes dos clientes, de acordo com diferenças no valor criado para cada um deles.

- Os hospitais são clientes importantes para os fornecedores, uma vez que os fornecedores estão diretamente ligados ao setor hospitalar, e prestam assistência em atividades como pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos e materiais, exercendo, dessa forma, influência no setor.

No que se refere à força competitiva serviços substitutos, pode-se concluir que:

- O desenvolvimento tecnológico não leva os hospitais a substituírem, integralmente, os serviços já existentes.

Verificou-se que as estratégias utilizadas, pelos hospitais, para se defenderem das cinco forças competitivas, são: estratégia de diferenciação de serviços e estratégia de enfoque.

No que se refere à estratégia de diferenciação de serviços, pode-se concluir que:

- Os Hospitais B e C a utilizam a estratégia de diferenciação, mas a mesma é facilmente percebida principalmente no Hospital C que procura diferenciar mais seus serviços.

No que se refere à estratégia de enfoque, pode-se concluir que:

- O Hospital B é o único hospital que utiliza a estratégia de enfoque, a mesma é percebida no enfoque que o hospital dá ao atendimento de clientes que possuem planos de saúde ou que pagam atendimento particular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAKER, David. **A Administração estratégica de mercado**. Porto Alegre: Bookman, 2000.
- ALMEIDA, Teófilo R. R. *Perspectivas de sobrevivência do hospital*. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, n.5/6, p.104-113, maio/jun. 1983.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. **A regulamentação do setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2000.
- BATEMAN, Thomas S. e SNELL, Scott. **A administração; construindo vantagem competitiva**. São Paulo: Atlas, 1998.
- BETHLEM, Agrícola de S. **Estratégia empresarial; conceito, processo e administração estratégica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- BORBA, Valdir Ribeiro. **Planejamento empresarial hospitalar**. São Paulo: Cedas, 1989.
- BRAGA, José Carlos S. & PAULA, Sérgio G. **Saúde e previdência – estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1981.
- BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em www.planalto.gov.br Acesso em 04.ago.2005.
- CELESTINO, Paulo. *Nó de normas*. In: **Notícias Hospitalares: gestão de saúde em debate**. Out/Nov, 2002, n. 39, ano 4. Disponível em <<http://www.noticiashospitalares.com.br/out2002/pgs/capa.htm>>. Acesso em 04.ago.2005.
- CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1996.
- COUTINHO, Luciano; FERRAZ, João Carlos. **Estudo da competitividade da indústria brasileira**. 2. ed. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1994.
- DAFT, Richard L. **Organizações; teorias e projetos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

DAY, George S., REIBSTEIN, David J. **A dinâmica da estratégia competitiva.** Rio de Janeiro: Campus, 1999.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

DRUCKER, Peter. **The age of social transformation.** New York: Atlantic, 1994.

_____ **Administração de organizações sem fins lucrativos; princípios e práticas.** São Paulo: Pioneira, 1995.

FERRAZ, João Carlos; KUPFER, David; HAGUENAUER, Lia. **Made in Brazil: desafios competitivos para a indústria.** Rio de Janeiro: Campus, 1997.

FISCHER, Rosa Maria. **O desafio da colaboração; práticas de responsabilidade social entre empresas e terceiro setor.** São Paulo: Gente, 2002.

GALLIANO, A Guilherme. **O método científico; teoria e prática.** São Paulo: Harbra, 1986.

GERSDORFF, Ralph C. J. Von. *A contabilidade de custos no Brasil; qual seria um sistema prático, simples, eficaz?* **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n.33, p.34-46, 1980.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1994.

GHEMAWAT, Pankaj. **A estratégia e o cenário dos negócios: textos e casos.** Porto Alegre: Bokman, 2000.

GODOY, Arilda Schmidt. *Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades.* **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.2, p.57-63, mar/abr. 1995.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **O hospital e a visão administrativa contemporânea.** São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios, 1989.

GONÇALVES, Marcio Augusto; TEIXEIRA, Luiz Antonio Antunes; GONÇALVES, Antonio Artur de Souza. **Gestão estratégica de informação baseada em custos; um estudo aplicado no setor de serviços.** Foz do Iguaçu: ENANPAD, 1998.

