

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**Sugestão de Modelo de Sistema de Gestão para Hospital
Privado**

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UFPE
PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE
POR

GILENO FERRAZ JÚNIOR

Orientadora: Prof.^a Denise Dumke de Medeiros, Docteur

RECIFE, AGOSTO / 2008

F381s

Ferraz Júnior, Gileno

Sugestão de modelo de sistema de gestão para hospital privado / Gileno Ferraz Júnior. – Recife: O Autor, 2008.
xii, 116 f.; il., grafs., tabs.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2008.

Inclui Referências Bibliográficas.

1. Engenharia de Produção. 2. Estratégia. 3. Medidas de Desempenho. 4. Sistema de Gestão. 5. Planejamento Estratégico. I. Título.

658.5 CDD (22.ed.)

UFPE/BCTG/2008-179



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA
DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO PROFISSIONAL DE

GILENO FERRAZ JÚNIOR

**“SUGESTÃO DE MODELO DE SISTEMA DE GESTÃO PARA HOSPITAL
PRIVADO”**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GERÊNCIA DA PRODUÇÃO

A comissão examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do(a) primeiro(a), considera o candidato GILENO FERRAZ JÚNIOR **APROVADO**.

Recife, 20 de agosto de 2008.

Profª. DENISE DUMKE DE MEDEIROS, Docteur (UFPE)

Profª. LUCIANA HAZIN ALENCAR, Doutor (UFPE)

Prof. PEDRO ANDRÉ CARVALHO ROSAS, PhD (UFPE)

“Os fatores tradicionais de produção – terra, mão-de-obra e até dinheiro, pela sua mobilidade – não mais garantem vantagem competitiva a uma nação em particular. Ao invés disto, o gerenciamento tornou-se o fator decisivo de produção.”

Peter F. Druker (1992)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os colegas, com os quais tive oportunidade de dividir as dúvidas e desafios.

Ao Grupo Fernandes Vieira, nas pessoas de Juliana Vieira, Bruno Vieira e Eustácio Vieira Filho, que possibilitaram a realização deste trabalho.

A todos os professores, com os quais tive oportunidade de desenvolver e aprimorar visões e conhecimentos, que tenho certeza, colaboraram para o meu crescimento profissional.

Agradeço aos Professores Luciana Hazin e João Pedro Rosas, pela generosidade de suas avaliações e pelas sugestões e críticas que contribuíram para a melhoria da dissertação.

A Professora Denise Dumke de Medeiros um agradecimento triplo, enquanto excelente professora em duas disciplinas, orientadora habilidosa e profissional, e amiga, pelo apoio nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Gileno Ferraz (*in memoriam*) e Jacilda Machado Ferraz, devo tudo; com eles aprendi a importância da dedicação aos estudos, da perseverança para conquista de nossas metas e a importância da gratidão.

A minha esposa, Adriana, e filhos, Iago e Igor, pelo apoio e compreensão durante esta jornada; o apoio recebido foi fundamental para me dar tranquilidade e força para enfrentar as dificuldades.

Agradeço a Deus por tudo de bom e por sempre iluminar o meu caminho.

RESUMO

O Setor de Saúde, em especial de serviços Hospitalares, tem se mostrado de alta competitividade e com grandes desafios para a sobrevivência e crescimento. A busca pela qualidade, redução de custos, fidelização de clientes, ampliação do mercado de atuação está cada vez mais em pauta nos Hospitais. Este trabalho tem como objetivo principal sugerir um modelo de gestão, que promova o alinhamento estratégico de todo o Hospital, capacitando-o para ampliar sua condição de destaque no mercado e explorar novas atividades de negócio. O Modelo sugerido está suportado por diversos Métodos e Conceitos, adaptando um modelo já praticado no Canadá, visando sugerir um processo com facilidade e flexibilidade de implantação, com resultados relativamente rápidos. Este trabalho também objetiva mostrar o modelo na prática, demonstrando os primeiros resultados alcançados pelo Hospital. A necessidade de envolvimento e entendimento de cada gestor, do Nível Estratégico ao Nível Operacional, é uma exigência para a efetiva implantação do modelo, bem como a implantação da rotina de controle mensal, de verificação dos indicadores de desempenho, é que garantirão o real sucesso do Modelo.

Palavras-chave: estratégia, medidas de desempenho, sistema de gestão, planejamento estratégico.

ABSTRACT

The Health Care Sector, Hospital services in particular, has proven of high competitiveness and with great challenges to the survival and growth. The quest for quality, cost reduction, customer loyalty, expanding the market is increasingly in staff in hospitals. This paper aims to suggest a major management model that promotes the strategic alignment of the entire hospital, enabling it to broaden its focus condition of the market and explore new business activities. The suggested model is supported by various methods and concepts, adapting model already practiced in Canada, seeking to suggest a process with ease and flexibility of deployment, with relatively quick results. This work also aims to show the model in practice, demonstrating the initial results achieved by the Hospital. The need for involvement and understanding of each manager, since the Strategic level to the operational level, is a requirement for the effective implementation of the model, and the deployment of the monthly routine of control, verification of performance indicators, we ensure that the real success the model.

Key Words: strategy, measures of performance, management system, strategic planning.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Justificativa	1
1.2	Descrição da Empresa.....	2
1.3	Objetivos do Trabalho.....	5
1.4	Estrutura da Dissertação	6
2	CARACTERÍSTICAS DO SETOR DE SERVIÇOS HOSPITALARES	7
2.1	Setor de Serviços.....	7
2.2	O Segmento de Serviços Hospitalares	15
2.3	Tendência e Oportunidade na Prestação de Serviços Hospitalares	18
2.4	Resumo do Capítulo.....	23
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
3.1	Planejamento Estratégico e Estratégia Competitiva	25
3.2	Objetivos e Indicadores de Desempenho	33
3.3	Medidas de Desempenho	37
3.4	Sistemas de Medição de Desempenho.....	45
3.5	O Processo Estratégico e sua Implementação.....	54
3.6	Otimização de processos Hospitalares.....	70
3.7	Resumo do Capítulo.....	73
4	PROPOSTA DE MODELO DE SISTEMA DE GESTÃO	75
4.1	Conceito do Modelo.....	76
4.2	Definindo a Equipe do Projeto.....	77
4.3	O Modelo do HRRC Adaptado.....	78
4.4	O Modelo na Prática	87
4.5	Resumo do Capítulo.....	107
5	CONCLUSÃO	108
5.1	Conclusão Geral.....	108

5.2	Limitações e dificuldades	109
5.3	Sugestões para trabalhos futuros.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 – Organograma Simplificado do Hospital Santa Joana	4
Figura 2.1 – Como os atributos do produto afetam a possibilidade de avaliação.	9
Figura 2.2 –Matriz de Serviços de Schmenner	10
Figura 2.3 – Desafios dos Gerentes em Serviços.	12
Figura 2.4 – População por Faixa Etária.	13
Figura 2.5 – Macro-influência sobre o setor de serviços	14
Figura 2.6 – Faturamento Hospitalar por Fonte Pagadora	18
Figura 2.7 – Comparativo dos Reajustes Autorizados pela ANS x Índices de Preço	19
Figura 2.8 – Curva ABC da Distribuição dos Beneficiários de Planos de Assistência Médica, entre as Operadoras	21
Figura 3.1 – Triângulo Estratégico	25
Figura 3.2 – Estratégias frente ao Mercado.	27
Figura 3.3 – As Forças Competitivas.....	27
Figura 3.4 – Barreiras e Rentabilidade.....	30
Figura 3.6 – Significado de Custos em Empresas Diferentes	36
Figura 3.7 – Efeitos Externos e Internos dos objetivos de desempenho em empresas de Serviço	37
Figura 3.8 – Uma estrutura para um sistema de medição de desempenho.....	46
Figura 3.9 – Pirâmide de Performance (PPS)	48
Figura 3.10 – Gerenciamento de Desempenho	51
Figura 3.11 – Diagrama Esquemático do Balanced Scorecard.	52
Figura 3.12 – Método PDCA	55
Figura 3.13 – Sistema de Gerenciamento de Performance BSC.....	56
Figura 3.14 – Modelo Básico do Sistema de Gerenciamento de Performance BSC.....	57
Figura 3.15 – Modelo de Criação de Valor.....	58
Figura 3.16 – Modelo Nine Steps to Success (Nove Passos para o Sucesso).....	60
Figura 3.17 – Mapa Estratégico de Setor Privado.....	61

Figura 3.18 – Inter-relacionamento entre Medidas de Resultado e de Processo.....	62
Figura 3.19 – Modelo Lógico para identificação de Resultados e Processo.....	63
Figura 3.20 – Modelo Lógico do BSC.....	64
Figura 3.21 – Possível Forma de Representação do BSC.....	64
Figura 3.22 – Possível Forma de Representação do BSC.....	65
Figura 3.23 – Método de Desdobramento de Diretrizes – Método A.....	67
Figura 3.24 – Método de Desdobramento de Diretrizes – Método B	67
Figura 3.25 – Características Básicas do Processo Gerencial.....	69
Figura 4.1 – Desdobramento da Estratégia e Direcionadores de Desempenho	79
Figura 4.2 – Modelo de Sistema de Gestão	80
Figura 4.3 – Framework do Planejamento Estratégico com o BSC.....	81
Figura 4.4 – Estratégia em Ação.....	82
Figura 4.5 – Etapas da Ação Operacional.....	85
Figura 4.6 – Análise SWOT do Hospital Santa Joana	89
Figura 4.7 – Perspectiva Financeira do Hospital Santa Joana	92
Figura 4.8 – Perspectiva Financeira e Perspectiva do Cliente do Hospital Santa Joana.....	94
Figura 4.9 – Perspectivas Financeira, do Cliente e de Processos Internos do Hospital Santa Joana.....	95
Figura 4.10 – Mapa Estratégico das 4 Perspectivas do Hospital Santa Joana	97
Figura 4.11 – Organograma do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana.....	98
Figura 4.12 – Mapa Estratégico do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana.....	100
Figura 4.13 – Descrição do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana.....	102
Figura 4.14 –Necessidades dos Clientes do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana	103
Figura 4.15 – Plano de Controle do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana	104
Figura 4.16 – Evolução do Índice de Entregas Realizadas Corretamente do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana	105

Figura 4.17 – Evolução do Índice de Pedidos Recebidos com Problemas do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana	105
Figura 4.18 – Evolução do Índice de Rotatividade de Pessoal do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana	106
Figura 4.19 – Plano de Ação para o Item de Controle Perda por validade e danos do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 – Sistema único de Saúde e Saúde Suplementar	17
Tabela 2.2 – Distribuição de Beneficiários de Planos de Assistência Médica entre as Operadoras	21
Tabela 2.3 – Comparativo de Custos Médios de Procedimentos	23
Tabela 3.1 – Composição do Sistema de Medida do Desempenho	44
Tabela 3.2 – Média dos Grupos de Medidas de Desempenho	44
Tabela 3.3 - Sistema de Mensuração de Desempenho para Indústria de Serviços (PMSSI)	49

1 INTRODUÇÃO

O setor de Serviços Hospitalares sofre atualmente diversas pressões, que geraram movimentos e tendências visíveis e de alto impacto. A busca por resultados financeiros, alta qualidade e competitividade, passam necessariamente por investimentos na área de Gestão e Atenção à Saúde.

Pensar em qualidade e competitividade, sugere a adoção de práticas de gestão, muito comuns nos setores industriais e de outros serviços, utilizando-se de ferramentas voltadas para planejamento estratégico, definição de indicadores de desempenho, monitoramento de custos e avaliação da qualidade, entre outras.

Neste cenário, se faz necessário estabelecer a Missão e Visão da empresa, realizar uma análise da concorrência e do mercado, identificando tendências e oportunidades, traduzir este planejamento e visão, em indicadores e planos de ação, criando um sistema vivo de monitoramento constante do desempenho, tendo a velocidade necessária para identificação e correção de rumos.

A definição destes indicadores possibilita o estabelecimento de uma estratégia consistente para a avaliação, mensuração e projeção de resultados.

Atualmente, está se delineando uma grande mudança de paradigma das organizações de saúde que, não se encontra apenas na crescente complexidade tecnológica e na evolução das técnicas que abrangem a evolução da medicina, ela está presente no sistema de gestão destas organizações.

Assim, este trabalho visa contribuir com uma análise do setor e sugestão de um modelo de sistema de gestão, que possibilite responder as demandas de um mercado altamente competitivo.

1.1 Justificativa

Este trabalho visa propor a adoção de um modelo de gestão e processo em empresas do setor hospitalar, visando responder a duas tendências claras do mercado: pagamento por pacote e oportunidade de atrair pacientes em âmbito nacional e internacional.

A primeira tendência já se mostra em prática por vários planos de Saúde, que são as principais fontes pagadoras deste setor, representando, em média, mais de 95% da receita de Hospitais Privados (Revista SINHA, 2006). O modelo de pagamento atual consiste do registro das despesas com o tratamento do paciente e envio da conta para avaliação do Plano, que após

análise, procedia o pagamento da conta. Agora, o Plano estabelece, a priori, o valor que pagará pelo procedimento. Este cenário exige do Hospital a adoção de um sistema de gestão eficiente e com grande foco em custo e processo, pois os custos adicionais gerados por processos ineficientes não serão repassados para a fonte pagadora.

Outro fato relevante e crescente em muitos países é a oportunidade de atrair pacientes internacionais. Este mercado está em franco crescimento, e alguns hospitais brasileiros já investem fortemente para competir neste novo e rico segmento. Porém os investimentos para se capacitar para este novo mercado são intensos, especialmente em capacitação de mão de obra, sistema de gestão, Acreditação Internacional, dentre outros aspectos.

Portanto, face à estas duas perspectivas, maior dificuldade nas negociações com os planos e oportunidade de competição em novo mercado, este trabalho visa analisar algumas possibilidades e sugerir como primeiro passo, a adoção de um sistema de gestão, que suporte a empresa para manter sua trajetória de sucesso neste mercado altamente competitivo, e início do processo de revisão e adoção das melhores práticas de atenção à Saúde, habilitando-o a concorrer por pacientes no cenário internacional.

1.2 Descrição da Empresa

Os Hospitais Associados de Pernambuco, mais conhecido como Hospital Santa Joana, faz parte do Grupo Fernandes Vieira, cujas atividades empresariais envolvem forte atuação na área de Saúde, Tele-saúde e Carcinicultura, dentre outras.

O Hospital Santa Joana foi inaugurado em 1979, oferecendo conforto, excelência na qualidade de atendimento e tecnologia de última geração.

O pioneirismo sempre foi característica das ações do hospital, aliado ao objetivo de sempre prestar um atendimento da mais alta qualidade. No final da década de 80, o hospital cria a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH - antes mesmo do Ministério da Saúde torná-la um requisito obrigatório entre os estabelecimentos hospitalares. Em 1995 foi criada a Unidade de Apoio, uma concepção totalmente nova para o tratamento Quimioterápico. Localizada em uma unidade independente, ao lado do prédio principal do hospital, oferece atendimento humanizado e uma estrutura com os mais modernos equipamentos e técnicas de medicina na área de Quimioterapia.

Conta ainda com um espaço exclusivo para familiares e amigos de pacientes que estão nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), além de quatro suítes que funcionam com toda a

estrutura de um hotel, destinadas aos parentes de pacientes que não querem se ausentar do hospital.

Posteriormente, diversificando sua atuação no setor de saúde, o Santa Joana investe na área de diagnóstico por imagem. O Santa Joana Diagnóstico se torna sinônimo de qualidade, rapidez e precisão na realização de exames. Hoje, conta com duas unidades que oferecem mais de 400 exames, tornando-se um dos maiores centros integrados de diagnóstico por imagem do País.

Em 1996, é inaugurado o *Day Clinic*. Uma unidade especial destinada a pacientes com atendimento programado e pouco tempo de permanência hospitalar. Em, 1999, é ampliada a Multi Emergência, que reforça a imagem e credibilidade do hospital no mercado.

A nova emergência se destaca por possuir equipamentos de alta tecnologia, aliados a uma enfermagem especializada e equipes médicas nas áreas de traumatologia, neurologia, cirurgia geral e vascular, clínica médica, pediatria, neurocirurgia, urologia e cirurgia plástica. Dentro da nova estrutura é oferecido também o serviço de remoção aérea, utilizando-se o heliponto do hospital.

Incentivando o desenvolvimento e aprimoramento dos profissionais de saúde, foi criado o Centro de Estudos Santa Joana, voltado para a comunidade médica. Onde são realizadas reuniões clínicas, cursos, conferências nacionais e internacionais. Em 2000 é firmado um convênio com o Methodist Hospital, de Houston (EUA), que propicia além da possibilidade de internamento dos pacientes do Santa Joana, um intercâmbio constante entre as áreas médicas e de enfermagem dos dois hospitais. Em 2001 o Santa Joana inaugura o Med Center, um novo hospital com estrutura independente, destinado a cirurgias de pequena e média complexidade. O Med Center também abriga a Unidade Pediátrica para o tratamento clínico e cirúrgico de crianças.

Soma-se ainda a todos os investimentos feitos em infra-estrutura e em qualidade de serviços, a Unidade Coronariana que oferece em uma estrutura própria os serviços de emergência cardíaca, UTI coronariana e cirurgias cardíacas. Além de uma unidade de angiografia e hemodinâmica e o Santa Joana Diagnóstico, unidade avançada Dom Bosco, completo centro de medicina diagnóstica.

Assim, o Hospital Santa Joana tem se diferenciado no mercado, pela sua tendência em inovação, qualidade e investimentos em tecnologia e gestão. Vários são os prêmios já conquistados, destacando-se dentre outros:

- em 2003, Top RH Nordeste, com trabalho apresentado pela Coordenadora de Enfermagem do CCIH, sobre procedimentos para o controle da infecção hospitalar;
- Prêmio Cidadania – 2006, na categoria respeito ao meio ambiente e 2007 na categoria relação com a comunidade.

O Santa Joana teve seu Sistema de Gestão da Qualidade, Certificação ISO 9001:2000, conquistada desde 2001, demonstrando sua postura inovadora e de pioneirismo.

Outro ponto de destaque, são as ações desenvolvidas de responsabilidade sócio-ambiental, tais como Verão e Inverno com Saúde, atividades desenvolvidas desde Janeiro de 2006, levando a cidades como Porto de Galinhas e Gravatá, atividades gratuitas como teste de Glicemia, aferição de pressão, palestras educativas e atividades em defesa do meio ambiente.

Em Porto de Galinhas, foram realizados mutirões de limpeza, ações educativas de estímulo à coleta seletiva, caminhada em prol dos catadores de lixo do município, limpeza simbólica no mangue e uma Corrida Treino na areia da praia. Mais de 15 mil pessoas foram atingidas pela iniciativa, que realizou a sua terceira edição em 2008.

No tocante a geração de empregos, o Santa Joana apresenta um quadro de 1.078 colaboradores ao todo, dos quais 129 médicos, 74 enfermeiros e 357 técnicos de enfermagem. O organograma do Hospital já destaca sua visão inovadora, quando revela uma Diretoria Executiva, com ênfase em Gestão e Qualidade, como pode ser observado na Figura 1.1 a seguir:



Figura 1.1 – Organograma Simplificado do Hospital Santa Joana

Fonte: Hospital Santa Joana (2008)

A Diretoria de Gestão e Qualidade, conduzida pela Dra Juliana Vieira, congrega sobre sua responsabilidade, dentre outras tarefas, o processo de capacitação e melhoria contínua de gestão e de recursos humanos. O envolvimento e sensibilidade desta Diretoria sobre temas

que serão abordados neste trabalho, foram fundamentais para sua viabilização e posterior aplicação prática dos temas aqui abordados.

O avanço tecnológico também é uma marca da Instituição, traduzida por investimentos significativos em equipamentos de alta tecnologia para área de diagnóstico e recursos cirúrgicos, bem como utilização de sistemas de gestão de pessoal e de processo, destacando dentre outros o sistema WPD, na área hospitalar, e o SAP, sistema de gestão empresarial líder mundial, já em uso no Hospital Santa Joana desde 2002. No sistema Hospitalar destaca-se a utilização de tecnologia na distribuição e aplicação de medicamentos, e módulo específico de *Business Intelligence*, em implantação. Este último, um grande portal de informações operacionais de todas as áreas do Hospital, possibilitando análises através de tabelas e gráficos, sobre diversos indicadores e tudo em tempo real.

Quanto à estrutura física, o Hospital Santa Joana dispõe na Unidade de Internação de 142 leitos ao todo, sendo 14 para cirurgias de pequeno porte, também chamada de *Day Clinic*, 35 leitos para Terapia Intensiva, 4 leitos de terapia semi-intensiva e 85 leitos privativos para internações eletivas.

O Hospital Santa Joana conta ainda com 38 leitos de apoio, divididos entre berçário, 11 leitos; emergência, 22 leitos e pós operatório, 5 leitos. São 12 salas cirúrgicas.

Mais uma vez, o Santa Joana revela seu pioneirismo, no momento que estuda o mercado e suas oportunidades, se posicionando, de forma inovadora, no estudo da adoção de Modelo de Gestão e processo de Acreditação Internacional.

1.3 Objetivos do Trabalho

Este trabalho tem como objetivo principal sugerir um modelo de gestão, que promova o alinhamento estratégico de toda a organização, capacitando-a para ampliar sua condição de destaque no mercado e explorar novas atividades de negócio.

Para tanto, o trabalho tem como objetivos específicos:

- Descrever o mercado de serviços, em especial, setor hospitalar;
- Detalhar a dependência dos Hospitais com relação a sua maior fonte pagadora;
- Demonstrar números do mercado de Turismo em Saúde no mundo e como participar neste mercado;
- Identificar e destacar os instrumentos e conceitos de gestão que servirão de base para o modelo a ser apresentado.

Este modelo será uma junção de algumas metodologias, propondo a utilização por nível da organização, visando garantir a efetiva transformação da estratégia estabelecida pela alta direção, em ação em todas unidades operacionais do Hospital.

1.4 Estrutura da Dissertação

Esta dissertação está estruturada em 5 capítulos. O Capítulo 2 visa caracterizar o setor de serviços e seus desafios gerenciais. Em seguida, destacar a importância do estudo de um setor com alta participação na economia mundial e brasileira. Descrever o setor de serviços hospitalares e suas particularidades, apresentando as tendências e oportunidades neste mercado.

No Capítulo 3, são sugeridas algumas ferramentas e ações em resposta a este novo cenário que se aproxima. Será detalhado o conceito de Planejamento Estratégico e sua importância para gerar o posicionamento no mercado; conceituar o que são objetivos e indicadores de desempenho e sua importância na gestão corporativa; detalhar o processo de Acreditação Hospitalar, passo fundamental para ampliar o mercado de atuação.

Além disso, serão descritas as metodologias que serão utilizadas no sistema de gestão a ser proposto, apresentando o Planejamento Estratégico, Conceito de Indicadores de Desempenho, Sistemas de Indicadores de Desempenho, aspectos do Processo de Implementação da Estratégia, além de apresentar o Método de Solução de Problemas PDCA, Gerenciamento pelas Diretrizes e Gerenciamento da Rotina de Trabalho do Dia-a-Dia.

No Capítulo 4 será apresentado o modelo de gestão sugerido, que terá aspectos do modelo proposto pelo *Hospital Report Research Collaborative*, grupo de pesquisa do Canadá, incluindo uma nova abordagem nos níveis mais Operacionais do Hospital. Por último, ainda no capítulo 4, será apresentado a construção efetiva do modelo e seus primeiros resultados.

No Capítulo 5, os resultados preliminares serão citados e o momento atual da aplicação do Modelo de Gestão será descrito.

2 CARACTERÍSTICAS DO SETOR DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Neste capítulo serão apresentadas as visões de vários autores, quanto às características dos elementos envolvidos e à complexidade da área de serviços, destacando objetivos amplos de desempenho e desafios gerenciais importantes.

Por fim, será exposto mais detalhadamente o setor de serviços Hospitalares e o cenário atual de competição e de mercado.

2.1 Setor de Serviços

O Setor de Serviços apresenta peculiaridades importantes, que impõem características relevantes na sua Gestão. Esta seção irá apresentar a visão de diversos autores, no tocante a conceitos, características, classificação, desafios gerenciais e importância na economia.

2.1.1 Conceitos e Características

Inicialmente, considera-se importante entender o que é uma atividade de serviços e quais as suas características, visto que estas acabam por nortear algumas preocupações gerenciais.

Definir serviço não é uma atividade fácil. Haywood-Farmer e Nollet (1991) resumem bem o problema:

“Não obstante os 25 anos de estudo, os acadêmicos da área de administração de serviços não concordam sobre o que é um serviço. De fato, em vez de chegarem mais próximos a uma definição, parecem ter cada vez menos certeza ... o problema é tentar em poucas palavras descrever 75% da atividade econômica dos países desenvolvidos.”

Para Lovelock e Wright (2003, p. 5), “serviços são atividades econômicas que criam valor e fornecem benefícios para clientes em tempos e lugares específicos, como decorrência de uma mudança desejada no, ou em nome do, destinatário do serviço”.

Outros autores também destacam mais aspectos da prestação de serviços, como Moreira (2004, p. 1), alertando ao fato de que a produção industrial implica na produção de um bem tangível, porém “um serviço é prestado e a prestação desse serviço implica em uma ação, embora meios físicos possam estar presentes para facilitar ou justificar o serviço”. Como ação, entende-se a prestação de serviços similar a um sistema produtivo, com todos os seus elementos: entrada, processamento, saída, retorno do processo, regras determinadas, porém com o destaque de que na prestação de serviço, existe de forma especial o envolvimento do

cliente diretamente na prestação de serviço e particularmente na área de saúde, o cliente é o elemento a ser transformado, interferindo diretamente no processo.

Para Giansesi e Correa (2006), algumas características da prestação de serviço merecem destaque, tais como:

- Intangibilidade dos serviços;
- Necessidade do cliente ou um bem de sua propriedade e
- Simultaneidade da produção e consumo dos serviços.

Ainda segundo Giansesi e Correa (2006, p. 32), “os serviços são experiências que o cliente vivencia, enquanto que os produtos são coisas que podem ser possuídas”. Este é o caráter intangível do serviço, que o torna de mais difícil mensuração e padronização.

A participação do cliente no processo de prestação de serviço é efetiva e causa a necessidade de controle descentralizado das operações, pois o cliente dispara a prestação de serviço a tempo, onde e como. Devido a presença do cliente, também merece atenção o fato da importância no tocante ao tempo que o cliente está disposto a esperar.

Face ao estreito relacionamento entre cliente e funcionário, o funcionário passa a ser o recurso determinante da eficácia da prestação de serviço. Observa-se que este contato exige da mão-de-obra uma postura mais pró-ativa e de alto grau de julgamento pessoal, características importantes no processo de seleção e treinamento de pessoal. (GIANESI e CORREA, 2006)

O último aspecto destacado por Giansesi e Correa (2006), trata da simultaneidade entre a produção e consumo do serviço. Os autores destacam a relevância deste aspecto, pois a simultaneidade afeta a gestão da qualidade, pois não existe a oportunidade de controle e inspeção, reforçando a necessidade de investimentos em garantia de qualidade de processos.

Cobra (1987), também reforça estas características, destacando os seguintes pontos:

- Dificuldade em padronização e uniformização: os serviços são baseados em pessoas ou equipamentos, porém o componente humano é que prevalece e por essa razão leva a dificuldade de padronização e uniformidade. O componente humano está sujeito a inúmeras variáveis, não apenas técnicas, mas também psicológicas durante o processo de atendimento;
- Normalmente, os serviços não podem ser patenteados: os serviços são facilmente copiados. Uma empresa de serviços tem que manter sua imagem e diferenciação constante para manter posição destacada no mercado;

- Dificuldade de estabelecer o preço: como os serviços são baseados em produção humana, existe uma dificuldade implícita de estipular a produtividade.

Outro ponto relevante é o processo de avaliação do serviço por parte do cliente. Lovelock e Wrigth (2003) apresentam o conceito de atributos, importante para auxiliar a compreensão do processo de avaliação:

- Atributos de Procura: características que permitem aos clientes avaliarem o produto antes de comprarem. São aspectos como cor, estilo, preço, som, etc. Produtos que apresentam este tipo de atributos facilitam a vida dos clientes, visto que eles podem avaliar antes da compra diminuindo seu risco;
- Atributos de Experiência: estes não podem ser avaliados antes da compra.
- Atributos de Confiança: trata-se de características que os clientes podem julgar de difícil avaliação mesmo depois da compra ou consumo. Como exemplo, pacientes que nunca saberão julgar com total certeza se o procedimento, ao qual se submeteram, foi de fato 100% realizados e da melhor forma possível.

A Figura 2.1 abaixo, estabelece uma interligação entre o grau de dificuldade de avaliação de uma prestação de serviços e a existência de atributos. Lovelock e Wrigth (2003) destacam que quanto maior a quantidade de atributos de Confiança, maior será a dificuldade de avaliação. Na mesma figura, destacam que ambientes de Prestação de Serviço se caracterizam pela maior influência de Atributos de Experiência e de Confiança, consequentemente maior grau de dificuldade de avaliação. O setor de saúde, em especial, se mostra mais rico em Atributos de Confiança, fato este que deve direcionar políticas de marketing, recursos humanos e gestão, alinhados com esta necessidade.

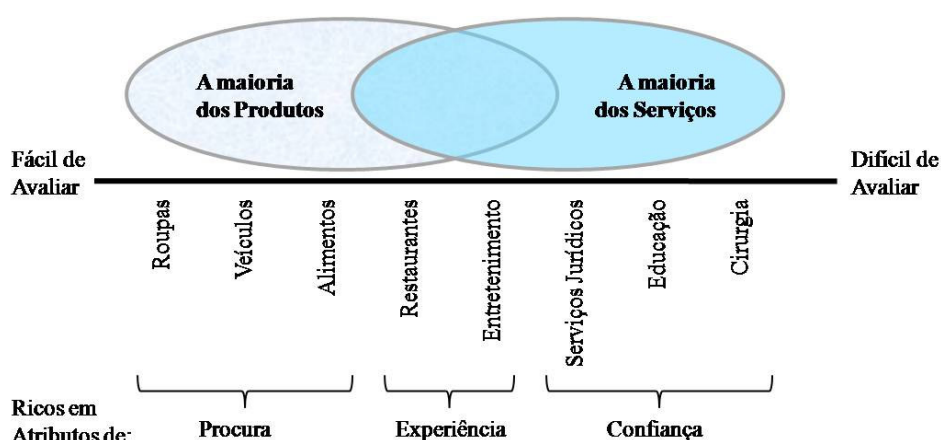


Figura 2.1 – Como os atributos do produto afetam a possibilidade de avaliação.

Fonte: Adaptado de Lovelock e Wright (2003)

2.1.2 Como classificar o setor de Serviços

Até o momento, foram destacados, através das visões dos vários autores, que a operação de serviços tem uma ênfase bastante forte em pessoas, processos, interatividade e customização. Nesta seção, o foco será apresentar formas de classificação da área de serviços. O entendimento destas duas seções possibilitará discutir os aspectos importantes no processo de gerenciamento de uma empresa de serviços.

A Matriz de Serviços de Schmenner (1999), apresentada na Figura 2.2, classifica alguns tipos de negócios segundo duas características, o grau de intensidade de mão-de-obra e o grau de interação e customização, definindo quatro grandes grupos:

- Fábrica de Serviços,
- Loja de Serviços,
- Serviços de Massa e
- Serviços Profissionais.

Grau de Intensidade da Mão-de-obra	Grau de Interação e Customização	
	Baixo	Baixo
		Alto
		Fábricas de Serviços
		Loja de Serviços
		Companhias Aéreas
		Hospitais
	Alto	Transportadoras
		Mecânica de Automóveis
		Hotéis
		Serviços de Reparo
		Centros de Lazer
		SPA
		Serviços de Massa
		Serviços Profissionais
		Lojas de Departamento
		Médicos
		Lojas de Atacado
		Advogados
		Escolas
		Contadores
		Banco de Varejo
		Arquitetos

Figura 2.2 –Matriz de Serviços de Schmenner

Fonte: Adaptado de Schmenner (1999)

A Fábrica de Serviços se caracteriza por baixo grau de interação e customização, bem como intensidade de mão-de-obra. A prestação de serviços aqui classificada minimiza a influência do cliente, pois existe um padrão, um pacote de serviços que podem ser usufruídos e dentro de parâmetros de preço e regras pré-estabelecidas. Por exemplo: na prestação de

serviços de uma Companhia Aérea, as regras são claras, quanto a horário, destinos, peso de mala, serviço de bordo, enfim tudo padronizado.

Na Loja de Serviços, o trabalho é específico para cada cliente e com mais intensidade de contato da mão-de-obra. Neste tipo de prestação de serviço, existe um alto grau de customização e interação, porém com baixa intensidade de mão-de-obra. A aplicação de pacotes de serviços não são aplicados na prestação de serviço, dita Loja de Serviços. Como exemplo, o SPA, onde para cada pacientes haverá suas particularidades e objetivos.

Os Serviços de Massa e Serviços Profissionais se caracterizam pelo alto grau de intensidade de mão de obra, porém nos Serviços de Massa, há rigidez no serviço ofertado, enquanto que nos serviços profissionais a customização é total. Uma Loja de Departamento é um exemplo típico de Serviço de Massa, pois existe uma alta intensidade de mão-de-obra, porém baixa interação e customização, traduzida no conceito de auto-serviço e escolha. Por outro lado, em um consultório Médico, a interação e customização são extremas.

Como destaca a matriz, na área de saúde, aspectos de alto Grau de Customização e Interação, tanto no caso dos serviços prestados em Hospitais como nos consultórios médicos, porém com baixa Intensidade de Mão-de-obra no caso dos Hospitais, devido ao pequeno número de funcionários por paciente. Por exemplo, com relação a pacientes internados, onde 2 enfermeiras podem estar responsáveis por 10 apartamentos do andar. Na área de Saúde, o elemento a ser transformado é o paciente. Logo, fica evidenciada o caráter de alto grau de customização exigido neste tipo de serviço.

2.1.3 Desafios Gerencias de uma Organização de Serviços

Conhecidas as características da prestação de serviço e um modelo de classificação, esta seção visa destacar aspectos de Gestão envolvidos com maior ênfase em cada tipo de Organização de Serviço.

Os principais aspectos quanto à complexidade da gestão dos serviços, e as características das empresas de serviços, estão resumidos na Figura 2.3 a seguir, que destaca os principais desafios dos gestores de empresas em serviços:

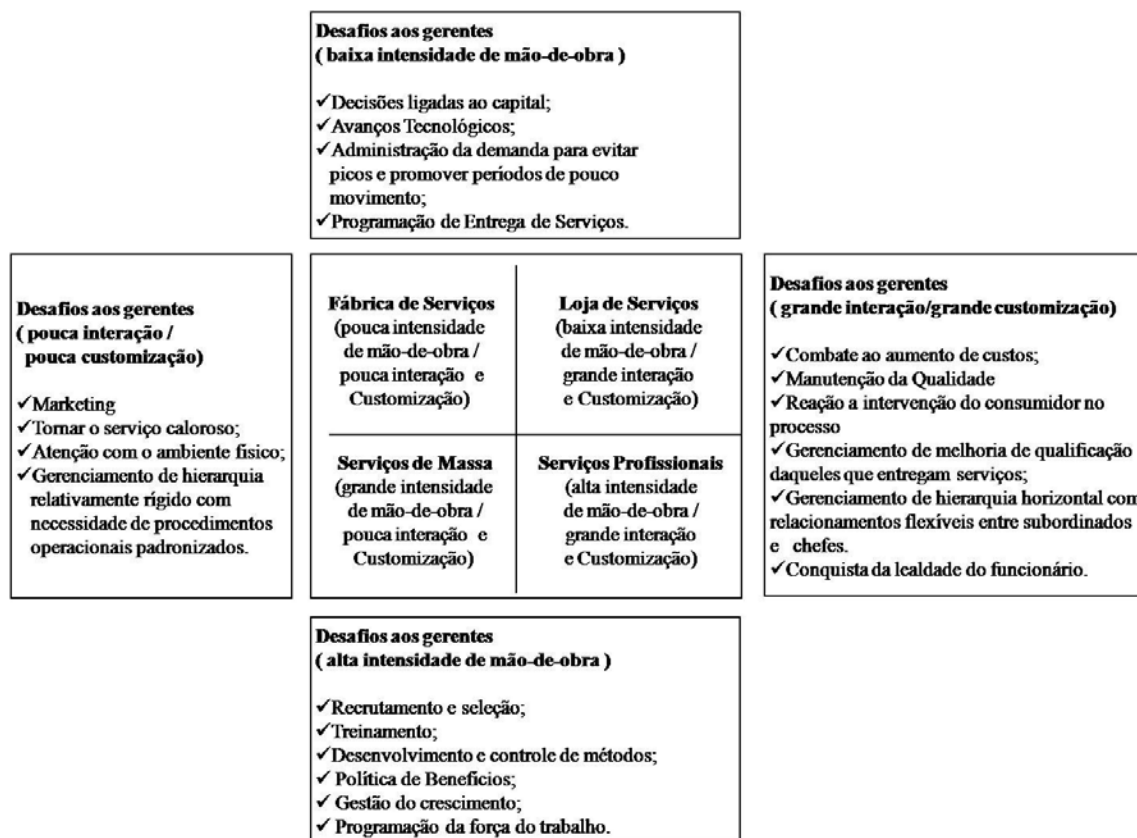


Figura 2.3 – Desafios dos Gerentes em Serviços.

Fonte: Adaptado Schmenner (1999)

Nos cenários de pouca interação e customização, o que está sendo ofertado é padronizado, e a gestão deve dar ênfase na garantia de qualidade do processo, alcançar diferenciais, através da qualidade do serviço.

O objeto deste trabalho, serviços Hospitalares, é caracterizado por alta customização e interação. Cada atendimento será único, e sofrerá grande influência da interferência do cliente. Cada funcionário terá que ser treinado para garantir pró-atividade e poder de decisão. Portanto, analisando a Figura 2.3, observa-se que Schmenner (1999), sugere alguns aspectos relevantes para a Gestão Hospitalar, destacando-se:

- Combate ao Aumento de Custo,
- Manutenção da Qualidade,
- Qualificação Funcional e
- Gerenciamento de Hierarquia com flexibilidade.

2.1.4 Importância do Segmento de Serviços na Economia

Para melhor entendimento da participação do segmento de serviços na economia brasileira e mundial, é importante entender o cenário de desenvolvimento alcançado pelo Brasil nestes últimos 40 anos.

Na Revista Exame de 10 de outubro de 2007, em reportagem especial Exame 40 anos, são destacados pontos relevantes, tais como a redução da taxa de natalidade, o aumento da expectativa de vida, aumento da população, o nascimento de uma economia moderna, enfim aspectos que influenciam diretamente o desempenho do segmento de serviços na economia.

Segundo a reportagem, a população brasileira era de 90 milhões em 1967, hoje a população ultrapassa 190 milhões. A expectativa de vida passou de 52 em 1960, 54 em 1980 para 72,4 anos em 2006. Este fator em especial, afeta a prestação de serviços de saúde, pois com o aumento de expectativa de vida, se revelam questões de previdência e saúde. Aliado a este cenário, a distribuição etária do Brasil também se alterou, como retrata o gráfico representado na Figura 2.4 abaixo.

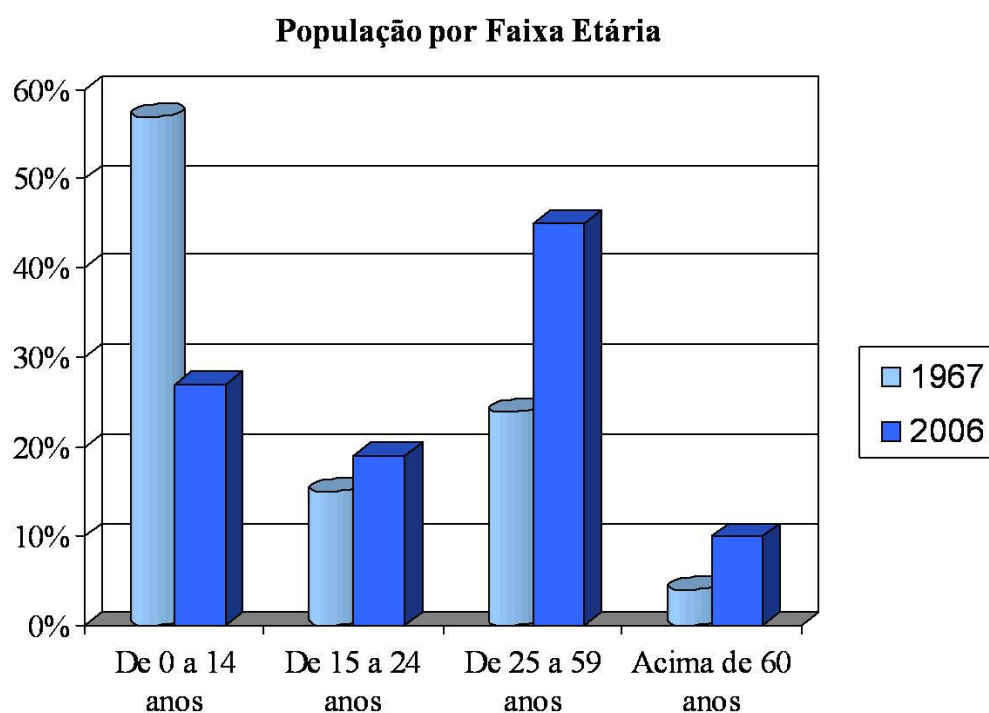


Figura 2.4 – População por Faixa Etária.

Fonte: Revista Exame, Outubro de 2007, pág. 37

Segundo Cobra (1987), o aumento da renda, o aumento da expectativa de vida, a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da população (que gera um grande

contingente de mão de obra), levam a busca de serviços. A inovação tecnológica e a administração moderna aplicadas nas indústrias de bens, foram transportadas para o setor de serviços possibilitando um aumento de produtividade.

Aliado a esses aspectos, Cobra (1987) destaca questões sociais como o grande aumento da expectativa de vida do brasileiro. A Taxa de mortalidade infantil de 1 a 4 anos de idade de 14 por mil em 1965 para 6 por mil em 1983, e contingente de mão de obra ocupada em serviços passou de 34% em 65, para 46% em 1983.

Estas macro-influências que impactam diretamente sobre o setor de serviços, estão retratadas na Figura 2.5 abaixo.

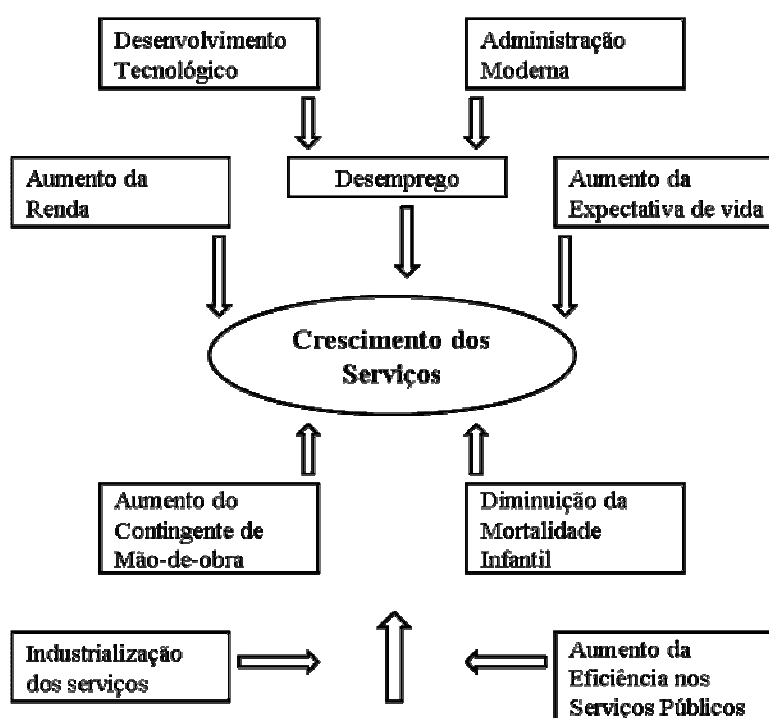


Figura 2.5 – Macro-influência sobre o setor de serviços

Fonte: Cobra (1987)

Em 1998, a participação do setor de serviços na economia brasileira era de 55%, enquanto que nos Estados Unidos da América e Canadá já respondiam por 72% e 67% do Produto Interno Bruto destes países, respectivamente. Este fenômeno se repete em países de menor relevância econômica. (LOVELOCK E WRIGHT, 2003)

A alta participação na economia mundial, aliada às características do setor descritas nas seções anteriores, reforçam a necessidade de atenção e aplicação de novas tecnologias de gestão.

2.2 O Segmento de Serviços Hospitalares

Uma das organizações de maior complexidade são os Hospitais. Elas empregam vasto número de pessoas e prestam uma variedade de serviços (JOHNSTON E CLARK, 2002).

A maioria dos Hospitais privados são ditos abertos, ou seja, eles provêm a infraestrutura para que médicos tragam seus pacientes para tratamentos cirúrgicos ou clínicos. Já os pacientes buscam os Hospitais por duas portas de entrada: a Urgência, onde a busca é feita pela sua escolha, face a Atributos de Confiança, ou para Internação, neste caso orientada normalmente pelo médico assistente, que define o Hospital, em função de infra-estrutura, tecnologia, processo de atenção a saúde, dentre outros aspectos.