HENDERSON, Bruce D. *As origens da estratégia.* In: MONTGOMERY, Cynthia A.; PORTER, Michael E. (Orgs.). **Estratégia; a busca da vantagem competitiva.** Rio de Janeiro: Campus, 1998. p. 3-9.

KISIL, Marcos. *Organização social e desenvolvimento sustentável: projetos de base comunitária.* **Artigo**, 1997.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing; análise, planejamento, implementação e controle.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1998.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. **Metodologia científica.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEVITT, Theodore. **Third Sector; nem tactics for a responsive society.** EUA: Harvard University, 1973.

LUDKE, Menga. ANDRÉ, Marli. **Pesquisa qualitativa em educação; abordagens.** São Paulo: EPU, 1996.

MACHLINE, C. et al. **O hospital e a visão administrativa contemporânea.** São Paulo: Pioneira, 1983.

MEDICI, André César & MARQUES, Rosa Maria. *Sistemas de custo como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde.* **Cadernos Fundap.** Rio de Janeiro: FGV, p.47-59, jan./abr. 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRANS, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico.** Porto Alegre: Bookman, 2000

MINTZBERG, Henry; AHLSTRANS, Bruce; LAMPEL, Joseph; QUINN, J. B. **O processo da estratégia.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

MIRSHAWKA, Victor. **Hospital: fui bem atendido.** São Paulo: Makron Books, 1994

O' BRIEN, James A. **Sistemas de informações e as decisões gerenciais na era da internet.** São Paulo: Saraiva, 2003.

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

_____. **A vantagem competitiva das nações.** Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. **Vantagem competitiva; criando e sustentando um desenvolvimento superior.** 4 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

_____. *A hora da estratégia.* **Revista HSM Management,** São Paulo, v.1, n.5, p.7- 10, nov./dez. 1997.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, Gary. *A competência essencial da organização.* In: MONTGOMERY, Cynthia A; PORTER, Michael E. (Orgs.). **Estratégia: a busca da vantagem competitiva.** Rio de Janeiro: Campus, 1998, p. 293-316.

QUADROS, Newton. *A gestão compartilhada.* In: **Notícias Hospitalares: gestão de saúde em debate.** Out/Nov, 2002, n. 39, ano 4. Disponível em <http://www.noticiashospitales.com.br/out2002/pgs/administração.htm> Acesso em 04.ago.2005.

ROBBINS, Stephen P. **Administração: mudanças e perspectivas.** São Paulo: Saraiva, 2003.

ROCCHI, Carlos Antonio de. *Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares*. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n. 41, p.19-27, 1982.

SALAMON, Lester. **Estratégias para o fortalecimento do terceiro setor**. Conferencia proferida durante o III Encontro Ibero-Americano para o Terceiro Setor. Rio de Janeiro, 1996.

STONER, J.^aF.; FREEMAN, R.E. **Administração**. 5.ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1996.

TACHIZAWA, Takeshy e REZENDE, Wilson. **Estratégia empresarial; tendências e desafios – um enfoque na realidade brasileira**. São Paulo: Makron Books, 2000.

THOMPSON JR, Arthur A.; STRICKLAND III, A. J. **Planejamento estratégico; elaboração, implementação e execução**. São Paulo: Pioneira, 2002.

TORRES, Norberto A **competitividade empresarial com a tecnologia de informação**. São Paulo: Makron Books, 1995.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

VIEIRA, M. M. F. e OLIVEIRA, L. M. B. **Administração contemporânea**. São Paulo: Atlas, 1999.

YIN, Robert K. **Case study research; design and methods**. California: Sage, 1989.

ZACCARELLI, Sergio Baptista. *A nova ideologia da competição*. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.1, p.14-21, Jan./Fev.1995.

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO EM NÍVEL DE MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTRATÉGIA E COMPETIVIDADE

**QUESTIONÁRIO REFERENTE À ANÁLISE DA ESTRUTURA DO SETOR
HOSPITALAR DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA/RS.**

CARACTERIZAÇÃO

1. Data de fundação do hospital.
2. Porte/Tamanho.
3. Número de leitos e nº de leitos UTI.
4. Número de salas cirúrgicas e de salas de parto.
5. Número de funcionários.
6. Especialidades médicas atendidas.
7. Principais serviços oferecidos.
8. Principais convênios atendidos.
9. Número de atendimentos do hospital (média mensal).
10. Mercado geográfico atendido pelo hospital.