Basicamente, existem 2 tipos de atendimento: a) atendimento de urgência, onde os Hospitais possuem suas equipes de especialistas para pronto-atendimento aos clientes, essas equipes podem ser próprias ou fruto de parcerias; b) atendimento de internação eletiva clínica ou cirúrgica. Em ambos os casos, trata-se de pacientes que se internam para tratamento clínico ou cirúrgico, tendo um médico assistente que comanda esta internação e os cuidados que devem ser aplicados a estes pacientes.

Existem 3.877 procedimentos possíveis pela Lista de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira. Estes procedimentos se revelam com aspectos de complexidade, diversidade e intersectoriedade, como destaca Bittar (2000):

- Para o mesmo processo, em pacientes diferentes, existe a adequação de medicamentos quanto a dosagem e ajustes de tratamento;
- A mesma patologia pode exigir um número diferente de exames complementares;
- Dificuldade em conduzir equipes multidisciplinares, cujas formações em universidades diferentes, por vezes dificultam a adoção de protocolos;
- Educar, treinar, são tarefas fundamentais dentro da instituição, haja vista o alto grau de inter-relacionamento com os pacientes;
- O contato da recepção com o paciente, um processo aparentemente simples, é um processo importante que pode facilitar ou complicar os demais contatos. Logo, não se pode deixar de lado a atenção com os processos de Hotelaria Hospitalar, envolvendo áreas como a Nutrição, Recepção, Manutenção, dentre outras;

- Na área de saúde quem ordena as despesas não é o autorizador, pois, via de regra, os médicos assistentes solicitam, mas os planos de saúde ou seguradoras, principais fontes pagadoras, é que autorizam.
- Cuidado nas áreas físicas. Problemas com área de lixo contaminado, fluxo de materiais, podem levar a infecções hospitalares.
- Grande dificuldade na seleção e padronização de equipamentos, materiais, medicamentos e outros insumos, face a grande variedade no mercado e indicações do médico assistente;
- Rápida evolução tecnológica, dificultando a revisão dos processos na mesma velocidade;
- Comprometimento das pessoas;
- Alta necessidade de um sistema eficaz de comunicação;
- Atividade crucial de calibração de equipamentos, devido ao grande número de equipamentos de precisão;
- Situações de urgência e emergência, que levam a necessidade de uma resposta rápida. Portanto, maior necessidade de boa capacitação, documentação e com clara determinação de responsabilidades;
- Dificuldade de avaliação dos processos por todos os fatos já descritos, que se resumem por dependência de mão-de-obra especializada, complexidade tecnológica, inter-relacionamento setorial, situações inesperadas, diferenças de comportamento dos pacientes e patologias, interação dos processos, infraestrutura, dentre outros.

Estes pontos abordados por Bittar (2000), resumem de uma forma muito clara o grande desafio gerencial de um Hospital, colaborando os aspectos conceituais do setor de serviços, já apresentados na seção anterior.

Este complexo ambiente de prestação de serviços envolve inúmeros atores. Para Porter e Teisberg (2007), os atores do sistema de saúde encontram-se frustrados e desmotivados. Os altos custos, qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência em saúde geram a frustração. Os pacientes se preocupando com o custo e qualidade da prestação de serviços; os empregadores que bancam os custos dos planos de saúde, preocupados com alto custo e utilização; médicos e prestadores de serviços, de uma forma geral, preocupados com rendimentos reduzidos, solicitações negadas, grande burocracia e quantidade de pacientes a serem atendidos; planos de saúde sempre criticados pelos médicos e pacientes; fornecedores

de medicamentos e equipamentos lançando várias drogas e tratamentos, mas acusados de aumentar o custo e Governo, com orçamento sempre fugindo de controle. Trata-se de um sistema complexo e em tempo de se repensar.

Como exemplificado na seção anterior, a prestação de serviços se caracteriza pela simultaneidade entre produção e consumo e grande interação com o cliente. No caso de Hospitais, ainda existe um agravante, pois o cliente é o elemento a ser transformado e durante a prestação de serviços, são inúmeros os participantes.

A experiência prática do Hospital Santa Joana, entende que, durante o atendimento típico de um paciente em Hospital Privado, podem ser identificados os seguintes clientes:

- Cliente Paciente: elemento que demanda o serviço
- Cliente Plano de Saúde: elemento pagador do serviço
- Cliente Médico Assistente: responsável pelo paciente e que prescreve as regas do atendimento, ou realiza a cirurgia;
- Cliente Família: acompanhante do paciente que demanda do hospital uma estrutura de hotelaria.

Cada um destes clientes tem suas necessidades específicas, são todos clientes no mesmo processo, o que adiciona mais um elemento de dificuldade nesta complexa prestação de serviços.

No Brasil existe o SUS, Sistema Único de Saúde, e o setor de Saúde Suplementar, classificada em quatro modalidades: medicina de Grupo, seguros de saúde, cooperativa médica e autogestão (CONASS, SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007). Na Tabela 2.1, a seguir, estão apresentados os níveis de cobertura para os dois subsistemas.

Tabela 2.1 – Sistema único de Saúde e Saúde Suplementar

SUBSISTEMA	POPULAÇÃO	RECURSOS FIANCEIROS	PER CAPITA
SUS	142.054.213	R\$ 68,80	R\$ 484,32
Saúde Complementar	42.130.051	R\$ 36,20	R\$ 859,72
Total	184.184.264	R\$ 105,00	R\$ 570,08

Fonte: CONASS, Saúde Suplementar (2007)

Segundo o CONASS, estimava-se que em 2005, 23,05% da população residente tivesse planos de saúde. Destacando que enquanto a população cresceu de 2000 a 2005, 7,21%, observa-se um crescimento de beneficiários de planos de saúde na ordem de 17,75%. Cerca de 60% destes planos de Saúde, tem cobertura Hospitalar.

Para Hospitais Privados, a maior parte de seu faturamento advém do atendimento ao subsistema de Saúde Suplementar, como mostra a Figura 2.6 abaixo, referente a Fontes Pagadoras do Faturamento em Hospitais.

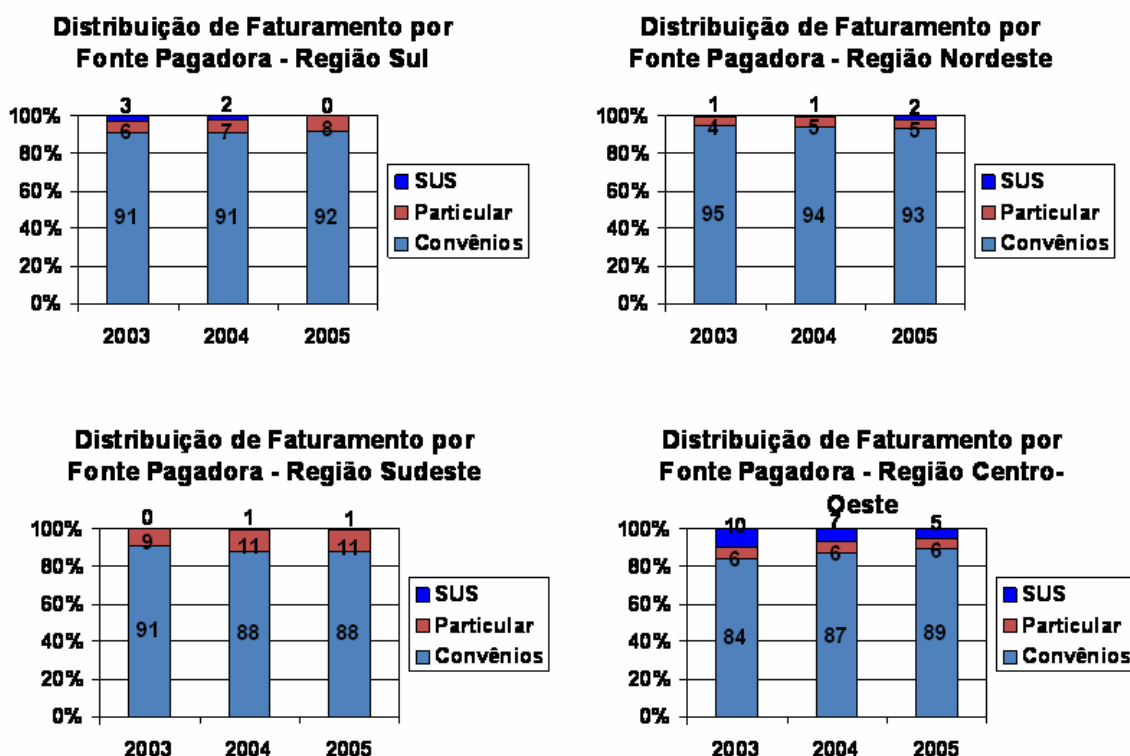


Figura 2.6 – Faturamento Hospitalar por Fonte Pagadora

Fonte: Revista SINHA, 2006

Como demonstrado nos dados acima da Associação Nacional dos Hospitais Privados, existe uma dependência significativa dos Hospitais Privados no tocante a Saúde Suplementar, como fonte maior de suas receitas. Este fato é extremamente relevante, cujas consequências aliadas as tendências que serão abordadas na próxima seção irão impulsionar a decisão pela adoção de um novo sistema de Gestão.

2.3 Tendência e Oportunidade na Prestação de Serviços Hospitalares

Nesta seção, serão descritas duas tendências do mercado de serviços hospitalares: o regime de Pagamento por Pacote e Turismo em Saúde. Os hospitais precisam identificar e se posicionar frente a estes dois cenários, por um lado por questões de sobrevivência, por outro, pela grande oportunidade de crescimento.

2.3.1 Pagamento por Pacote

Um dos grandes problemas dos Planos de Saúde, principais fontes pagadoras de serviços hospitalares, são os reajustes de seus preços, que aliado, ao envelhecimento de sua carteira de clientes e super utilização de serviços, podem levar a um desequilíbrio econômico-financeiro.

Segundo o CONASS (2007), a inflação médico-hospitalar é significativamente superior a inflação geral. Por exemplo: em 2004, nos Estados Unidos variou em média 12%, enquanto que a inflação no mesmo período foi de 3,2%. Em 2005, 8% contra inflação de 4,3%.

No Brasil se destaca o comparativo, apresentado na Figura 2.7, abaixo.

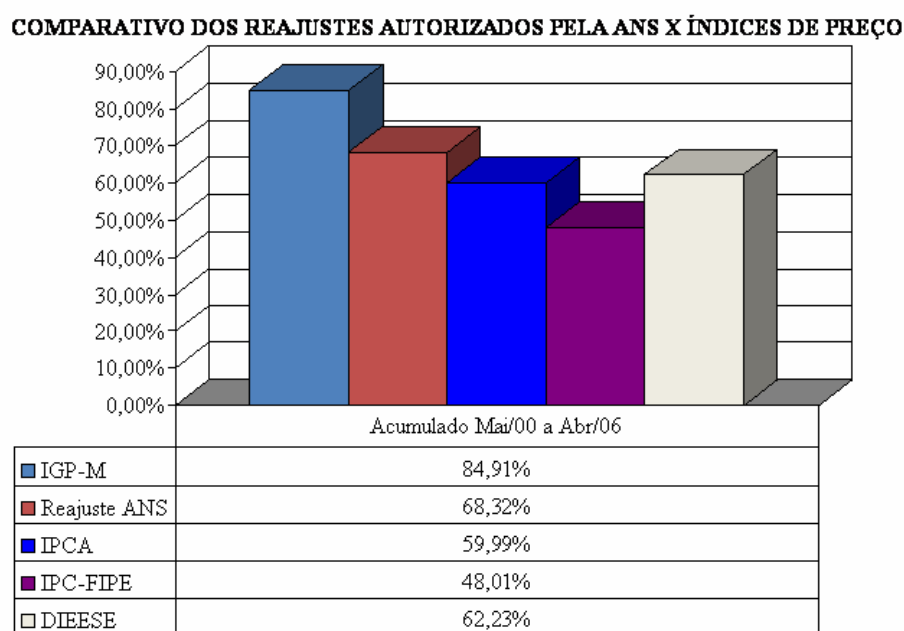


Figura 2.7 – Comparativo dos Reajustes Autorizados pela ANS x Índices de Preço

Fonte: CONASS, Saúde Suplementar (2007)

O custo dos planos leva à reflexão sobre mecanismos de controle de uso, tais como regulação de acesso, co-participações, direcionamento a prestadores específicos e rotinas de pré-autorização. Além disso, as Seguradoras e Planos de Saúde procuram uma nova forma de remunerar um dos seus principais custos: os serviços hospitalares.

A mudança ocorrida na forma de reembolso dos serviços hospitalares, aumentou a necessidade de gerenciamento de custos. A tendência é o pagamento ocorrer com base em tabela de preço por procedimento. Os hospitais serão reembolsados por estes valores, independente do tempo de permanência ou custos reais incorridos com o paciente, salvo em condições especiais. Este sistema de reembolso não admite ineficiências.

De uma forma geral, os custos dependem dos pacientes, da severidade da doença e do tempo de permanência (INGRAN *ET AL.*, 1997). Desta forma, os gestores devem ter total domínio sobre os custos envolvidos com cada paciente, objetivando melhorar a qualidade, pontualidade, efetividade e eficiência dos processos. Do ponto de vista estratégico, os Hospitais buscam a melhor qualidade possível, dentro dos limites de pagamento impostos pelos financiadores (FALK, 2001).

Responder a este cenário, leva imediatamente a necessidade de alta eficiência na gestão como um todo e controle de custos, em especial.

2.3.2 Turismo em Saúde – Um Novo Mercado

Pelo que foi apresentado na seção anterior, foi demonstrado que as receitas oriundas de Planos de Saúde representam a maior parte das receitas dos Hospitais Privados. Desta forma, a análise de cobertura de Planos de Saúde é fator importante na identificação do mercado potencial de pacientes. O que será discutido nesta seção é a tendência de baixa cobertura de Planos de Saúde no Estado de Pernambuco, impulsionando as empresas a adotarem estratégias de busca por novos mercados.

Pela avaliação do CONASS (2007), entre 5,1% a 10% da população de Pernambuco é coberta por plano de saúde, contra cobertura acima de 30% em estados como São Paulo e Rio de Janeiro.

Além disso, outro fator importante, é a grande concentração de beneficiários em poucos Planos, o que aumenta a força de negociação destes nas Unidades Hospitalares. Isso pode ser observado claramente no Caderno de Informação de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde ANS, de Dezembro de 2007, que destaca esta concentração, demonstradas na Tabela 2.2 e Figura 2.8, a seguir.

Observa-se na Curva A, 221 operadoras (18,3% de total) detém 80% dos beneficiários, enquanto que na curva B, 390 operadoras (32,2% do total) detém 90% dos beneficiários.

Tabela 2.2 – Distribuição de Beneficiários de Planos de Assistência Médica entre as Operadoras

BENEFICIÁRIO	PERCENTUAL ACUMULADO DE BENEFICIÁRIO	OPERADORAS	PERCENTUAL ACUMULADO DE OPERADORAS
4.578.040	11,9%	3	0,2%
8.255.306	21,5%	8	0,7%
11.573.019	30,2%	14	1,2%
15.385.952	40,1%	25	2,1%
19.206.676	50,2%	46	3,8%
23.036.166	60,1%	80	6,0%
26.864.487	70,15	133	11,0%
30.682.487	80,0%	221	18,9%
34.503.186	90,0%	390	32,2%
38.142.196	100,0%	1.210	100,0%

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiário – ANS / MS – 09/2007 e Cadastro de Operadoras – ANS / MS 09/2007

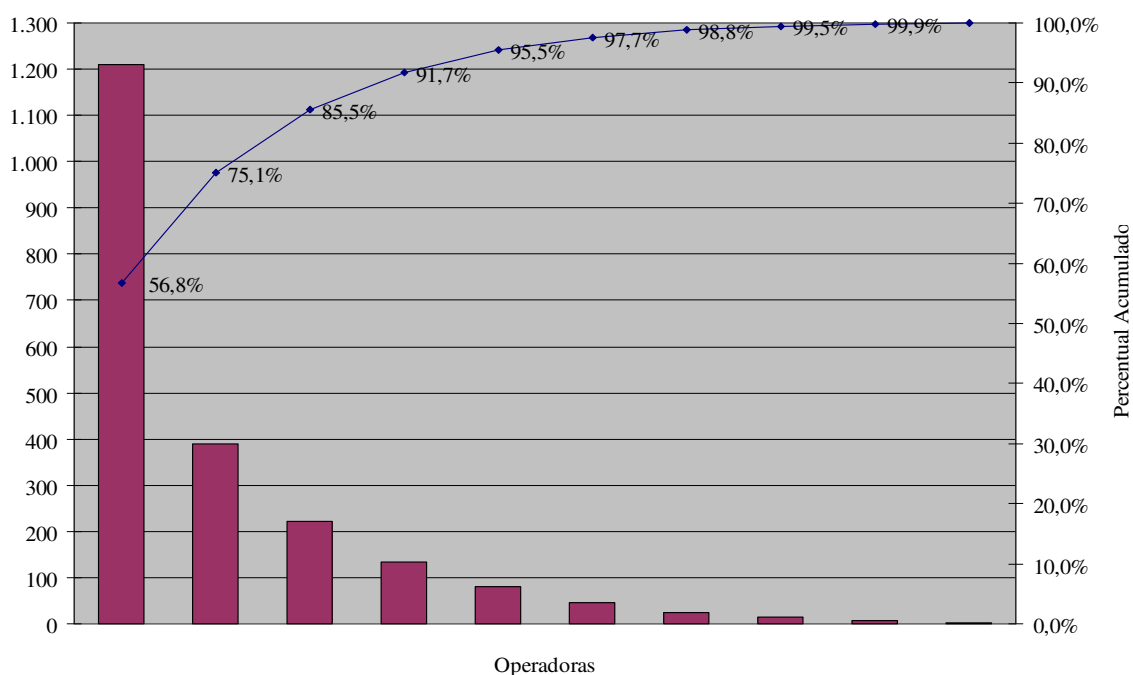


Figura 2.8 – Curva ABC da Distribuição dos Beneficiários de Planos de Assistência Médica, entre as Operadoras

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiário – ANS / MS – 09/2007 e Cadastro de Operadoras – ANS / MS 09/2007

O termo Beneficiário, refere-se a vínculos a Plano de Saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Neste cenário, buscar novos mercados se apresenta como atitude importante.

Segundo a Revista Exame (Outubro de 2007), o Hospital Sírio Libanês está investindo cerca de 1,6 milhão de reais, em um projeto que envolve todo o hospital, visando se habilitar na recepção a pacientes em nível nacional e internacional. Os resultados no Hospital Sírio Libanês já são observados, visto que a participação de pacientes estrangeiros no faturamento bruto, em 2006, representou 0,5%, e estima-se que em 2007, dos 400 milhões de reais de faturamento, cerca de 5% venham de pacientes estrangeiros. Este fato mostra a força do mercado de Turismo Médico.

O conceito de Turismo Médico não é novo. O primeiro registro se deu a milhares de anos, quando os Gregos viajavam pelo Mediterrâneo, para um pequeno território, chamado Epudauria. Este território era o santuário da cura.

Atualmente, podem ser destacados alguns fatores que determinaram o aumento da popularidade deste tipo de evento, tais como o alto custo e tempo de espera para procedimentos em países industrializados, a facilidade de viagens internacionais e aumento de tecnologias e padronização de cuidados em muitos países no mundo. O acesso para procedimentos eletivos são bastante consideráveis em países como Inglaterra e Canadá, onde pode se aguardar até um ano para procedimentos, por exemplo, de implante capilar. Por outro lado, em países como Singapura, Hong Kong, Cuba, Índia, um paciente pode se submeter a este procedimento no dia seguinte de sua chegada. Além de procedimentos estéticos, outros procedimentos que não tem cobertura pelo plano de saúde estão sendo realizados, pois o Turismo Médico pode ser essencial em cuidados como o tratamento do câncer, transplantes e cirurgias cosméticas.

Segundo pesquisa, publicada em artigo da Universidade de Delaware, publicada no UDaily, "... o custo de cirurgia na Bolívia, Argentina, Cuba, Índia, Tailândia, Colômbia, Filipinas ou África do Sul pode ser um décimo de que é nos Estados Unidos e Oeste Europeu, e às vezes até menos. A reposição de uma válvula cardíaca que pode custar US\$ 200,000 ou mais nos Estados Unidos, por exemplo, pode sair por US\$ 10.000 nas Filipinas ou Índia, e incluem passeios e um breve pacote de férias. De forma similar, uma ponte dentária de metal custa US\$ 5,500 nos Estados Unidos e custa \$500 na Índia ou Bolívia. Apenas \$200 nas Filipinas, uma prótese de joelho nas Filipinas com 6 dias de fisioterapia custa cerca de um décimo do que seria nos Estados Unidos. Cirurgias Cosméticas apresentam diferenças ainda maiores. Uma cirurgia plástica para retiradas de rugas pode custar cerca de \$20,000 nos

Estados Unidos, cerca de \$3,000 em Cuba, \$2,700 nas Filipinas ou \$2,500 na África do Sul ou \$ 2,300 na Bolívia." (BECCA, 2005)

O Health Care e Tours Índia (2008), apresenta uma comparação do custo médio de alguns procedimentos, nos Estados Unidos e na Índia, conforme Tabela 2.3, abaixo.

Tabela 2.3 – Comparativo de Custos Médios de Procedimentos

Procedimento	Preço em Dólar nos Estados Unidos	Preço em Dólar na Índia
Cirurgia de Catarata	3.800 a 5.750	950 a 1.145
Lipuescultura	2.875 a 7.650	1.340 a 3.250
Vasectomia	955 a 2.800	380 a 575
Angiografia Coronariana	2.866 a 6.688	500 a 600

Fonte: Adaptado do Health Care e Tours Índia (2008)

Os destinos mais populares são Cuba, Colômbia, Hong Kong, Hungria, Israel, Índia, Singapura, Nova Zelândia, dentre outros. Para cirurgias estéticas os principais destinos são Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, México, Argentina, Bolívia e Turquia. (BECCA, 2005)

A Índia e Singapura tem se destacado como destino para procedimentos de maior complexidade, face ao seu comprometimento, refletido com o crescente número de Hospitais acreditados pela U. S. Joint Commission Internacional, dando maior credibilidade e garantia de qualidade aos seus Hospitais.

Ainda segundo Becca (2005), em 2005, 250 mil pacientes visitavam Singapura por ano. Cerca de 500 mil pacientes estrangeiros visitavam a Índia em 2005, contra cerca de 150 mil em 2002. Em termos monetários, estima-se que em 2012, o turismo médico levará para a Índia, US\$ 2,2 bilhões por ano.

Os Hospitais Brasileiros tem que se preparar para atender a este novo mercado, atraindo pacientes internacionais. Os investimentos visando possibilitar competir neste novo mercado passam por investimentos em gestão, qualidade, marketing e capacitação dos recursos humanos, dentre outras áreas e também no processo de Acreditação Internacional.

2.4 Resumo do Capítulo

Neste Capítulo foram discutidos aspectos importantes dos setores de serviços de uma forma geral e de serviços hospitalares, além de destacar tendências e oportunidades no mercado de saúde.

Foram destacadas as consequências das características da prestação de serviço, que apontam para desafios gerenciais abordando temas como redução de custos, gerenciamento e capacitação de equipe.

Foram abordados os aspectos de participação do segmento de serviços no Produto Interno Bruto dos países, reforçando mais uma vez a necessidade de estudo e desenvolvimento de metodologias e modelos de gestão, que suportem o crescimento e atendam os aspectos de competitividade e análise de desempenho deste setor tão importante.

Na seção que trata de Tendências e Oportunidades, foram destacados dois pontos entendidos como fundamentais: a dependência e alteração na forma de negociação de pagamento com sua principal fonte pagadora e a existência de um novo mercado, considerado de grande potencial, que pode trazer novas receitas.

No próximo capítulo, sob a ótica destes temas, será apresentada a fundamentação teórica, introduzindo os conceitos e metodologias que servirão de arcabouço do modelo de gestão a ser sugerido, para este complexo ambiente de negócios.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Baseado nos conceitos já abordados de serviços Hospitalares, suas características e desafios, e em as tendências descritas no capítulo anterior, a Fundamentação Teórica visa apresentar metodologias e conceitos que servirão de arcabouço no modelo de Gestão a ser sugerido, objeto final deste trabalho.

A Fundamentação Teórica abordará:

- Planejamento Estratégico e Estratégia Competitiva;
- Objetivos e Indicadores de Desempenho;
- Medidas de Desempenho;
- Sistemas de Medição de Desempenho;
- O Processo Estratégico e sua Implementação;
- Otimização de Processos Hospitalares.

O conhecimento destes temas irá facilitar o processo de entendimento da lógica do Modelo de Gestão que será apresentado no próximo Capítulo.

3.1 Planejamento Estratégico e Estratégia Competitiva

Segundo Cobra (1987, p.31), “Planejar estrategicamente produtos ou serviços significa, em essência, formar condições para a tomada de decisões, criando barreiras competitivas duráveis em relação ao ambiente empresarial em que o negócio participe.”

Para OHAMAE (1985), o triângulo estratégico se mostra da forma apresentada na Figura 3.1, a seguir:

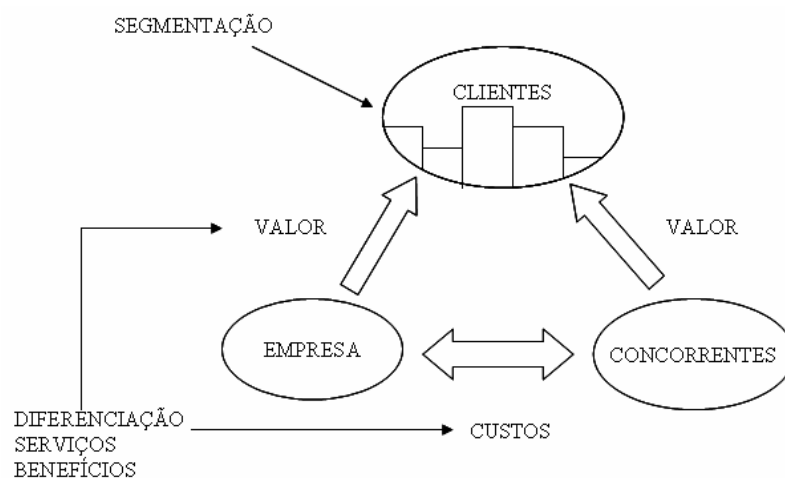


Figura 3.1 – Triângulo Estratégico

Fonte: OHAMAE, (1985)

A relação Empresa, Concorrentes e Clientes, estabelece um Triângulo Estratégico, onde a diferenciação, portfólio de serviços e benefícios, influenciam os Custos e a percepção de valor dos Clientes (OHAMAE, 1985).

A busca pela diferenciação dos serviços para cada segmento de clientes e a economia de escala de produção de serviços padronizados, podem ser elementos importantes na redução de custos e enfrentamento da concorrência (COBRA, 1987).

No tratamento estratégico do negócio podem ser destacadas pelo menos 3 etapas, como sugere Cobra (1987):

- Definição Estratégica do Negócio,
- Análise do Mercado e
- Análise das Oportunidades e Ameaças.

O que é observado na atualidade, é que além destes passos iniciais, há a necessidade de um processo que gere o alinhamento de toda a organização, e um componente de sistemas de informação responsável por divulgar, medir e avaliar a evolução das metas que foram estabelecidas. O processo de planejamento estratégico não pode se resumir apenas em definições e identificação de Fatores Críticos de Sucesso (FCS), mas tem que definir quais as metas em cada um destes indicadores de desempenho, quais os planos de ação para atingimento destas metas, para fornecer um sistema de medição contínuo do processo, possibilitando a troca de informação constante e rapidez na avaliação.

Abaixo estão listadas algumas características importantes na definição estratégica do negócio, segundo Cobra (1987):

- Definição clara, flexível e abrangente;
- Definição genérica das necessidades dos clientes;
- Definição dos mercados a serem alcançados;
- Definição da tecnologia a ser utilizada hoje e no futuro;
- Definição do nível de oferta de serviços e
- Avaliação da competência da empresa e suas vantagens competitivas.

Segundo Cobra (1987), “nenhum negócio será duradouro se a empresa não levar conta a necessidade de adaptar o seu serviço às necessidades de seus clientes.”

Para cumprir a sua missão, cada empresa faz sua busca. A Matriz Estratégica de Crescimento para Serviços, segundo Ansoft *apud* Cobra(1987), sugere 4 estratégias de crescimento, conforme apresentado na Figura 3.2, a seguir.

SERVIÇOS MERCADOS	Serviço Atual	Novos Serviços
	Penetração de Mercado	Diferenciação de Serviço
Novos Mercados	Desenvolvimento de Mercado	Diversificação

Figura 3.2 – Estratégias frente ao Mercado.

Fonte: Adaptado por Ansoff. Estratégia empresarial. McGraw Hill, São Paulo. 1997

As hipóteses estratégicas de crescimento apresentadas na Figura 3.2, servem de instrumento de resposta aos desafios levantados nos capítulos anteriores:

1. Penetração de Mercado – explorar melhor o mercado atual
2. Diferenciação de Serviços – desenvolvimento de novos serviços
3. Desenvolvimento de Mercado – conquista de novos mercados
4. Diversificação – através de novos serviços e em novos mercados pode-se obter um crescimento de negócios da empresa.

Para Porter (1980), em todo o complexo competitivo, industrial ou de serviço, existem 5 forças que determinam a rentabilidade do setor, por influenciarem os preços, custos e requererem investimentos.

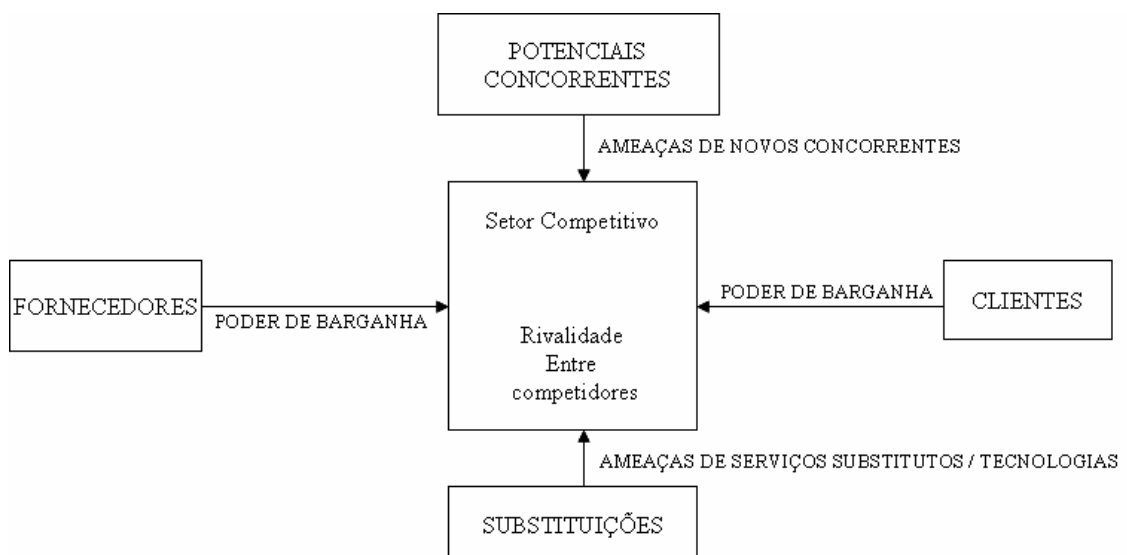


Figura 3.3 – As Forças Competitivas

Fonte: Porter (1980)

Ainda para Porter (1980), a essência da formulação estratégica é relacionar a empresa ao seu meio ambiente. Este meio ambiente é amplo, abrangendo forças sociais e econômicas, mas o principal aspecto é a indústria em que se revela a competição.

A concorrência em um setor leva em conta sua estrutura econômica básica, e depende das cinco forças competitivas básicas, conforme pode ser observado na Figura 3.3. Porter (1980) afirma que o conjunto destas forças determina o potencial de lucro do setor, medido como retorno a longo prazo do capital investido. Estas forças diferem em cada setor, logo o potencial de lucro também. O sucesso na definição de uma estratégia está ligada ao conhecimento destes cinco elementos, que deixará claro os pontos fracos e fortes críticos para a empresa, esclarece onde as mudanças estratégicas podem trazer melhores resultados e destaca as tendências do setor onde a empresa está inserida, identificando as ameaças e oportunidades.

As cinco forças competitivas, entrada, ameaça de substituições, poder de negociação dos compradores e dos fornecedores, e rivalidade entre os competidores do setor, mostram que a concorrência não está apenas fixada entre o relacionamento dos competidores. Os demais fatores são importantes e precisam ser avaliados. Porter (1980) destaca estas forças e sugere barreiras que podem ser adotadas. A seguir, serão apresentadas cada uma destas forças.

Quando uma nova empresa entra no mercado, é esperado que apresente plano de ganhar mercado e recursos para tal. A tendência é que o preço caia ou os custos se inflacionem, em outras palavras, a rentabilidade do setor deve ser alterada. Destaca-se neste momento em Recife, no setor de Saúde, um momento de profundas mudanças, com aquisições importantes no setor de Planos de Saúde e no Setor Hospitalar, estimulando a competição do mercado e fortalecendo a tendência de domínio no mercado dos grandes Planos de Saúde.

No estudo do ambiente competitivo e definição do posicionamento no mercado, Porter (1980) afirma que existem fontes de barreiras de entrada:

- Economia de Escala
- Diferenciação do Produto
- Necessidade de Capital
- Custos de Mudança
- Acesso aos Canais de Distribuição
- Desvantagens de Custo Independentes de Escala
- Política Governamental.

A primeira barreira de entrada é a Economia de Escala. Economias de Escala, naturalmente formam uma barreira, forçando a empresa entrante a ingressar em larga escala e arriscar-se a uma competição das existentes ou entrar em pequena escala, sujeitando-se a uma desvantagem de custo. A economia de escala pode estar presente em vários setores da empresa: distribuição, marketing, rede de serviços, compras, dentre outras. O compartilhamento de operações e funções com outros negócio dentro de um grupo empresarial podem alcançar economias relevantes, semelhantes a economias de escala, como acontece no Hospital Santa Joana, por fazer parte do Grupo Fernandes Vieira, que tem mais duas outras operações importantes na área de Saúde.

A Diferenciação do Produto é uma barreira baseada no fato das empresas estabelecidas terem sua marca positivamente identificada pelo cliente, em especial no setor de Hospitais, onde atributos de confiança são os mais presentes, como discutido no capítulo anterior. Esta barreira irá forçar o entrante a investir recursos para fixar sua marca e gerar confiança.

A Necessidade de Capital também se apresenta como importante barreira, em especial, quando estes investimentos apresentam risco acentuado, como em investimentos em propaganda e marketing, pesquisa e desenvolvimento, crédito ao consumidor, estoques, por exemplo.

Uma barreira importante, é quando um comprador ao mudar de uma fornecedor para outro, precisa realizar investimentos. Este Custo da Mudança pode ser importante barreira, pois se eles são altos, os entrantes terão de compensar estes custos oferecendo vantagens substanciais em custo ou desempenho.

O Acesso aos Canais de Distribuição são barreiras importantes. O setor já está estabelecido e os canais de distribuição pode ter sua capacidade esgotada ou de difícil compartilhamento, até por restrições contratuais com as empresas já estabelecidas, obrigando a empresa entrante a ofertar diferenciais para viabilizar seu acesso.

Por último, Desvantagens de Custo Independente de Escala se traduzem em vantagens da empresas estabelecidas que não dizem respeito a economias de escala e difíceis de serem alcançadas, tais como:

- Tecnologia patenteada
- Acesso diferenciada a matérias-primas
- Subsídios
- Localização
- Curva de Aprendizagem e Experiência.

O Governo pode limitar ou impedir a entrada de novas empresas, através de licenças de funcionamento, ambientais, acesso a matérias-primas, dentre outros.

Porter (1980) também destaca a importância do que ele chama de Barreira de Saída. As Barreiras de Saída são impostas as empresas já atuantes no mercado. São fatores econômico financeiros, estratégicos e até emocionais que mantêm as empresas competindo dentro de um mercado, mesmo quando apresentam resultados baixos, ou seja, baixo retorno do investimento. Destacam-se as seguintes barreiras de saída:

- Ativos Especializados de difícil venda ou transferência
- Custos Fixos de saída altos, relativos a rescisões, manutenção de produtos já comercializados, etc
- Restrições de Ordem Governamental.

Para Porter (1980), é importante analisar estas barreiras, quando se estuda um mercado. De forma simplificada, analisando apenas as questões relativas a barreiras de entrada e de saída, pode-se entender os retornos quanto ao risco e valor, apresentada na Figura 3.4, a seguir.

		BARREIRAS DE SAÍDA	
BARREIRAS DE ENTRADA	Baixas	Retornos Estáveis Baixos	Retornos Arriscados Baixos
	Altas	Retornos Estáveis Altos	Retornos arriscados Altos

Figura 3.4 – Barreiras e Rentabilidade

Fonte: Porter (1980)

Os negócios situados em mercado onde existam Barreiras de Entrada Altas e Baixas Barreiras de Saída, tendem a apresentar Retorno de Investimento Estáveis e Altos, e representam o ambiente mais desejado.

Outra força competitiva que precisa ser analisada é a Intensidade de Rivalidade entre os Concorrentes Existentes, com a prática de concorrência em preço, aumento de garantias, oferta de novos serviços, disputas publicitárias. Em especial, em mercados com custos fixos

altos existe uma necessidade de trabalhar dentro de sua capacidade total, levando à políticas mais agressivas no mercado.

A Pressão dos Produtos Substitutos, ou seja, a oferta de produtos similares como alternativa com bom preço-desempenho, implica nos atuais competidores a estratégias de preço ou modificação de produtos, que certamente devem gerar achatamento de lucro (PORTER, 1980).

A força do Poder de Negociação dos Compradores é bastante atuante, em especial na área de Hospitais como discutido no capítulo anterior, face a grande concentração de associados em poucos planos de Saúde, principal fonte pagadora dos Hospitais. Os compradores atuam exigindo preços baixos, maior qualidade e jogando os concorrentes uns contra os outros. Porter (1980) destaca que um grupo de compradores é poderoso em algumas situações específicas. Abaixo estão listadas três delas:

- Ele está concentrando ou adquire grande volume em relação as vendas do vendedor.
- Os produtos comprados são bem padronizados e não diferenciados.
- Eles enfrentam poucas barreiras de troca de fornecedor.

O Poder de Negociação de Fornecedores também afeta a rentabilidade do mercado onde ele atua. Um grupo fornecedor é poderoso, por exemplo, nas seguintes situações:

- É dominado por poucas empresas.
- Não tem concorrência com outros produtos.
- Quando a indústria que ele está negociando não tem tanto importância na sua rede de clientes.
- O produto que ela vende é de suma importância para o negócio comprador.
- Os seus produtos são diferenciados.

Para Porter (1980), após o diagnóstico das forças que afetam a concorrência e suas causas básicas, a empresa poderá realizar a análise de seus pontos fracos e fortes. Sugere que a empresa se posicione em relação as causas de cada força. Uma estratégia competitiva pode assumir uma ação ofensiva ou defensiva frente as cinco forças e pode realizar as seguintes abordagens:

- Posicionar a empresa de modo que suas capacidades sejam as melhores possíveis para proteger contra as cinco forças.
- Influenciar o equilíbrio das forças através de articulações que melhorem seu posicionamento estratégico no mercado.

- Antecipar-se as mudanças possíveis nas cinco forças.

Porter (1980) também sugere 3 estratégias básicas de atuação no mercado: a liderança em custo, diferenciação e enfoque.

Merecem destaque neste trabalho, as estratégias de Diferenciação e Enfoque. A Estratégia de Diferenciação visa tornar o produto ou serviço que a empresa oferta, como item único. Para tanto, são necessários investimentos em marca, imagem, tecnologia, qualidade dos serviços, e outras dimensões do negócio. Esta estratégia pode gerar no cliente a lealdade ao seu serviço ou produto, além de aumentar a percepção de valor do produto, logo possibilitando a prática de preços mais agressivos no mercado.

A estratégia de Enfoque está sendo muito discutida atualmente no mercado de Saúde. Ela sugere focar em um segmento específico. Esta estratégia, se desenvolvida com sucesso, pode trazer resultados acima da média, em função de que a empresa pode ter uma posição de baixo custo e/ou alta diferenciação. Porter (1980) salienta que esta estratégia normalmente leva a uma concentração de mercado. Ela leva a um *trade-off* entre rentabilidade e volume de vendas.

Por último, são destacados outros requisitos ligados às estratégias básicas sugeridas por Porter (1980), como apresentado na Figura 3.5 abaixo.

ESTRATÉGIA GENÉRICA	RECURSOS E HABILIDADES EM GERAL	REQUISITOS ORGANIZACIONAIS COMUNS
Liderança em Custo	Investimento de capital sustentado e acesso ao capital; Boa capacidade de engenharia de processo; Supervisão intensa de mão-de-obra; Produtos projetados para facilitar a fabricação; Sistema de distribuição de baixo custo.	Forte controle de custos Relatório de controle freqüente; Incentivos baseados em metas quantificáveis.
Diferenciação	Grande habilidade de marketing; Engenharia de produto; Criatividade; Grande capacidade de pesquisa.	Forte coordenação entre pesquisa de desenvolvimento de marketing; Avaliações e incentivos subjetivos na produção.
Enfoque	Reputação de liderança em qualidade ou tecnologia; Longa tradição na indústria.	Ambiente capaz de atrair mão-de-obra altamente qualificada; Combinação das políticas acima.

Figura 3.5 – Estratégias frente ao Mercado

Fonte: Porter (1980, p. 54)

O Planejamento Estratégico da empresa definirá o seu posicionamento frente ao mercado. O Hospital Santa Joana terá como foco as Estratégias de Diferenciação e Enfoque, com algumas variações de acordo com o cliente alvo, como será apresentado no próximo capítulo.

A declaração clara de Missão e Visão, entendimento das forças competitivas atuantes no mercado e análise de suas relações, em especial com pacientes, planos de saúde e médicos assistentes, serão importantes itens na definição da estratégia correta a ser adotada.

3.2 Objetivos e Indicadores de Desempenho

Nesta seção, serão destacados os conceitos envolvidos quanto as medidas ou indicadores de desempenho e a importância de seu alinhamento com os objetivos de desempenho da organização.

Além das preocupações gerenciais destacadas anteriormente, Slack *et al.* (2002), afirmam que toda e qualquer operação produtiva, tem 5 objetivos amplos de desempenho:

- Fazer certo as coisas. Não cometer erros para entregar bens ou serviços isentos de erro. Trata-se da dimensão QUALIDADE;
- Fazer as coisas com rapidez. Minimizando o tempo entre pedido e entrega, proporcionando ao cliente vantagem competitiva em RAPIDEZ;
- Fazer as coisas em tempo. Ou seja, cumprir o que foi acordado. Trata-se da dimensão CONFIANÇA / CREDIBILIDADE;
- Ter condições de adaptação. Ser capaz de mudar o que faz, se adaptando a necessidades de seus clientes, ter FLEXIBILIDADE;
- Fazer as coisas o mais barato possível. Ter possibilidade de produzir de forma a receita gerada, seja competitiva no mercado, dentro de padrões de custo que gerem a margem de rentabilidade exigida pelos acionistas, garantindo o retorno da organização. Em outras palavras, dar ao cliente a vantagem CUSTO.

A - Objetivo QUALIDADE

Este é considerado o objetivo particularmente importante, visto que qualidade é a parte visível de uma prestação de serviço. Para Slack *et al.* (2002), qualidade pode significar:

- Para um Hospital:
 - Pacientes recebendo tratamento mais apropriado;
 - Tratamento conduzido de forma correta;

- Pacientes consultados e informados corretamente;
- Funcionários corteses, amigáveis e prestativos.
- Para um Supermercado:
 - Produtos em boas condições;
 - Loja limpa e organizada;
 - Decoração adequada e atraente;
 - Funcionários corteses, amigáveis e prestativos.

Enfim, a dimensão Qualidade se traduz de formas diferentes, dependendo do negócio que está sendo avaliado. Além disso, destaca-se a complexidade inerente ao processo, visto que o conceito de qualidade também varia de acordo com o cliente, seus critérios de avaliação e pesos, definições bastante pessoais.

B - Objetivo RAPIDEZ

Para Slack *et al.* (2002), rapidez significa quanto tempo os consumidores precisam esperar para receber pelos produtos ou serviços solicitados. Da mesma forma que no objetivo qualidade, o significado prático sempre varia de acordo com o tipo de produto ou serviço a ser consumido, como destacado abaixo:

- Para um Hospital:
 - Tempo para atendimento de um paciente na urgência;
 - Tempo entre a solicitação de um exame e sua execução;
 - Tempo para o resultado de um exame.
- Para um Supermercado:
 - Tempo para compras;
 - Tempo no caixa;
 - Tempo para reposição de um item na prateleira.

Neste item merece destaque a importância deste objetivo para empresas de saúde, em especial, em setores de emergências de Hospitais. O artigo Anjos na Audi *apud* Slack (2002), destaca que em acidentes automobilísticos, receber atendimento na primeira hora após o acidente pode determinar a sobrevivência ou não. Nos automóveis classe S na Alemanha, existe um chip que detecta o acionamento do *airbag* e informa uma central a localização do veículo, agilizando todo processo de localização e socorro.

C - Objetivo CONFIANÇA / CREDIBILIDADE

Este objetivo é muito importante na prestação de serviços de saúde. Significa fazer as coisas em tempo para os consumidores receberem os seus produtos ou serviços. Vivenciando a prestação de serviço é que o consumidor construirá sua impressão sobre a empresa, e esta vivência será fundamental para sua escolha em outra oportunidade (SLACK *et al.*, 2002).