RIVALIDADE ENTRE OS CONCORRENTES

11. Quem são os concorrentes do hospital?

Diretos

Indiretos

1.

1.

2.

2.

3.

3.

12. O hospital procura diferenciar seus serviços dos serviços prestados pelos seus concorrentes?

Sim Não

Se sua resposta foi sim, como?

Atendimento personalizado Tecnologia em equipamentos

Qualidade no atendimento Pronto Atendimento

Outros. Qual (is)? _____

13. Existem, no mercado, concorrentes oferecendo os mesmos serviços que o hospital oferece?

Sim Não

Se sua resposta foi sim, quantos? _____

14. Quais os serviços diferenciados, oferecidos pelos hospitais concorrentes, para melhorarem sua posição competitiva em relação ao seu hospital?

Qualidade Atendimento personalizado

Tecnologia Instalações modernas

Outros. Qual (is)? _____

15. Qual a estratégia utilizada, pelo hospital, para tornar seus serviços mais competitivos no mercado?

Preço Tradição Atendimento

Qualidade Marca Outro. Qual? _____

16. Os seus concorrentes usam alguma tática para melhorarem seu posicionamento, em relação ao seu hospital?

Sim Não

Se sua resposta foi sim, qual(is) tática(s), abaixo, são usada(s):

Guerra de preços

Oferta de novos serviços

Serviços diferenciados

Propagandas (rádio, TV, jornal)

Outros. Quais? _____

17. Existe algum plano de marketing no hospital?

Sim Não

Se sua resposta foi sim, qual das alternativas abaixo o hospital possui:

Política de preços e prazos Plano de oferta de novos serviços

Cadastro de clientes Propaganda em TV, rádio, jornal

Outro. Qual? _____

18. Houve um crescimento, no número de atendimentos realizados pelo hospital, no último ano?

Sim Não

Se sua resposta foi sim, quanto aumentou?

1% a 3% 5% a 10%

3% a 5% Outro. Qual? _____

19. O hospital acompanha o desempenho dos seus concorrentes?

Sim Não

Se sua resposta foi sim, como?

Investimentos em tecnologia Oferta de novos serviços

Investimentos em instalações Aumento de mão-de-obra especializada

Preços Convênios

Outro. Qual? _____

20. O hospital disputa, com os concorrentes, que grupo de cliente?

Clientes que possuem planos de saúde

Clientes que pagam atendimento particular

Clientes que não pagam (SUS)

Outro. Qual? _____

21. Qual o percentual de atendimento de cada grupo de cliente?

_____ % de clientes que possuem plano de saúde

_____ % de clientes que pagam atendimento particular

_____ % de clientes que não pagam (SUS)

_____ % outro. Qual? _____

22. O hospital disputa, com os concorrentes, clientes de qual plano de saúde?

() Unimed () SUS () Fusex

() Ipê () Cauzzo () Cassi

() Outro. Qual? _____

23. Qual o percentual de atendimento de clientes de cada plano de saúde?

_____ % Unimed _____ % SUS _____ % Fusex

_____ % Ipê _____ % Cauzzo _____ % Cassi

_____ % Outro. Qual? _____

24. O hospital procura oferecer novos serviços, que sejam mais modernos e com tecnologia de ponta aos clientes?

() Sim () Não

Se sua resposta foi sim, quais são os serviços? _____

AMEAÇA DE NOVOS ENTRANTES

25. Existe outras instituições/empresas interessadas em investir no setor hospitalar estudado?

() Sim () Não

Se sua resposta foi sim, quem são?

() Operadoras de planos de saúde

() Cooperativa de médicos

() Clínicas com atendimento especializado

() Outras. Qual? _____

26. Qual o principal atrativo, do mercado, para outras instituições/empresas que queiram entrar no setor estudado?

Taxa de crescimento de atendimentos

Localização geográfica do município

Alta lucratividade do setor estudado

Outras. Quais? _____

27. O hospital formaria uma parceria com uma nova instituição, para não perder mercado?

Sim

Não

Por quê? _____

28. Quais as táticas que o hospital utiliza para inibir a entrada de novas instituições no setor?

Investimento em tecnologia

Oferta de novos serviços

Qualidade no atendimento

Pacotes promocionais

Preço baixo

Investimento em instalações

Diferenciação dos serviços existentes Outra. Qual? _____

29. Oferecer serviços com qualidade e custos baixos chega a ser uma barreira para evitar que outras instituições prestem o mesmo tipo de serviços?