A confiança e credibilidade podem significar:

- Para um Hospital:
 - Proporção de consultas canceladas;
 - Cumprimento de horário de cirurgias;
 - Cumprimento de prazos de entrega de exames.
- Para um Supermercado:
 - Mínimo de falta de produtos;
 - Mínimo de tempo de fila;
 - Disponibilidade de vagas de estacionamento.

D - Objetivo FLEXIBILIDADE

Segundo Slack *et al.* (2002), a flexibilidade é a capacidade de mudar a operação. Ela pode ser classificada em quatro tipos:

- flexibilidade de produto / serviço: produtos e serviços diferentes. Habilidade de ofertar novos serviços. Em um hospital, esta dimensão pode ser traduzida na capacidade de introdução de novas técnicas ou informações médicas.
- flexibilidade de mix ou composto. Possibilidade de oferecer ampla variedade de serviços ou produtos. Esta característica se vê em departamento de emergência médica, onde se pode tratar diversos tipos de atendimento, dentro de várias especialidades.

E - Objetivo CUSTO

Hoje, em um mercado altamente competitivo e com preços muitas vezes comandados pelo mercado, o fator para um bom resultado será o custo. Em linhas gerais, o Lucro, objetivo de qualquer empresa, se dá pela diferença entre receitas e custos. Algumas vezes o preço de venda acaba sendo regulado pelo mercado, e exigindo o foco em custo mais baixo para se ter resultados diferenciados e até mesmo possibilitar praticar preços mais baixos, assim ser mais competitivo no mercado.

Para cada tipo de empresa, os custos mais representativos variam. Na Figura 3.6, a visão de Slack *et al.* (2002) sobre a composição de custos em dois segmentos:

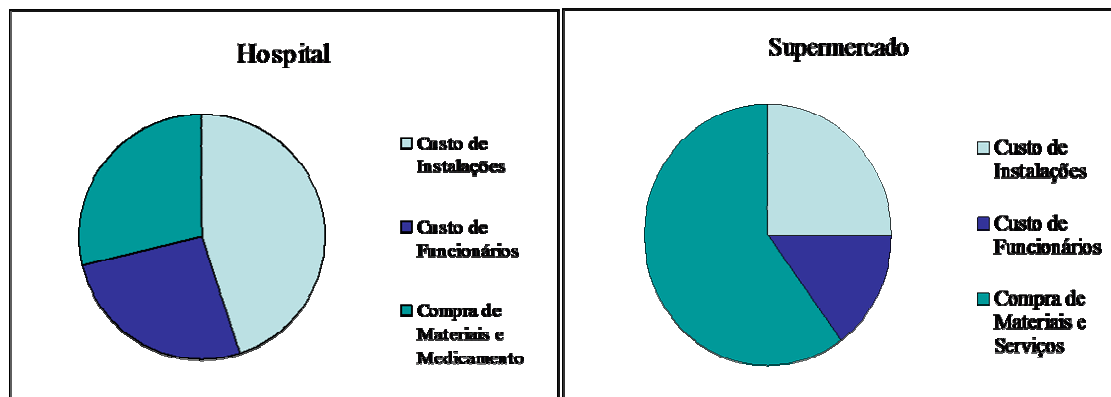


Figura 3.6 – Significado de Custos em Empresas Diferentes

Fonte: Slack *et al.* (2002)

Como destaca Slack *et al.* (2002), e retratado na Figura 3.6 acima, precisa-se entender bem a composição de custos da empresa, visando priorizar os investimentos em processos que tragam maior retorno ou tenham maior potencial de retorno. Atualmente, estima-se que 31% dos custos Hospitalares são na área de suprimento e 24% no custo direto de Recursos Humanos, segundo Schneller (2006).

Os objetivos de desempenho são complementares. Dificilmente uma empresa terá desempenho excelente em todos, nem existe um objetivo mais importante do que outro. Na prática, as empresas focam em objetivos e trocam de foco, seja pelo seu posicionamento no mercado, pelo ciclo de vida de seu serviço ou produto, ou cenário econômico e de marketing.

Importante observar os efeitos ou influências de um objetivo de desempenho no outro. Slack *et al.* (2002), destacam que o custo é influenciado pelos demais objetivos, a partir do momento que:

- maior qualidade pode significar menos desperdício, erros, retrabalho;
- rapidez pode significar maior produtividade e uso das estruturas de prestação de serviço;
- confiança / credibilidade pode significar maior fidelização do cliente e
- maior flexibilidade pode agregar valor com operações de maior dinâmica e uso da capacidade instalada.

A busca para melhor se posicionar nestes cinco objetivos de desempenho, pode trazer para a empresa, seja de produto ou serviço, vantagens competitivas, como mostra a Figura 3.7, abaixo.

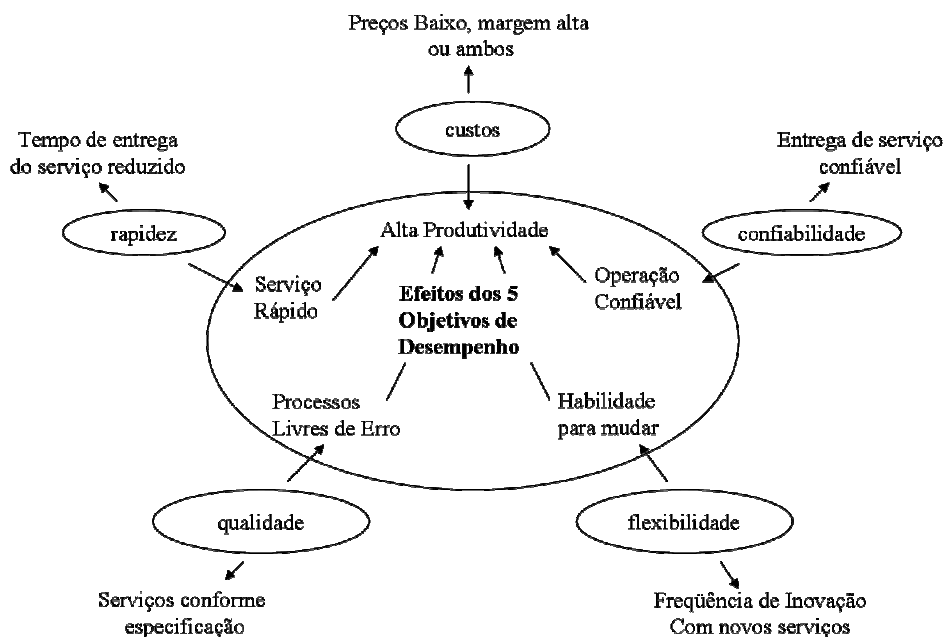


Figura 3.7 – Efeitos Externos e Internos dos objetivos de desempenho em empresas de Serviço

Fonte: Adaptado de Slack *et al.* (2002)

Na Figura acima, Slack *et al.* (2002) destacam os efeitos dos 5 Objetivos de Desempenho em empresas de Serviço. Como já discutido nas seções anteriores, no segmento de serviços Hospitalares, quase todos os objetivos ganham destaque, pela natureza da prestação de serviço e aspectos de mercado. Em especial, o destaque as questões relacionadas a Tempo, Custos, Qualidade e Confiabilidade. Na próxima seção, será apresentado o conceito de Indicadores de Desempenho e aspectos de medição dos mesmos.

3.3 Medidas de Desempenho

Após apresentado o conceito dos Objetivos de Desempenho da Organização, é fundamental entender Medidas ou Indicadores de Desempenho, devido a sua importância na avaliação empresarial.

As Medidas de Desempenho precisam estar alinhadas com os objetivos das organizações, que para Kotler (1984), atingem suas metas satisfazendo seus clientes com maior eficiência e eficácia que seus concorrentes. Por eficiência, entende-se a maneira como os recursos da organização são utilizados (economicamente) para atender um dado nível de

satisfação dos clientes. Por sua vez, eficácia está relacionada ao atendimento das exigências dos clientes.

Em outras palavras, pode-se entender eficiência como a medida de rendimento individual dos componentes do sistema. É fazer certo o que está sendo feito. Refere-se a otimização dos recursos utilizados para a obtenção dos resultados. Enquanto que Eficácia pode ser entendida como medida do rendimento global do sistema. É fazer o que é preciso ser feito. Refere-se à contribuição dos resultados obtidos para alcance dos objetivos globais ao longo do tempo (Oliveira, 2005).

Tais aspectos podem ser vistos como duas dimensões importantes do desempenho, além de ressaltar a existência de razões internas e externas que guiam a organização a tomar um conjunto específico de ações (SLACK, 1991).

3.3.1 Medidas de desempenho relacionadas a qualidade

Existem inúmeras definições para qualidade. Uma delas concebe qualidade como a conformidade com as especificações do produto (NEELY *et al.*, 2005). Dentro desse aspecto, as medidas de desempenho relacionadas à qualidade têm foco no número de falhas (taxa de falhas) do produto, e no custo de qualidade.

Feigenbaum (1961) foi o primeiro autor a sugerir que o verdadeiro custo da qualidade é uma função da prevenção, avaliação e do custo das falhas. Mais adiante, em 1983, Campanella e Corcoran (1983), apresentaram uma definição para esses três tipos de custos:

- Custo de prevenção: São os custos provenientes das atividades de prevenção de discrepâncias, os quais podem ser custos com treinamento, pesquisa de qualidade, planejamento etc.;
- Custo de avaliação: São os custos com a evolução da qualidade, e da detecção de eventuais discrepâncias, os quais podem ser custos de inspeção, teste e controle de calibração.
- Custo de falha: São os custos ocasionados pela ocorrência da falha, e podem ser subdivididos em dois grupos:
 - Internos (antes da entrega): São os custos de re-trabalho, revisão de material, entre outros. Neste caso o produto ainda não saiu da fábrica para os consumidores.

- Externos (depois da entrega): São os custos de devolução e troca dos produtos, bem como processo por parte dos consumidores. Neste caso, o produto já está disponível para os consumidores. Os custos de falhas externas podem provocar outros efeitos negativos para a organização, além dos já citados. Neste estágio, as falhas podem levar à perda de credibilidade da organização, e a repercussões negativas para a imagem da empresa.

Crosby (1972) afirma que “qualidade é investimento”, baseado na idéia que os custos com prevenção levam a uma redução maior nos custos de falhas. Assim, deve existir um nível ótimo de qualidade dentro de certas condições estabelecidas pela organização. O custo da qualidade é a medida do custo extra gerado para a organização por estar abaixo ou acima do esperado. Estima-se que tais custos girem em torno de 20% do preço de venda (CAMPANELLA E CORCORAN, 1983).

Ainda segundo Crosby (1972), muitas organizações falham em integrar o modelo de custo de qualidade com seu gerenciamento de processo. Também define a idéia de “organização problema”, pois tal organização é caracterizada por aspectos como: os produtos e/ou serviços desenvolvidos pela organização não atendem os requisitos estabelecidos; a gerência ignora os custos inerentes às falhas, e das demais atividades que visam a qualidade; a gerência nega sua influência e parcela de culpa nos problemas existentes, entre outros. Embora os gerentes estimem os custos de qualidade, eles falham em adotar ações apropriadas para reduzi-los.

3.3.2 Medidas de desempenho relacionadas a tempo

Tempo, abordado por Slack *et al.* (2002) como rapidez, tem sido descrito como uma vantagem competitiva e medida fundamental do desempenho industrial (STALK, 1988, DRUCKER, 1990 *apud* NEELY *et al.* 2005). Com a filosofia do *just-in-time*, a produção ou entrega de produtos atrasados ou antecipados são considerados desperdícios. Um dos objetivos da OPT (tecnologia de produção otimizada) é minimizar o tempo de processamento do produto.

Galloway e Waldron (1988, 1989) *apud* Neely *et al.* (2005) desenvolveram um sistema de custo baseado em tempo com as seguintes premissas:

1. As unidades da indústria são um conjunto integrado cujos custos de operação são predefinidos. Entendem como mais usual e simples considerar o custo total, excluindo-se material, chamado de custo total de fábrica.

2. Para todos os negócios, lucro é função do tempo que se leva para responder às necessidades do mercado.
3. A taxa com que um produto gera dinheiro é o que define sua lucratividade. E a diferença entre esta taxa e a taxa gasta pela fábrica na produção deste produto é que determina a lucratividade absoluta.

3.3.3 Medidas relacionadas a custo

Johnson (1972; 1975a,b; 1978; 1980; 1981; 1983) *apud* Neely *et al.* (2005) investigou e constatou que vários sistemas de gerenciamento usados hoje são baseados em premissas definidas há 60 anos atrás, mesmo tendo sido bastante alterados os ambientes de negócios, haja vista o efeito do custo direto com pessoal no custo do produto, que após a automação, caiu para 10 a 20 % do custo total do produto. A prática da alocação de despesas proporcionais a horas de trabalho direto leva os gerentes a tentar minimizar as horas de trabalho dos seus centros de custo. Johnson e Kaplan (1987) sustentam que no futuro, os ciclos de vida dos produtos se tornarão mais curtos. Conseqüentemente uma boa parte do custo total dos produtos estará ligada a despesas com pesquisa e desenvolvimento.

Como resultado de várias críticas à contabilização tradicional de custos, Cooper (1987a,b; 1988a,b; 1989a,b) *apud* Neely *et al.* (2005) desenvolveu uma abordagem conhecida como Custeio Baseado em Atividade (ABC). Jeans e Morrow (1989) *apud* Neely *et al.* (2005) defendem que ABC supera muitos problemas da abordagem tradicional, tais como:

- Maior ênfase no custo do produto e não do estoque;
- Redução do custo de trabalho direto, antes tido como um custo majoritário;
- Importância de despesas com projeto, controle de qualidade, serviços aos clientes, planejamento de produtos e vendas, que se revelam tão importantes quanto processos de fabricação;
- O aumento cada vez maior da complexidade da produção, seja pelo ciclo curto de vida de produtos seja pela exigência de maior qualidade;
- O mercado global é mais competitivo.

A produtividade também é outra medida de desempenho baseada em custo. Podendo ser expressa pela razão entre *output* (saídas) e *input* (entradas) do processo, os quais podem ser produtos, recursos específicos, ou combinação de outros recursos.

A Produtividade é a medida de como as entradas podem ser combinadas e utilizadas para obtenção de resultados desejáveis.

Ruch (1982) *apud* Neely *et al.* (2005) tem apontado caminhos para se atingir a produtividade. Estes caminhos poderão ser obtidos:

- Aumentando o nível de *output* (saída) mais rápido que o *input* (entrada), o que é denominado de crescimento administrativo. Como exemplo, pode-se citar o aumento de leitos em um hospital, com um pequeno acréscimo de equipes de enfermagem, ou seja, otimização na utilização da equipe, aumento da geração de receita maior que o crescimento de custos.
- Produzindo mais *output* (saída) com o mesmo nível de *input* (entrada), ou seja, '*trabalhando mais racionalmente*'. Por exemplo, otimizando os tempos de preparos das salas cirúrgicas, possibilitando a realização de mais cirurgias com a mesma quantidade de salas.
- Produzindo mais *output* (saída) com um nível reduzido de *input* (entrada). Cenário ideal. Focar em procedimento de maior rentabilidade, possibilitando a maior geração de receita utilizando a mesma estrutura hospitalar disponível.
- Mantendo o nível de *output* (saída), reduzindo o nível de *input* (entrada). Este é o cenário de grande eficiência. O foco na eficiência pode gerar oportunidade de redução de custos, mantendo a qualidade e geração de receita. Trata da possibilidade de gerar as mesmas receitas com menores custos.
- Diminuindo o nível de *output* (saída), porém diminuindo mais ainda o nível de *input* (entrada), o que é denominado de declínio administrativo. No declínio administrativo, existe por exemplo, uma redução de receita porém deverá haver uma redução ainda maior de despesas, para compensar positivamente a perda da receita.

3.3.4 Medidas relacionadas a flexibilidade

De acordo com Slack (1983) *apud* Neely *et al.* (2005), existem três dimensões para a flexibilidade: a distância, o custo e o tempo. A Flexibilidade analisa a capacidade de resposta, ou seja, quanto o sistema de produção pode se alterar e com que rapidez e custo.

Segundo Cox (1989) *apud* Neely *et al.* (2005) a flexibilidade pode ser definida como a medida de eficiência que o processo de manufatura pode ser alterado. Um tempo importante dentro de um Hospital, é o tempo de preparo de uma sala de cirurgia. Quanto mais rápido estiver disponibilizada a sala, maior nível de utilização da mesma, consequentemente mais procedimentos e receita.

Segundo Neely *et al.* (2005), em geral, gerentes acham fácil decidir o que eles deveriam estar medindo. Os autores realizaram uma pesquisa em uma amostra (que não foi informada se era aleatória ou não) de pequenas e médias empresas de manufatura no Reino Unido. Dentre os respondentes 69% concordaram com a afirmação de que é fácil definir critérios financeiros a serem medidos. Enquanto isso, uma porcentagem ainda maior (75% dos respondentes) afirmaram que é fácil definir aspectos não-financeiros a serem medidos no processo de manufatura, tais como qualidade, tempo de produção, nível de quebra de equipamentos, tempo perdido em calibragem, etc.

Os autores chamam a atenção para o caso de uma empresa com quatro gerentes seniores, que citaram cerca de 100 diferentes indicadores que podiam ser utilizados na empresa. Nesse tipo de situação, o problema vivenciado não é a identificação do que poderia ser medido (já exaustivamente identificado), mas a redução parcimoniosa deste conjunto a uma lista de medidas de desempenho representativas e importantes.

Diante disso, os autores concluem que as medidas de desempenho devem ser usadas de forma a atender e reforçar o planejamento estratégico, de uma maneira consistente com esse último. Visto que a estratégia empresarial é percebida quando decisões são tomadas e quando cursos de ação são seguidos, faz-se necessária uma coerência entre o processo de tomada de decisão e ações subsequentes.

Para se esclarecer essa idéia, tem-se o exemplo da Nissan, cuja estratégia de negócios é fabricar rentavelmente o carro com a mais alta qualidade vendido na Europa. Se o gerente de compras decidisse independentemente comprar componentes de baixo custo e baixa qualidade, então na prática estaria sendo seguida uma estratégia totalmente diferente daquela traçada pela alta cúpula gerencial. Tem-se aqui, como apresentado por Slack *et al.* (2002), o interesse pela formulação da estratégia sob uma perspectiva *Top-Down*, onde a estratégia corporativa norteia a estratégia das unidades de negócios e esta, as estratégias funcionais. Estas últimas, diferentemente do exemplo hipotético do gerente de compras apresentado, devem estabelecer objetivos para a contribuição de cada função à estratégia da empresa, incluindo as funções Compras, Vendas, Produção, Manutenção e todas as demais.

Hrebiniak e Joyce (1984) afirmam que a medição de desempenho deve ser um elemento de um sistema de controle estratégico que pode ser usado para influenciar o comportamento dos funcionários. Abordando seres humanos como 'receptores calculativos', afirmam que as pessoas recebem um estímulo (como uma crise externa, uma requisição de trabalho ou a ordem de um chefe); em seguida, os 'receptores calculativos' na mente das pessoas

interpretam o estímulo, avaliam os custos e os benefícios das possíveis respostas e selecionam o curso de ação que supostamente maximiza o seu ganho. Nessa perspectiva mecanicista, as medições de desempenho fazem parte de uma atividade de controle, seguida de possíveis sanções para reforçar ou modificar o comportamento do trabalhador, a depender do seu desempenho e da adequação da ação tomada por esse último.

Como uma lista exaustiva de autores apresentada por Neely *et al.* (2005) salienta, a medição de desempenho pode influenciar o comportamento humano, sendo também usada para fiscalização, motivação, monitoração de desempenho e estímulo do aprendizado, dentre outras coisas.

Stede *et al.* (2001) estudaram o relacionamento entre as medidas de desempenho e a estratégia das empresas. Foram 678 empresas Norte Americanas e 447 empresa Belgas. Foram enviados 1.125 questionários ao todo, porém só houve retorno de 128 (11,38%), sendo 87 americanas e 41 da Bélgica.

Os autores acima citados agruparam as medidas em três categorias:

- Medidas Financeiras Quantitativas
- Medidas Não Financeiras Quantitativas
- Medidas Subjetivas.

O primeiro grupo é formado por medidas como retorno do investimento, margem de contribuição, investimentos, dentre outros. O segundo grupo, das Medidas Não Financeiras Quantitativas, abordavam basicamente três temas:

- Medidas Operacionais Internas: volume de produção, produtividade, introdução de novos produtos, etc
- Medidas Orientadas para os Empregados: satisfação, treinamento, quantidade de demissões, absenteísmo, dentre outras
- Medidas Orientadas para os Clientes: tempo de entrega, participação no mercado, nível de satisfação do cliente, taxa de retenção do cliente.

E por fim, o terceiro Grupo, Medidas Subjetivas, abordavam aspectos de estilo gerencial, inovação, perspectivas de novos negócios, cooperação e compartilhamento de informações.

Stede *et al.* (2001) tabularam os resultados, apresentados na Tabela 3.1, constatando que na amostra estudada havia uma predominância de 56% de Medidas Não Financeiras Quantitativas, seguido por 25% de Medidas Financeiras.

Destacaram que nos últimos 3 anos, 47% das empresas da amostra acrescentaram e 11% eliminaram medidas financeiras, ao mesmo tempo que 64% adicionaram e 5% eliminaram medidas não financeiras.

Tabela 3.1 – Composição do Sistema de Medida do Desempenho

Grupo de Medidas	Quantidade de Medidas		
	Mínima	Média	Máxima
Subjetivas	3	5	6
Financeiras	2	6	10
Não Financeiras	5	14	23
Operacionais Internas	3	6	9
Orientadas ao Empregado	1	4	7
Orientadas ao Cliente	1	4	7
Total	10	25	39

Fonte: Tabulado através dos dados apresentados do estudo de Stede *et al.* (2001)

Stede *et al.* (2001) investigaram se havia relação entre as medidas adotadas e a estratégia competitiva adotada pela empresa. Os resultados são demonstrados na Tabela 3.2, onde pode ser observado que entre as estratégias de Líder em Custo e Diferenciação, existe apenas uma diferença significativa na adoção de medidas não financeiras quantitativas, em especial no que tange os clientes.

Tabela 3.2 – Média dos Grupos de Medidas de Desempenho

Grupo de Medidas	Estratégia Competitiva	
	Líder em Custo	Diferenciação
Subjetivas	4,68	4,55
Financeiras	6,49	5,97
Não Financeiras	13,41	14,53
Operacionais Internas	6,38	6,27
Orientadas ao Empregado	3,93	3,8
Orientadas ao Cliente	3,15	4,36

Fonte: Tabulado através dos dados apresentados do estudo de Stede *et al.* (2001)

Na próxima seção, serão apresentados alguns Sistemas de Medição de Desempenho, que servem para avaliar a evolução dos indicadores de desempenho da empresa. Os Sistemas de Medição de Desempenho farão parte do modelo de gestão a ser sugerido por este trabalho, visto que será elemento de monitoria dos resultados.