Sim

Não

Por quê? _____

CLIENTES

30. Quem são os clientes do hospital?

Clientes que possuem planos de saúde

Clientes que pagam atendimento particular

Clientes que não pagam (atendimento SUS)

Todos citados acima

31. Os clientes do hospital conseguem obter algum tipo de vantagem no momento da negociação?

Sim

Não

Se sua resposta foi sim, qual a vantagem? _____

Se sua resposta for não, por quê? _____

32. Enumere, por ordem de importância, entre os planos de saúde (convênios), qual é o principal cliente do hospital?

- () Unimed () Futex () Cauzzo
 () Ipê () Golden Cross () SUS
 () Cassi () Bradesco Saúde () Outro. Qual? _____

33. Que estratégias são utilizadas, pelo hospital, para conquistar os clientes?

- () Propaganda () Tecnologia () Instalações
 () Qualidade () Preços e prazos () Marca
 () Atendimento () Outras. Qual (is)? _____

34. De maneira geral, de onde são seus clientes?

- () De Cruz Alta
 () De municípios vizinhos
 () De outras regiões do estado do RS
 () De outros estados

35. Qual o percentual de clientes atendidos:

- _____ % de Cruz Alta
 _____ % de municípios vizinhos
 _____ % de outras regiões do estado do RS
 _____ % de outros estados

36. O hospital procura inovar para atender as necessidades dos seus clientes?

- () Sim () Não

Se sua resposta foi sim, quais as inovações feitas nos últimos anos?

Hospedagem

De que maneira? _____

40. De que forma o hospital procura investir na fixação de sua marca junto aos seus clientes?

Publicidade em torno do nome do hospital – institucional

Publicidade dos serviços oferecidos

Política de preços

Rádio, TV, jornais, internet

Outros. Qual(is)? _____

41. Os clientes de seu hospital são fiéis aos seus serviços, ou seja, não trocam de hospital com frequência?

Sim

Não

Se sua resposta for sim, qual o grau de fidelidade?

Menos de 10%

De 11 a 30%

De 31 a 50%

Mais de 50%

FORNECEDORES

42. Quem são os fornecedores do hospital?

43. De onde são os seus fornecedores?

Do estado do RS

De fora do estado do RS

44. O hospital consegue obter algum tipo de vantagem, no momento da negociação, com os fornecedores?

Sim

Não

Se sua resposta foi sim, qual a vantagem? _____

Se sua resposta foi não, por quê? _____

45. O hospital consegue repassar os aumentos de preços dos fornecedores para os clientes, cobrindo, assim, os custos com os serviços prestados?

Sim

Não

Por quê? _____

46. Os fornecedores do hospital, ao elevarem os preços dos seus produtos, também reduzem a qualidade dos mesmos?

Sim Não

Por quê? _____

47. O hospital possui políticas de relacionamento junto aos seus fornecedores para sustentarem sua capacidade de atendimento, principalmente em períodos em que o hospital possui poucos recursos financeiros?

Sim Não

Se sua resposta foi sim, qual é a política? _____

48. Os fornecedores cobram, dos hospitais, preços diferentes, de acordo com o grau de importância de cada um?

Sim Não

Por quê? _____

49. Que fatores contribuem para o hospital escolher seus fornecedores?

Qualidade dos produtos.

Preços e prazos de pagamentos.

Marca

Pontualidade na entrega dos produtos.

Outros. Qual (is)? _____

50. O hospital possui algum contrato de exclusividade com algum fornecedor?

Sim Não

Se sua resposta foi sim, que tipo de contrato? _____

51. O hospital possui algum tipo de parceria com seus fornecedores?

Sim Não

Se sua resposta foi sim, que tipo de parceria? _____

52. Os fornecedores do hospital negociam preços e prazos, levando em consideração a quantidade de produto comprado?

Sim Não

Por quê? _____

53. Os fornecedores consideram o seu hospital um cliente:

Muito Importante Importante Pouco Importante

Por quê? _____

54. Como é o relacionamento do hospital com os fornecedores?

Ótimo Muito Bom Bom

55. O hospital muda de fornecedores com frequência?

Sim Não

Se sua resposta foi sim, por quê? _____