3.4 Sistemas de Medição de Desempenho.

Quando se analisa o Sistema de Medição de Desempenho, deve-se estar ciente que este é composto, dentre outras, por medidas individuais, as quais podem ser trabalhadas de inúmeras formas, por exemplo, no *Balanced Scorecard* (BSC) (KAPLAN e NORTON, 1997).

As Medidas Individuais, como colocado na seção anterior, serão alinhadas aos Objetivos de Desempenho da Organização, que por sua vez, foram definidos como resultado do processo de Planejamento Estratégico e definição da Estratégia Competitiva. Assim, o primeiro passo para entender tais sistemas será a análise das medidas individuais.

Deve-se destacar a importância da Medição de Desempenho, como meio de suporte às estratégias e ações das organizações, pois é pelo processo de quantificação de ações – expressando-as em números – que se passa a conhecer melhor o que se está tratando.

Segundo Kaplan e Norton (2004), executivos e funcionários atentam para aquilo que é medido, e não se pode gerenciar bem o que não se mede. Reforçam ainda que a mensuração é um dos fatores motivadores, mas a identificação do que se deve medir, é também um passo importante, que precisa do envolvimento do gestor. Para estes dois autores, a execução bem sucedida da estratégia envolve três componentes:

“Resultados notáveis = Descrição da estratégia + Mensuração da Estratégia + Gestão da Estratégia” (KAPLAN E NORTON, 2004, p.XI). A filosofia é simples: não se pode gerenciar o que não se pode medir e não se pode medir o que não se pode descrever.

De uma forma geral, um Sistema de Medição de Desempenho apresenta 3 níveis diferentes de análise (NEELY ET AL., 2005), como pode ser visto na Figura 3.8 a seguir:

- Medidas individuais de desempenho;
- O conjunto de medidas de desempenho como um todo;
- O relacionamento entre o sistema de medição de desempenho e o ambiente operacional.

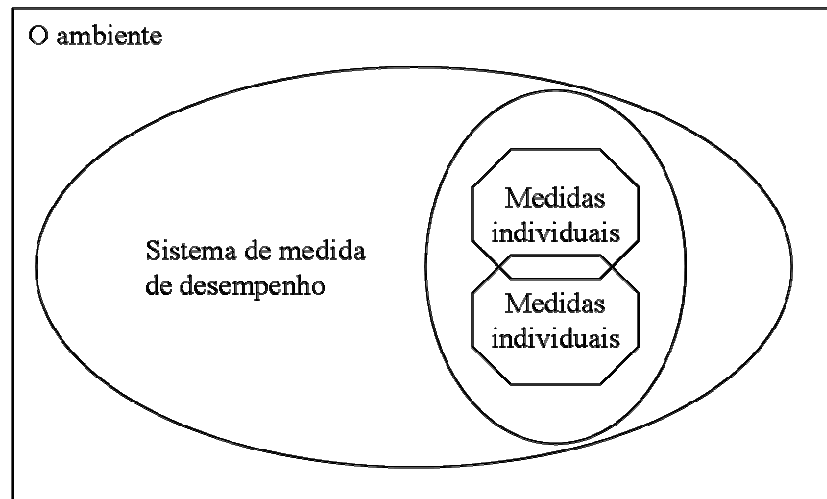


Figura 3.8 – Uma estrutura para um sistema de medição de desempenho

Fonte: Neely *et al.* (2005)

A análise do nível e medidas individuais de desempenho, pode ser feita por meio de questionamentos como:

- Que medidas de desempenho são usadas?
- Qual o motivo de uso de cada medida?
- Quanto custam?
- Que benefícios estas medidas trazem?

A análise do próximo nível conjunto de medidas de desempenho, podem ser realizadas perguntas como:

- Todos os elementos foram inclusos (internos, externos, financeiros e não financeiros)?
- É possível medir os resultados das ações implantadas, bem como suas taxas de melhorias?
- É possível relacionar as medidas com os objetivos de curto e longo prazo da organização?
- Há conflitos entre medidas?

E por fim, a análise do nível mais elevado relacionamento do sistema e ambiente, tem-se:

- Medidas de desempenho como forma de apoio a estratégia, e influência sobre a cultura organizacional.
- Utilização de medidas relacionadas à satisfação dos clientes, bem como aspectos competitivos.

Como citado na seção anterior, os três níveis de medidas de desempenho precisam estar alinhados com os objetivos das organizações. Para Kotler (1984), satisfazer seus clientes com maior eficiência e eficácia que seus concorrentes é a meta das empresas.

Neely *et al.* (2005) apresentam um exemplo da relação eficiência e eficácia, influenciando os objetivos de desempenho. Com relação à eficiência, pode-se reduzir os custos provenientes de falhas; já a respeito da eficácia, pode-se aumentar a satisfação dos clientes.

Assim, o nível de Desempenho que uma organização atinge, pode ser visto como uma função da eficiência e eficácia de suas ações. A partir dessa idéia central, algumas definições podem ser apresentadas:

- Medição de Desempenho: é o processo para quantificar a eficiência e eficácia das ações;
- Medida de Desempenho: é a métrica utilizada para quantificar a eficiência e/ou efetividade de uma ação;
- Sistema de Medição de Desempenho: é o conjunto de medidas de desempenho, utilizadas para quantificar tanto a eficiência como a eficácia das ações.

A Medição é um processo de quantificação, cujo objetivo é estimular ações dentro da organização. As Medidas de Desempenho devem ser posicionadas no contexto estratégico, passando a influenciar as ações dos indivíduos. De acordo com Mintzberg (1978), só através da consistência das ações que as estratégias podem ser percebidas.

Anthony (1965) destaca a importância de Sistema de Medição de Desempenho. Defende a utilização de medidas financeiras na avaliação de desempenho, em função da facilidade no entendimento e de comunicação dentro da empresa.

Outros autores, no entanto, defendem a utilização de medidas não financeiras de desempenho em conjunto com medidas financeiras. Solomos (1965) defende a adoção de medidas não financeiras que reflitam o desenvolvimento pessoal, responsabilidade pública, atitudes do empregado, por exemplo.

Kaplan (1983) defende medidas não financeiras, tais como: índices de produtividade, qualidade, flexibilidade e rapidez. Estas sugestões refletem o desenvolvimento de técnicas como *lean production* e qualidade total, que usam indicadores não financeiros.

Outro Sistema de Medição de Desempenho, *Performance Pyramid System* (PPS), inicialmente apresentado por Judson (1990) e aperfeiçoado por Lynch e Cross, visa alinhar as estratégias às operações. Fixando os objetivos a partir da visão estratégica corporativa repercutindo as prioridades dos clientes, e as medidas vindas da base da organização. Este sistema apresenta quatro níveis de objetivos que direcionam a efetividade externa e sua eficiência interna, como apresentado na Figura 3.9 a seguir. Estes níveis são:

- Corporativo
- Unidades de Negócio
- Sistemas Operacionais de Negócios
- Departamentos e Centros de Trabalho.



Figura 3.9 – Pirâmide de Performance (PPS)

Fonte: adaptado de Lynch e Cross (1991)

Para Lynch e Cross (1991), a visão corporativa é fixada na mais alta direção; os objetivos financeiros e de mercado são o foco das unidades de negócio; no terceiro nível, entendem que as medidas de satisfação dos clientes, flexibilidade e produtividade são

instrumentos para atingir as medidas financeiras e de mercado; e por último, as medidas operacionais que formam a base da pirâmide, e derivadas das medidas de terceiro nível.

O Sistema de Medição, *Performance Measurement System for Service Business* (PMSSI) (Sistema de Medição de Desempenho para Empresas de Serviço), considera seis dimensões de performance: competitividade, performance financeira, qualidade nos serviços, flexibilidade, utilização de recursos e inovação (FITZGERALD *et al.*, 1991). Estes mesmos autores sugeriram que há dois tipos básicos de medida de desempenho em qualquer organização: aquelas relacionadas com os *resultados* (competitividade, desempenho financeiro etc.) e aqueles que são *determinantes dos resultados*, que eles apresentam como qualidade, flexibilidade, utilização de recursos e inovação. determinam as performances competitivas e financeiras. Na Tabela 3.3 a seguir, destaca-se o sistema destes autores.

Tabela 3.3 - Sistema de Mensuração de Desempenho para Industria de Serviços (PMSSI)

DIMENSÕES DA PERFORMANCE		TIPOS DE MEDIDAS
RESULTADOS	COMPETITIVIDADE	Porção de Mercado
		Crescimento de Vendas
		Medidas da Base de Clientes
	DESEMPENHO FINANCEIRO	Liquidez
		Lucratividade
DETERMINANTES	QUALIDADE	Confiança
		Limpeza
		Cortesia
		Acesso
		Segurança
	FLEXIBILIDADE	Flexibilidade de Volume
		Flexibilidade de Entrega
		Flexibilidade na Especificação
	UTILIZAÇÃO DE RECURSOS	Produtividade
		Eficiência
	INOVAÇÃO	Desempenho nos processos de inovação
		Desempenho de inovações individuais

Fonte: adaptado de Fitzgerald *et al.* (1991)

Segundo Porter (1980), empresas que competem focadas em custo, normalmente, oferecem ao mercado produtos ou serviços padronizados, e seus clientes são conquistados pela variável preço, assim as medidas financeiras se apresentam como excelentes indicadores

de desempenho. Por outro lado, nas empresas que competem pela estratégia de diferenciação e inovação, as unidades financeiras não se mostram tão eficientes.

Dentre os diversos autores que abordam o assunto, não há consenso quanto ao conjunto de dimensões do Sistema de Medição de Desempenho, que são associadas aos objetivos de uma atividade ou seção na empresa, destacando-se aqui a Produção. Leong *et al.* (1990) *apud* Neely *et al.* (2005) definem essas dimensões como custo, flexibilidade, qualidade e tempo (rapidez). Slack *et al.* (2002) acrescentam a essas quatro dimensões-objetivo a *credibilidade*, que relaciona-se com a capacidade de entregar bens e serviços prometidos aos consumidores no prazo e condições estabelecidas.

Globerson (1985) *apud* Neely *et al.* (2005) sugere que as seguintes diretrizes sejam utilizadas quando da escolha de um conjunto de critérios de desempenho:

- Os critérios de desempenho devem estar alinhados com os objetivos de desempenho da organização;
- Os critérios devem possibilitar a comparação da empresa com outras organizações do mesmo ramo;
- Os propósitos de cada critério precisam ser claros;
- A coleta de dados e os métodos de cálculo das medidas de desempenho precisam ser claramente definidos;
- Critérios baseados em taxas são preferidos a números absolutos;
- Os critérios de desempenho devem estar sob o controle da unidade organizacional avaliada;
- Os critérios de desempenho devem ser escolhidos a partir de discussões com as pessoas envolvidas (clientes, gerentes, funcionários etc.);
- Critérios de desempenho objetivos são preferíveis a critérios subjetivos.

Maxwell (1989) *apud* Neely *et al.* (2005) também relacionam sete princípios para nortear o projeto de sistemas de medição de desempenho:

- As medidas devem estar diretamente relacionadas à estratégia de produção da empresa;
- Medidas não-financeiras devem ser adotadas;
- Deve-se ter em mente que as medidas necessárias variam de acordo com o setor em estudo, de forma que uma medida não é geralmente adequada para todos os departamentos simultaneamente;

- Deve-se ter em mente que, as medidas mudam com as circunstâncias. Elas não devem ser estáticas e fixas ao longo do tempo, mas devem ser revisadas para evitar sua obsolescência e inadequação;
- As medidas devem ser simples e de fácil uso. Com isso, torna-se a aprendizagem mais rápida, evitam-se erros, e pode-se permitir que funcionários sem muita qualificação ou treinamento possam obtê-las;
- As medidas devem proporcionar rápido *feedback*. Isso possibilita que ações preventivas e corretivas sejam tomadas a tempo de evitar consequências indesejáveis;
- As medidas devem ser projetadas de forma que elas estimulem a melhoria contínua e não simplesmente o monitoramento.

Com relação ao projeto de sistemas de medição de desempenho, destaca-se o trabalho de Oge e Dickinson (1992) *apud* Neely *et al.* (2005) que sugerem a adoção de sistemas de medição de desempenho que combinem *benchmarking* periódicos acompanhados de monitoração e medição, apresentado na Figura 3.10 a seguir:

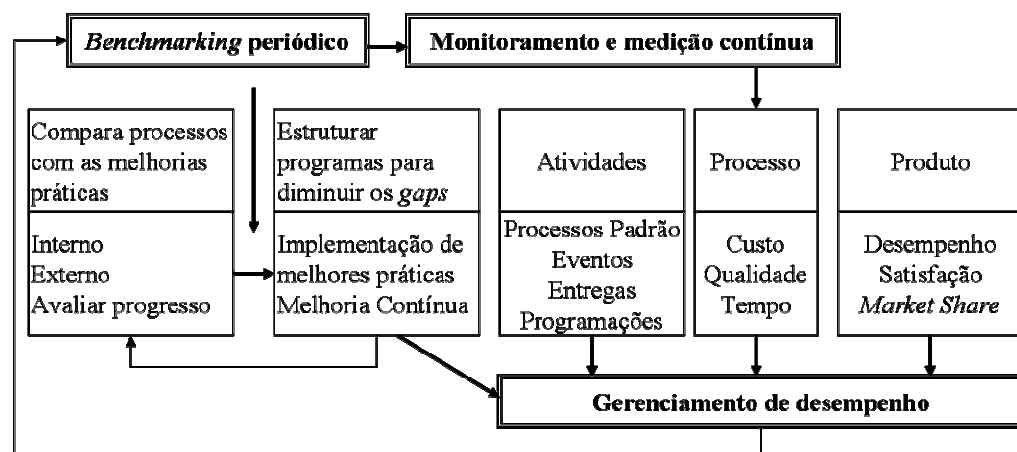


Figura 3.10 – Gerenciamento de Desempenho

Fonte: adaptado de Oge e Dickinson (1992) *apud* Neely *et al.* (2005)

Com o objetivo de aumentar o nível de eficácia dos modelos de gestão do desempenho organizacional, Robert Kaplan e David Norton desenvolveram, no início dos anos 90, uma ferramenta para medir desempenho organizacional denominado *Balanced Scorecard* (BSC).

Neely *et al.* (2005) consideram que o *Balanced Scorecard* o melhor modelo de medição conhecido. Como ilustra a Figura 3.11 a seguir, o BSC se propõe a prover aos gerentes informações de desempenho sob quatro perspectivas. A perspectiva do Cliente, a perspectiva

Financeira, a perspectiva dos Processos Internos, e a perspectiva da Inovação e Aprendizagem.

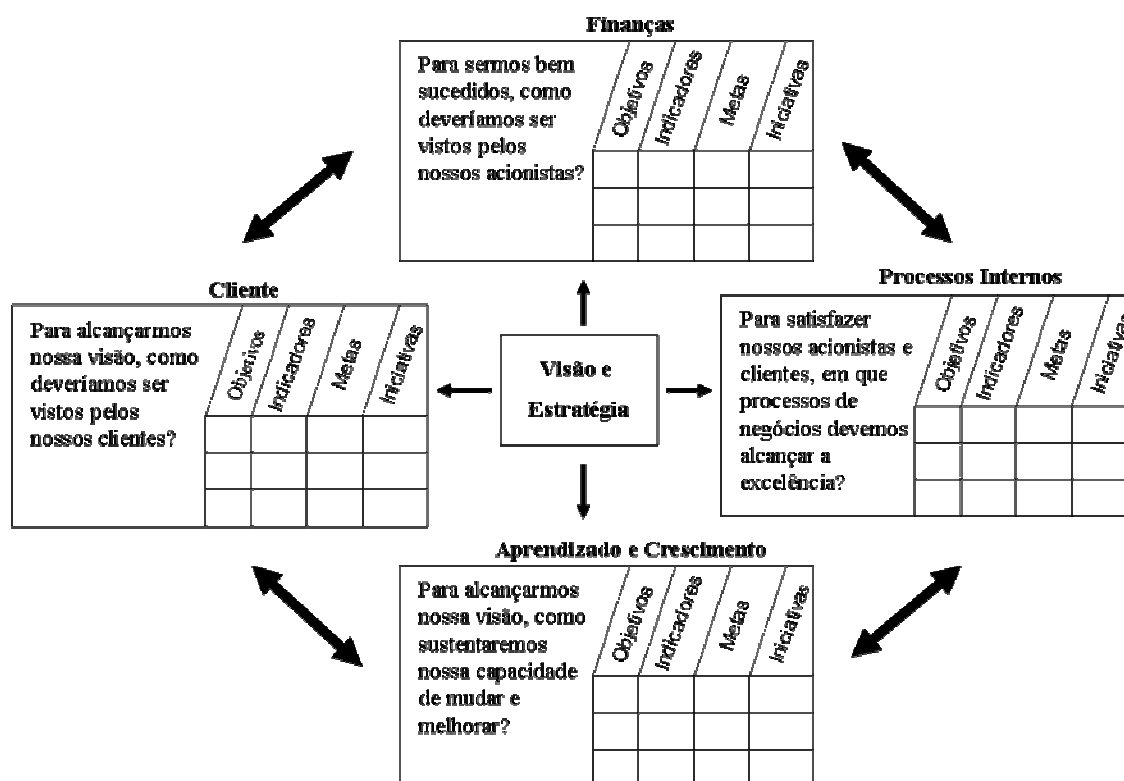


Figura 3.11 – Diagrama Esquemático do Balanced Scorecard.

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1997)

Os autores constatarem que uma falha do BSC é a falta de uma perspectiva importante, aquela que trata de avaliar o que os competidores estão realizando: a perspectiva da concorrência.

Para Kaplan e Norton (1997), o diferencial do BSC é a capacidade de comunicar a visão e a estratégia dentro da empresa, através de medidas ou indicadores de desempenho, que refletem os objetivos estratégicos e metas, que fazem as ações dentro da organização naturalmente alinhadas com os objetivos. As metas são quantificáveis e este aspecto é fundamental em um sistema de medição de desempenho.

Fischmann e Almeida (1981) definem Meta como a fragmentação dos objetivos, com fixação de valores e datas, que dão a direção do processo de implementação do Sistema de Medição de Desempenho.

Dixon *et al.* (1990) afirmam que o desenvolvimento de Sistemas de Medição viabiliza melhorias importantes de longo-prazo. Além disso, com apontam Banks e Wheelwright (1979) *apud* Neely *et al.* (2005), o estabelecimento de medidas de desempenho que reflitam horizontes de curto e longo prazo permite a minimização do imediatismo (*short-termism*) de muitos gerentes.

Diante das observações apresentadas acima, pode-se concluir que o desenvolvimento de um modelo de Sistema de Medição de Desempenho é algo bastante complexo. Para superar essa complexidade, os autores citados acima adotam não o ponto de vista da escolha de um modelo ou estrutura pré-estabelecida, mas de um processo de formulação de um sistema de medição que, segundo sua proposta, pode seguir um processo de nove passos:

- Definir claramente a missão da empresa;
- Identificar os objetivos estratégicos da mesma (lucratividade, fatia de mercado, inovação, etc.) usando a missão como guia;
- Desenvolver uma compreensão do papel de cada setor da organização na consecução dos vários objetivos estratégicos da empresa;
- Para cada setor, desenvolver indicadores de desempenho global capazes de definir a posição competitiva da empresa;
- Comunicar os objetivos estratégicos e de desempenho aos níveis hierárquicos mais baixos da organização, traduzindo esses objetivos em critérios de desempenho mais específicos;
- Garantir que haja consistência entre os objetivos estratégicos, os critérios de desempenho e os critérios utilizados em cada nível;
- Garantir a compatibilidade das medidas de desempenho usadas em todas as áreas da empresa;
- Usar os sistemas de medição de desempenho para identificar a posição competitiva da empresa, localizar áreas com problemas, para apoiar a empresa na atualização de objetivos estratégicos, na tomada de decisões táticas para atingir esses objetivos e no fornecimento de *feedback* depois que as decisões são implementadas;
- Em função da dinâmica do ambiente competitivo, reavaliar periodicamente a adequação do sistema de medição de desempenho estabelecido.

3.5 O Processo Estratégico e sua Implementação

O Planejamento Estratégico irá conceber a estratégia da Organização. A mesma prática, será influenciada por eventos externos e decisões internas, que forçarão sua reavaliação periódica. Ao exercício de conceber, executar, analisar interferências e responder ao mercado denomina-se Processo Estratégico (SILVA, 2003).

Fernandes (2003) destaca que a fase da implementação da Estratégia é aquela onde os gestores irão transformar a estratégia em ação, mudando o foco da formulação para a implantação. Basicamente, este mesmo autor entende que o processo Estratégico apresenta 3 fases:

- Identificação dos Objetivos
- Definição e Comunicação das Diretrizes e
- Definição do Sistema de Medição de Desempenho.

Fernandes (2003) ainda cita três métodos para a implementação da Estratégia. A Tabela de Bord, o *Management by Objectives* (MBO) (Gerenciamento por Objetivos) e o Gerenciamento pelas Diretrizes (*Hoshin Kanri*).

A Tabela de Bord, criada no início do século XX, na França, objetivava melhorar os processos produtivos e entender as relações de causa e efeito. Da mesma forma que o *Balanced Scorecard*, tem estrutura de causa e efeito orientada a visão e missão da Organização, porém priorizava medidas financeiras.

O MBO foi proposto em 1955 e defende o alinhamento dos empregados em uma única direção para o atingimento dos objetivos da Organização. Defende metas claras e grande participação dos empregados na definição dos objetivos e metas. Sua popularidade não foi grande face à necessidade da participação dos empregados e por enfoque muito operacional e não estratégico.

Por último, o Gerenciamento por Diretrizes, surgido no Japão, com elementos de diretrizes, planos, relações interdepartamentais, controle e efeitos. Neste método, há a aplicação do Planejamento Estratégico até a definição das metas, alinhando as tarefas com os objetivos da Organização, transformando objetivos globais em objetivos individuais.

Neste trabalho, serão destacados três métodos: o PDCA, o *Balanced Scorecard* e o Gerenciamento por Diretrizes. Estes métodos serão utilizados na formatação do arcabouço do modelo de gestão a ser sugerido no próximo Capítulo.

3.5.1 PDCA (Planejamento, Realizar, Checar, Analisar)

Campos (2004) enfatiza que o PDCA é um método de Gestão e um método para solução de problemas. A Figura 3.12, a seguir, mostra o método graficamente.

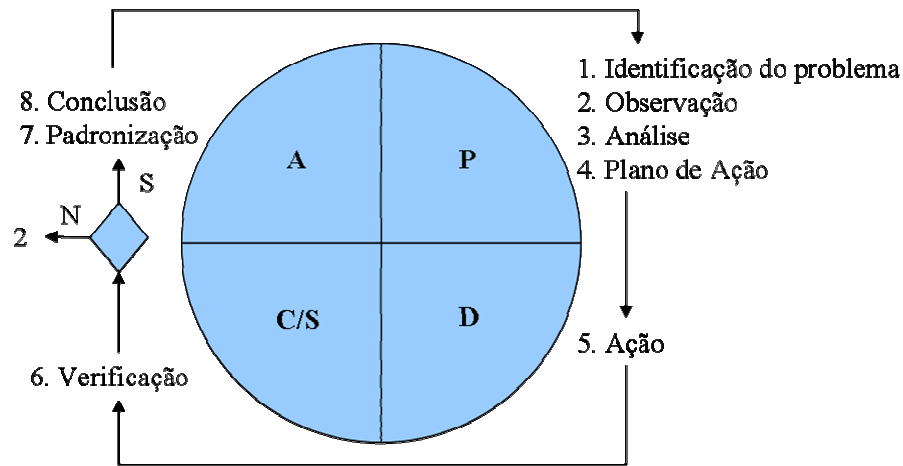


Figura 3.12 – Método PDCA

Fonte: Adaptado de Campos (2004)

O primeiro passo **P** (*Plan*), trata do planejamento. Nesta fase, deve-se identificar o problema, analisar o cenário, definindo as metas e método para alcance das metas. Basicamente, o resultado desta fase é um plano de ação consistente para solução de um problema.

O **D** (*Do*) do método, refere-se ao Fazer. Neste momento haverá o treinamento e a execução do Plano de Ação.

Checar o resultado do trabalho realizado é o objetivo do passo 3, que é o **C** (*Check*). Esta verificação se dá comparando os resultados obtidos com a meta que fora fixada. Podem ser aplicadas aqui várias ferramentas de controle, tais como gráficos de Pareto, gráficos de controle, dentre outras. Novamente, destacando a importância da medição de resultados para correta evolução do processo.

Por último, Campos (2004) destaca a última fase, onde deve ser feita a Análise dos resultados, estudo do processo e definida uma padronização, caso as metas sejam atingidas ou analisar as causas, e novamente definir contra-medidas e revisões do plano de ação para que o processo evolua para as metas desejadas.

3.5.2 O *Balanced Scorecard*

Segundo Rohm (2005), as empresas sempre buscam fazer mais com menos e para isso precisam estar fazendo certo as coisas certas. Para tanto, precisa haver um balanceamento entre uma boa estratégia e operação eficiente, neste ponto o BSC aparece como solução.

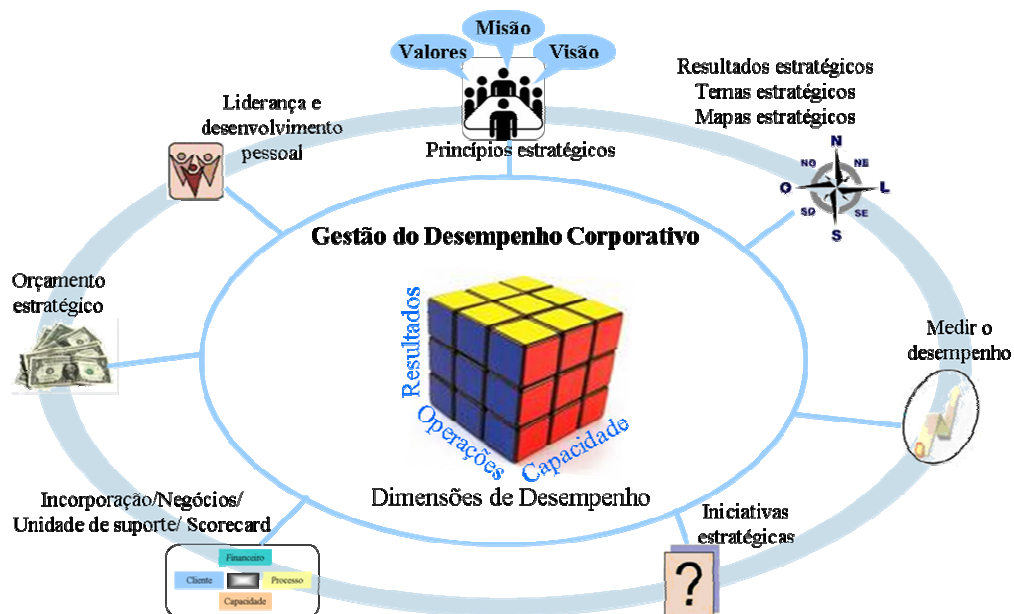


Figura 3.13 – Sistema de Gerenciamento de Performance BSC

Fonte: Adaptada do *Balanced Scorecard Institute* (2005)

Na figura 3.13 acima, Rohm *et al.*, mostram que o BSC permite observar três dimensões dentro da organização: Resultados, Operações e Capacidade, destacando os componentes de um sistema BSC pleno:

- Premissas do Negócio: destacando-se a visão, missão e valores da empresa;
- Planos: de comunicação, implementação e avaliação de todo o processo;
- Estratégias do Negócio e Mapa Estratégico: este componente visa descrever o fluxo dos processos e definir a estratégia, decompondo-a em atividades;
- Medidas de *Performance* (Desempenho): possibilitando a comparação entre os valores atuais e nossas metas;
- Iniciativas: trata-se de planos de ação necessários para atingir as metas estabelecidas;
- Orçamento: que dê suporte as novas iniciativas;

- *Scorecards* de diversos níveis: através destes painéis serão relacionados os objetivos estratégicos dentro de cada unidade organizacional;
- Desenvolvimento Interno: cujo objetivo é garantir o desenvolvimento do conhecimento e habilidades das equipes estejam compatíveis com os requerimentos do seu cargo dentro de uma visão mais competitiva.

A lógica do sistema é decompor as premissas estratégicas em diversas visões e perspectivas, segundo os diversos atores do processo. Os acionistas são representados na perspectiva financeira; clientes através da perspectiva do Cliente; gerentes tem sua visão estabelecida na Perspectiva de Processo de Negócios e empregados e infra-estrutura (capacidade) estarão alinhados através da perspectiva de crescimento. Na Figura 3.14 abaixo, mostra-se a integração das perspectivas.

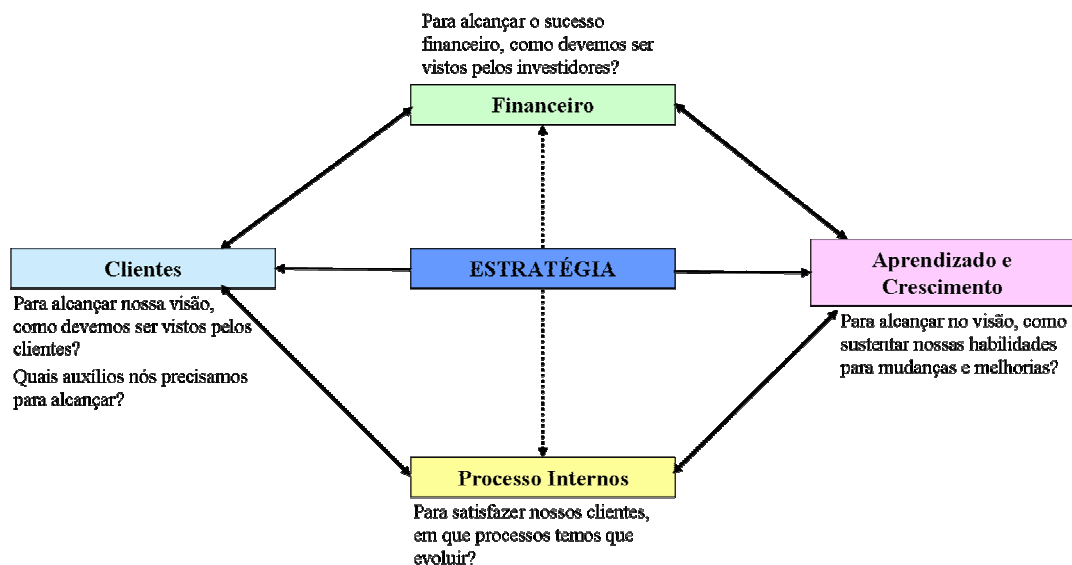


Figura 3.14 – Modelo Básico do Sistema de Gerenciamento de Performance BSC

Fonte: Adaptado do *Balanced Scorecard Institute* (2005)

Estratégia deve definir o COMO. Em cada nível da empresa existem estratégias. Ela pode se traduzir em diversos temas, tais como: desenvolver um novo negócio ou produto; aumento da eficiência, aumento da qualidade do serviço, e todos estes temas na linha final devem refletir em atividades e metas do dia a dia. No nível mais baixo os gerentes vão traçar suas estratégias para atingir os objetivos, mas importante destacar que tratam-se de hipóteses e só a medição vai sinalizar que estratégias adotadas se concretizaram, deram os resultados esperados. (ROHM ET AL., 2005)

A Proposta do *Balanced Scorecard* é um modelo para descrever a Estratégia, com os seguintes elementos:

- Desempenho Financeiro: define o sucesso da organização. A estratégia irá descrever como promover este crescimento de valor para o acionista;
- Sucesso com o Cliente final: é o principal elemento que influencia o desempenho financeiro. Medida pela satisfação, crescimento de mercado, por exemplo;
- Os Processos Internos são os responsáveis por criar valor aos clientes. Os indicadores de processo interno podem indicar tendência nos resultados Financeiros e de Cliente.
- Objetivos de Aprendizado e Crescimento visam descrever como as pessoas, a tecnologia, e clima organizacional, devem interagir e atuar para sustentar a Estratégia a longo prazo. As melhorias dos indicadores da perspectiva de Aprendizado e Crescimento mostram tendências para as outras 3 perspectivas: Processo Interno, Cliente e Financeiro

A Lógica da criação de Valor do *Balanced Scorecard* segue abaixo na Figura 3.15.

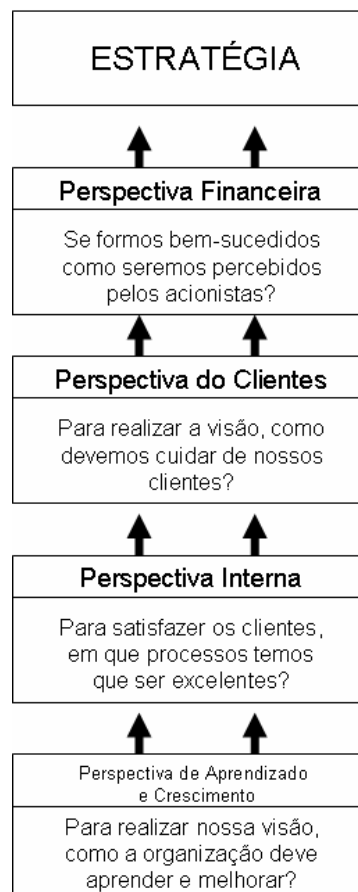


Figura 3.15 – Modelo de Criação de Valor

Fonte: Kaplan e Norton (2004)

Alguns princípios da Estratégia, segundo Kaplan e Norton (2004):

- Estratégia deve equilibrar forças contraditórias: os autores reforçam que o investimento em ativos intangíveis, visando garantir receitas de longo prazo, podem conflitar com a necessidade de curto prazo de redução de custos. Porém deve haver um equilíbrio nestes investimentos, pois o objetivo maior de qualquer organização é o crescimento sustentável de valor para os acionistas.
- Estratégia deve definir qual a proposição de valor para os clientes. Deve haver uma identificação clara dos clientes alvo da Organização e a proposição de valor. Destacam 4 possíveis proposições de valor: baixo custo total, liderança em produto/serviço, soluções completas e estratégia de aprisionamento.
- Processos Internos criam valor para a Organização. As duas primeiras perspectivas, Financeira e de Clientes descrevem os resultados desejados, mas as perspectivas dos Processos Internos e de Aprendizado e Crescimento é que fazem acontecer os resultados. As duas perspectivas é que mostram o COMO.
- Perspectiva de Aprendizado e Crescimento trazem resultados sustentáveis de longo prazo.

Kaplan e Norton (2004, p.7) reforçam que:

“Os Objetivos das quatro perspectivas interligam-se uns com os outros numa cadeia de relações de causas e efeitos. O desenvolvimento e o alinhamento dos ativos intangíveis induzem a melhorias no desempenho dos processos, que por sua vez,, impulsionam o sucesso para os clientes e acionistas.”

O Balanced Scorecard Institute sugere um modelo para construção e implementação do BSC, denominado *Nine Steps to Success* (Nove Passos para o Sucesso), representado na Figura 3.16, abaixo.

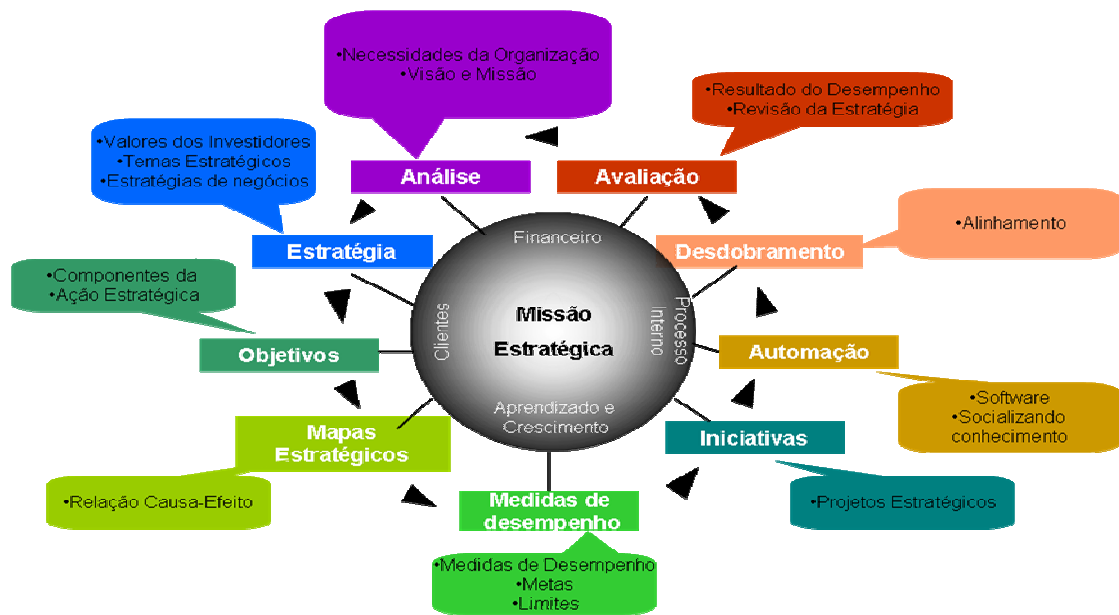


Figura 3.16 – Modelo Nine Steps to Success (Nove Passos para o Sucesso)

Fonte: Adaptado do Balanced Scorecard Institute (2005)

O modelo sugere duas fases: a primeira refere-se a construção do BSC e abrange os seis primeiros passos, e a fase de implementação que abrange os três últimos passos. Abaixo, de forma mais detalhada cada passo do modelo do *Balanced Scorecard Institute*.

O primeiro passo é a determinação dos valores e premissas organizacionais. Neste passo, cabe a empresa deixar claro a sua visão, missão, identificar oportunidades no mercado, estabelecer objetivos, investigar o nível de satisfação dos clientes e desenvolver uma análise SWOT, ou seja, identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Para a realização deste passo, é importante formar uma equipe e desenvolver o plano de gerenciamento de mudança, plano de comunicação e o cronograma de todas as atividades.

No segundo passo, deve-se desenvolver uma visão geral da Estratégia do Negócio. Para situar no presente trabalho, por exemplo, o Hospital poderia definir como uma das estratégias, focar em gerenciamento de custo e competir pelo paciente internacional. Os demais passos tentarão desenvolver atividades para decompor este dois primeiros passos em planos, indicadores e atividades.

O Passo 3 visa decompor as estratégias de negócio em Objetivos. Os objetivos são a base da estratégia. Por exemplo: se o Hospital definiu como estratégia a competição por pacientes internacionalmente, terá seguramente alguns objetivos tais como: acreditação internacional, capacitar os funcionários em língua estrangeira, preparação da infra-estrutura hospitalar, preparar campanha de marketing, dentre outros. Além disso, maior gerenciamento

de custo geraria a necessidade de foco nos seguintes objetivos: avaliar os custos e rentabilidade por procedimento ou paciente, identificar e incentivar os procedimentos mais rentáveis, avaliar a utilização de medicamentos genéricos, analisar os processos e capacidade instalada, dentre outros.

No passo 4 deve ser construído o mapa estratégico da organização. O Mapa Estratégico é um diagrama de causa e efeito. Nele, os objetivos estratégicos são conectados e classificados em uma das quatro perspectivas. O relacionamento entre os objetivos estratégicos são usados para identificar os direcionadores chaves do desempenho. Na Figura 3.17 a seguir, é apresentado um exemplo de um mapa estratégico geral.



Figura 3.17 – Mapa Estratégico de Setor Privado

Fonte: Adaptado do Balanced Scorecard Institute (2005)

Neste momento do processo, o Hospital realizou a análise do mercado, a posição da empresa, identificado oportunidades, definido estratégias e objetivos, e diagramado através de uma análise de causa e efeito os objetivos por perspectiva. O passo seguinte foca no desenvolvimento das medidas de desempenho. Neste ponto destaca-se a questão de diferenciar medidas de resultados e medidas de processos. Do ponto de vista de indicadores, trata-se de diferenciar aqueles que demonstram os resultados empresariais daqueles que indicam se serão gerados os resultados. Por exemplo: o faturamento do hospital é um indicador de resultado, porém o indicador ocupação hospitalar é gerador de resultado, pois se ele estiver abaixo do projetado não serão alcançadas as metas. Esta medida nos indica tendência. Assim, nesta fase, devem ser identificadas as medidas chave de resultado e os

direcionadores de desempenho. Na Figura 3.18 a seguir é apresentada a interligação entre as Medidas de Resultado e de Processo.

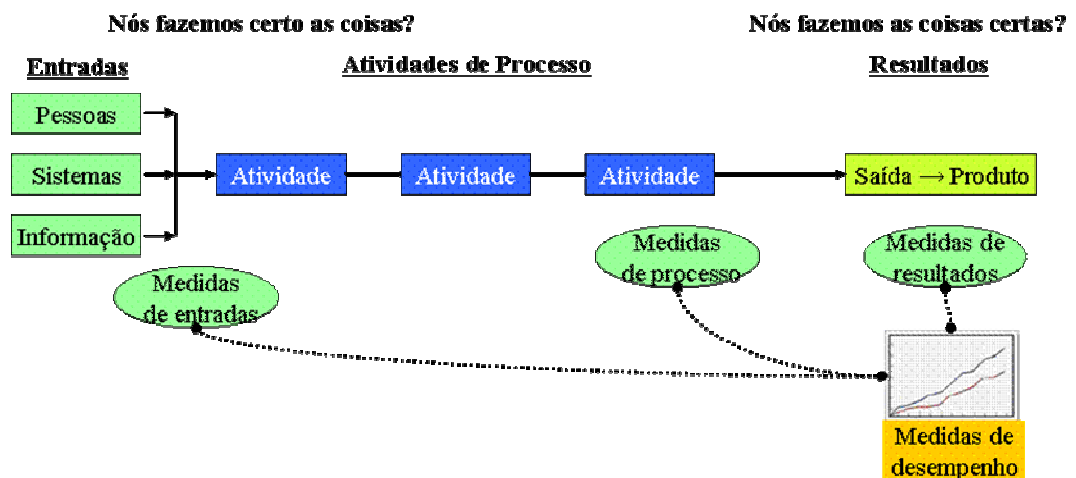


Figura 3.18 – Inter-relacionamento entre Medidas de Resultado e de Processo

Fonte: Adaptado do Balanced Scorecard Institute (2005)

Esta fase tem que ser muito bem desenvolvida. Os indicadores devem possibilitar sua medição e servir para a tomada de decisão. Para realização deste passo, o Balanced Scorecard Institute sugere a adoção de um dos modelos:

- Modelo lógico
- Fluxo de Processo
- Análise de Causa-Efeito.

No modelo lógico é permitido explorar o relacionamento entre os tipos de medidas de desempenho: *inputs* (as entradas. Trata-se do que é usado para gerar valor), processo (como são transformados os *inputs* (entradas) em produtos ou serviços), *outputs* (saídas, o que é produzido) e *outcomes* (resultado, o que é gerado de valor). O modelo inicia com o processo e através de perguntas “por que” vai subindo o nível até chegar ao resultado, ou pode iniciar com o resultado e através de perguntas “como”, chegar ao processo. Um exemplo é dado na Figura 3.19.

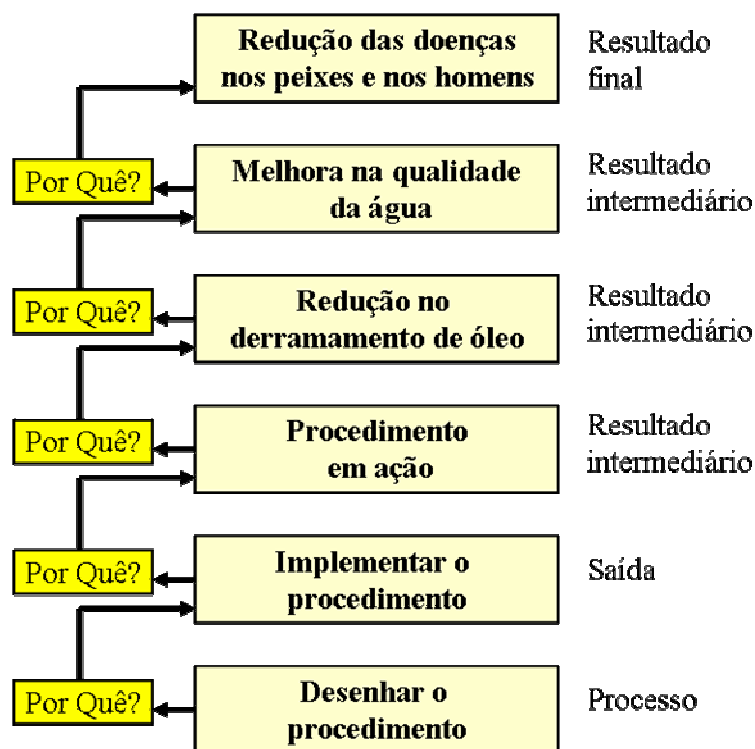


Figura 3.19 – Modelo Lógico para identificação de Resultados e Processo

Fonte: Adaptado do Balanced Scorecard Institute (2005)

No passo 6 termina-se a fase de construção do BSC. Nesta fase devem ser identificadas as iniciativas, os planos de ação a serem implementadas visando o atingimento dos objetivos estratégicos. Mais uma vez, importante destacar a lógica do BSC, que possibilita partindo de informações estratégicas, que seja alinhada toda a operação da empresa, através de planos de ação alinhados com as metas estabelecidas, como demonstrado na Figura 3.20 a seguir. Partindo da Identificação das necessidades dos clientes e acionistas, define-se os elementos estratégicos: a visão, a Missão, e análise competitiva do mercado. Define-se a estratégia e as medidas de desempenho. Em seguida, alinhado toda a operação da empresa, definem-se as tarefas, atividades e projetos, enfim as questões mais operacionais alinhadas estrategicamente com as definições da alta direção.

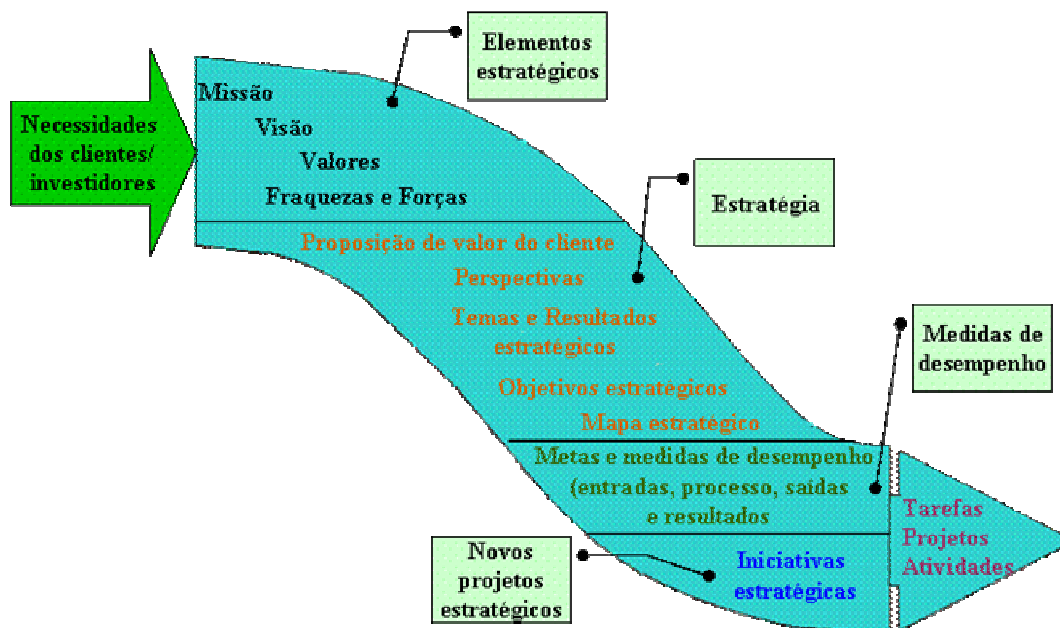


Figura 3.20 – Modelo Lógico do BSC

Fonte: Adaptado do Balanced Scorecard Institute (2005)

O Resultado da fase de construção do BSC pode culminar com a representação do BSC que fora construído em diversos formatos. O Balanced Scorecard Institute sugere dois tipos de representação gráfica para o BSC final, como seguem abaixo nas representações apresentadas nas Figuras 3.21 e 3.22. (ROHM ET AL., 2005)

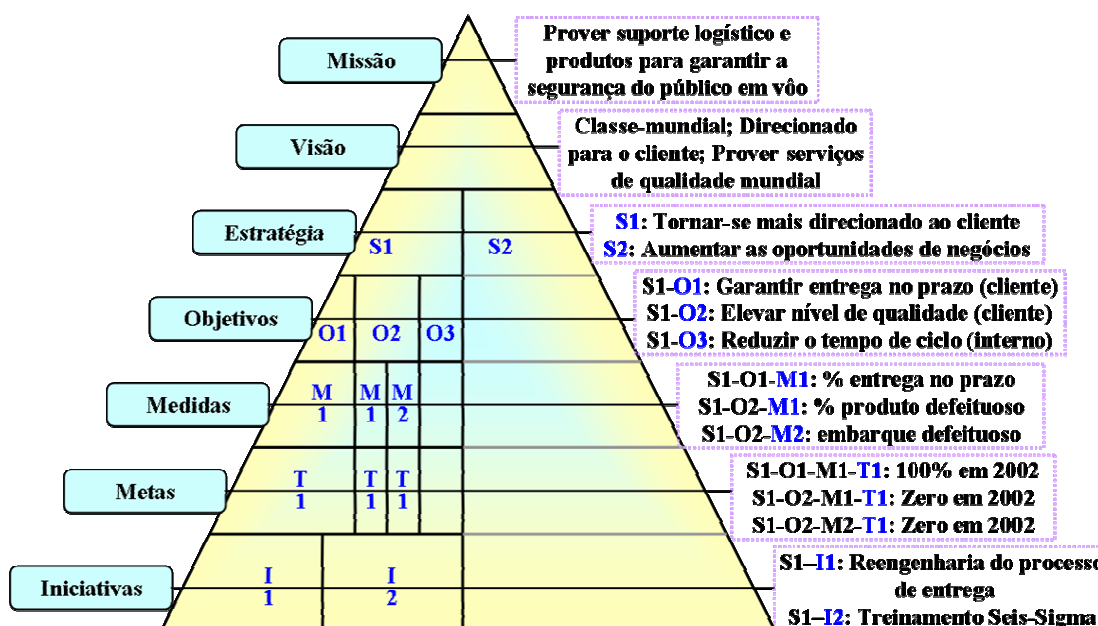


Figura 3.21 – Possível Forma de Representação do BSC.

Fonte: Adaptado do Balanced Scorecard Institute.(2005)

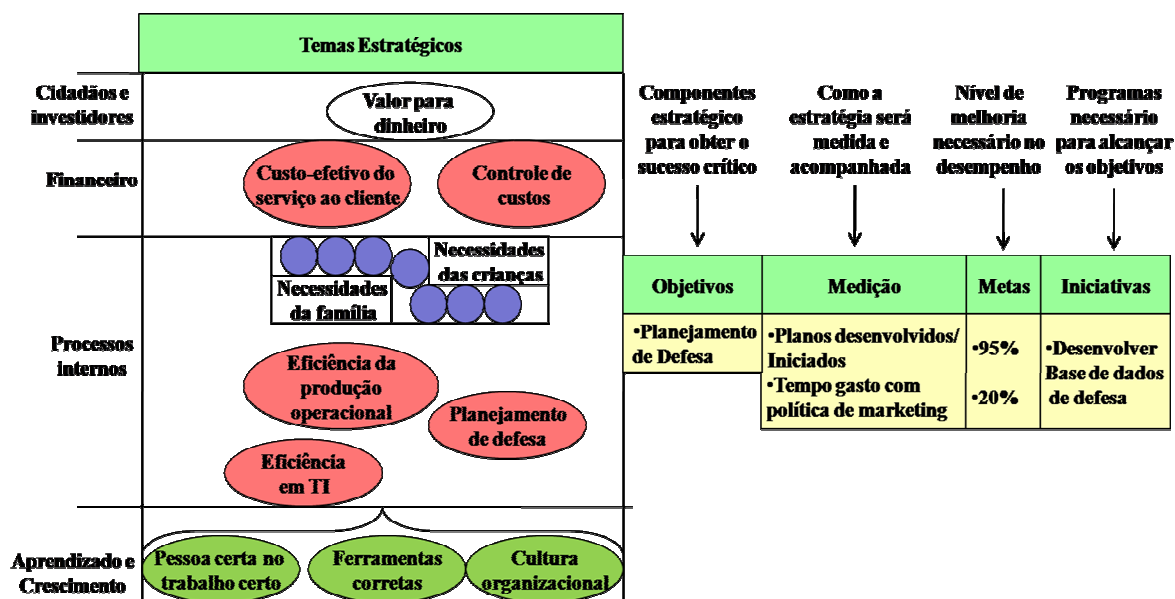


Figura 3.22 – Possível Forma de Representação do BSC

Fonte: Adaptado do Balanced Scorecard Institute (2005)

As duas figuras acima, demonstram duas formas diferentes de apresentar o produto final do BSC. Na primeira forma, em uma perspectiva de cima para baixo, são registradas desde a Missão, Visão, Estratégia e Objetivos Estratégicos, que foram definidos pela alta Direção, desdobrando as informações de maior nível em indicadores de desempenho, suas metas e iniciativas que devem ser implementadas.

Na Figura 3.22, o mesmo processo pode ser documentado, porém usando o Mapa Estratégico para esclarecer as possíveis relações de causa e efeito, dentro das quatro perspectivas do BSC, e destacando ao lado do Mapa, os Objetivos, Indicadores, Metas e Iniciativas. Este modelo de representação apresenta maior facilidade de construção.

Este modelo de construção do BSC, possibilita que as pessoas reflitam sobre a empresa e seu papel dentro da organização, ficando claro quais seus objetivos. É também uma oportunidade de revisar processos, desenvolver novos planos de ação, otimizando e alinhado os esforços de todos os empregados com os objetivos estratégicos da organização.

3.5.3 Gerenciamento pelas Diretrizes

Para Campos (1996), o Gerenciamento pelas Diretrizes pode ser definido como uma atividade voltada a solucionar problemas prioritários de uma organização, ou pode ser entendido como um mecanismo para concentrar a força intelectual de todos os funcionários, focando em metas de sobrevivência da organização.

Estas metas tem que ser fixadas de acordo com as definições estratégicas que foram tomadas no Planejamento Estratégico que fora realizado, e que esta refletido nos seus planos:

- Plano de Longo Prazo: basicamente refletindo sua visão de futuro e posicionamento no mercado;
- Plano de Médio Prazo: com suas metas e objetivos estratégicos e
- Plano Anual: detalhando através do estabelecimento de metas concretas.

O Gerenciamento pelas Diretrizes tem como objetivo transformar as estratégias da organização em realidade, sendo a principal metodologia para montagem do plano de ação anual. (CAMPOS, 1996).

Trabalhar com o Gerenciamento pelas Diretrizes é gerenciar utilizando o método PDCA, onde:

- P – Estabelecimento das Diretrizes
- D – Execução dos Planos de Ação
- C – Verificar os resultados e o avanço dos planos de ação
- A – Reflexão, análise das diferenças entre metas e situação atual, determinação das causas e recomendações de medidas corretivas.

No Gerenciamento pelas Diretrizes, a base é definir corretamente as metas, alinhadas com os objetivos estratégicos da organização, e definir planos de ações que possibilitem o alcance destas metas. Segundo Campos (1996), Planejar é definir o que tem que ser feito para atingir uma meta. Já uma meta é constituída de 3 partes: um objetivo gerencial, um valor e um prazo. Por exemplo: Reduzir o número de reclamações em 50% até dezembro de 2008. Esta afirmação é uma meta, pois nela constam os 3 elementos:

- Objetivo Gerencial: Reduzir o número de reclamações
- Valor: em 50%
- Prazo: até dezembro de 2008.

Para alcançá-la, terá de haver ato de planejar, montando o plano de ação visando atingir esta meta. Gerenciar é atingir Metas. Diretor significa aquele que dá direção. A direção é a Meta.

As medidas dentro de uma organização podem ser ditas desdobráveis e não-desdobráveis. As desdobráveis são aquelas que serão executadas pelos níveis hierárquicos mais inferiores. As não-desdobráveis devem ser executadas pelo próprio responsável e são transformadas em AÇÃO.

O maior nível hierárquico da Organização estabeleceu medidas, e parte delas serão não-desdobráveis, mas algumas se transformarão em Metas para algum nível imediatamente inferior, que para alcançar esta meta, definirá medidas, que também podem ser transformadas em Metas para algum nível hierárquico inferior, e assim por diante, até alcançar os níveis operacionais, se transformando em planos de AÇÃO. A este processo dá-se o nome de desdobramento. Outro método possível para o desdobramento é estabelecer as metas em todos os níveis hierárquicos e depois, estabelecer as medidas em cada nível. As Figuras 3.23 e 3.24 a seguir, demonstram graficamente a diferença entre os dois métodos:

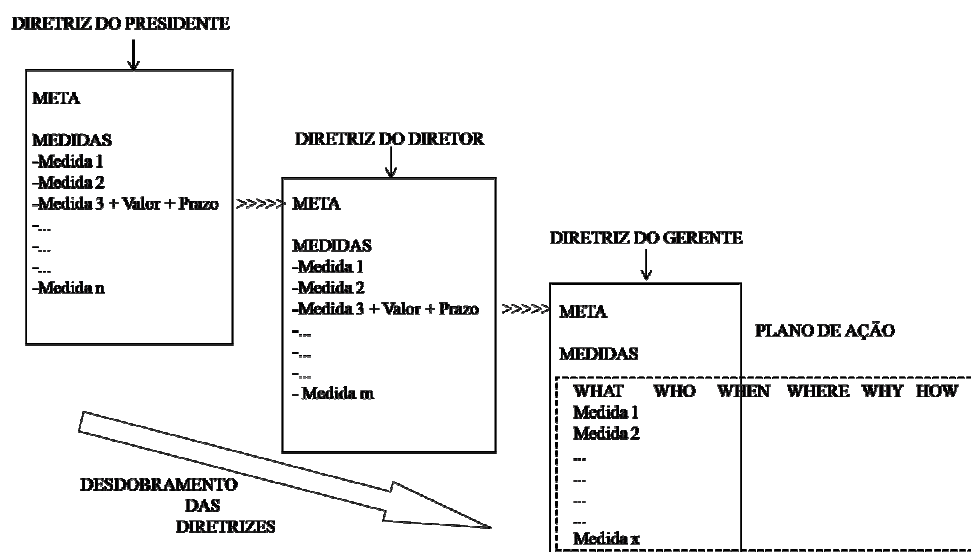


Figura 3.23 – Método de Desdobramento de Diretrizes – Método A

Fonte: Campos (1996)

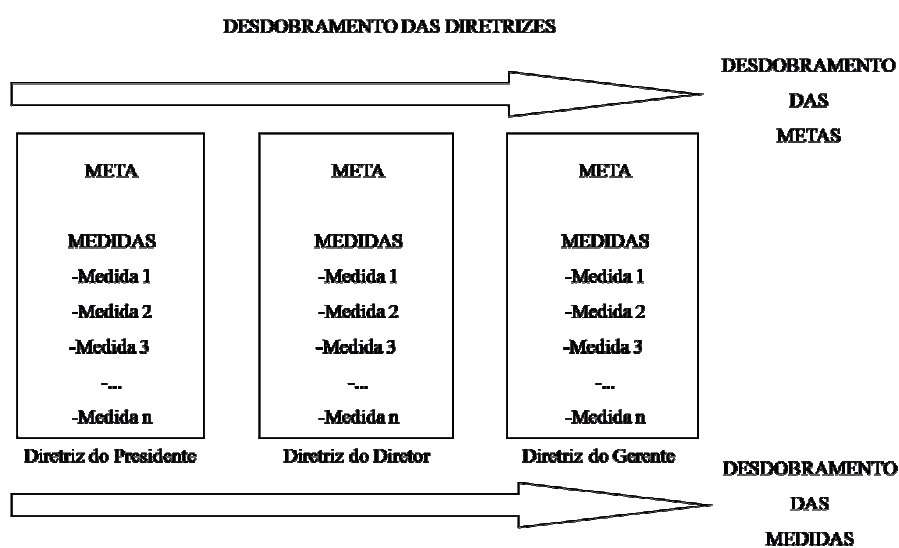


Figura 3.24 – Método de Desdobramento de Diretrizes – Método B

Fonte: Campos (1996)

Como destacado anteriormente, Campos (1996) indica que as medidas não-desdobráveis se transformarão em Planos de Ação, e que este necessariamente tem que apresentar os seguintes elementos (5W,1H ou 5W,2H):

- *WHAT*, o que: definir o objetivo desta ação;
- *WHO*, quem: definir o responsável;
- *WHEN*, quando, definir o prazo necessário;
- *WHERE*, onde será a ação;
- *WHY*, porque, qual o objetivo estratégico desta ação
- *HOW*, como: qual a estratégia ou método a ser usado para atingimento desta meta, ou seja, cumprimento desta ação;
- *HOW MUCH*, em alguns casos, definir o custo desta medida.

Campos (2004) entende que a única razão pela qual as empresas trabalham é porque existe alguém que precisa do resultado deste trabalho. Este cliente, que precisa ser entendido de forma mais ampla e será discutido mais adiante, só paga por aquilo que apresenta valor. Logo, na medida, que o trabalho satisfaz aos clientes, ele necessariamente estará agregando valor.

Aumentar o valor agregado de um produto é aumentar o número de características deste produto, que são apreciadas pelos clientes. Quanto ao cliente, devem ser considerados quatro grupos de clientes:

- Clientes Finais
- Acionistas
- Empregados
- Sociedade.

O produto que é gerado no trabalho sempre visa atender a um destes quatro elementos, e por vezes, pode ser de interesse de mais de um deles simultaneamente. Balancear os requerimentos de cada um é tarefa fundamental, buscando a satisfação dos os envolvidos com o produto final.

O Processo Gerencial é um sistema de produção, com entrada de insumos, entregues pelos fornecedores e que são transformados, gerando resultados. Estes resultados visam atender a satisfação dos clientes. Para tanto, na atividade de gerenciamento, o gestor trabalha com dois tipos de itens, itens de verificação e itens de controle. Os itens de verificação agem sobre o processo, sobre os meios, são medidas necessárias para a gestão e acompanhamento

dos processos. Já os itens de controle, estão ligados aos resultados. Eles irão sinalizar se os resultados estão atendendo às necessidades de cada um dos clientes. Os itens sempre agem sobre os fins. O gestor deve ter autoridade e responsabilidade sobre o processo. Autoridade para conduzir o processo (os meios) em busca dos resultados., É dele a responsabilidade sobre os resultados da operação. As pessoas (colaboradores) são o único elemento que devem ser considerados como meio e fim, denotando a importância que deve ser dada à equipe e sua gestão dentro das empresas.

A Figura 3.25 a seguir, ilustra o relacionamento destes elementos.

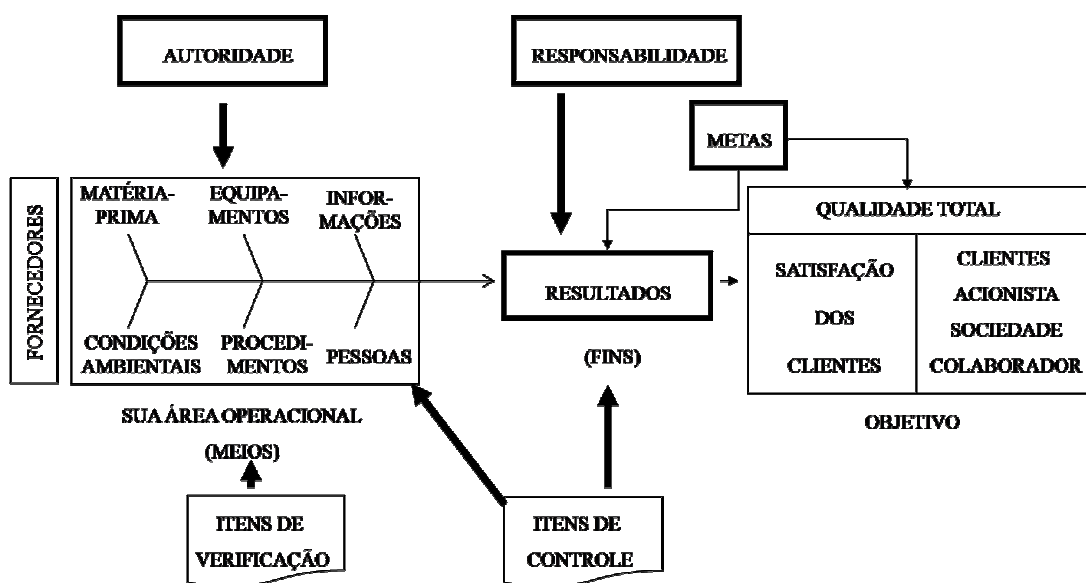


Figura 3.25 – Características Básicas do Processo Gerencial

Fonte: Campos (2004)

O gerenciamento da rotina de trabalho do dia a dia busca implementar na organização as características do processo gerencial acima descrito. Para tanto sugere a metodologia abaixo.

Passo 1:

A metodologia sugere que a empresa seja dividida em Unidades de Negócio. Cada Unidade de Negócio irá definir sua missão, as pessoas e equipamentos de sua unidade, seus insumos e o que é produzido por esta unidade. Identificados os produtos, deve-se também identificar quais os clientes de cada produto. Este formulário é o início de tudo.

Passo 2:

Definidos os produtos e seus clientes, o passo 2 é identificar para cada produto quais as necessidades de cada cliente. Campos (2004) destaca que os clientes a que a metodologia se refere são: cliente final, acionista, sociedade e colaborador. Interessante notar que na

metodologia do BSC, pode-se fazer uma analogia com as 4 perspectivas, financeira, cliente, pessoas e aprendizado. A financeira ligado ao acionista, o cliente final e os colaboradores representados diretamente em cada perspectiva, o processo da empresa sendo referenciado pela perspectiva do aprendizado e talvez a sociedade pudesse ter visão representada nas necessidades dos clientes finais.

O passo 2 da metodologia tem duas etapas na sua operacionalização:

Etapas 1: definição das necessidades de cada cliente em cada produto;

Etapas 2: definição dos itens de controle que precisam ser medidos para verificar se as necessidades foram atendidas.

Na Etapa 1, estas necessidades devem estar ligadas aos cliente e devem também se relacionar com as cinco dimensões de desempenho: qualidade, custo, rapidez, confiança e flexibilidade.

É importante notar, na Etapa 2, que os itens de controle são indicadores de desempenho que se medidos podem comprovar o atendimento as necessidades de cada produto.

No Passo 3, será criado o plano de controle. Neste ponto, o gestor deve validar os itens de controle do passo anterior, e definir a frequência da informação, sua unidade de medida, a forma de cálculo deste item de controle e fonte da informação. Este passo é fundamental, pois precisa-se garantir que o item está sendo, calculado de forma clara e correta, evitando fontes erradas de dados ou dados que apareçam com dois resultados.

Passo 4: Serão definidas as metas. Para tanto, devem ser levantados dados históricos dos itens de controle visando estabelecer as metas para cada item de controle. Nesta fase do processo, os gráficos plotados, com os valores históricos resgatados pela Gestão, já demonstram o comportamento destes itens e isso facilitará a definição da meta.

Passo 5: Com a meta definida e o valor atual já conhecido, já será claro a diferença entre o objetivo e a situação atual, ou seja, o *gap* (diferença) existente e pode-se definir o plano de ação. Como destacado anteriormente, Campos (1996), Planos de Ação necessariamente tem que apresentar os seguintes elementos (5W,1H ou 5W,2H), já descrita na seção no início desta seção.

3.6 Otimização de processos Hospitalares

Para Bittar (2000), Padronização é palavra de ordem em Saúde, levando a temas como Acreditação Internacional, Medicina baseada em Evidências e Garantia de Qualidade.

Ainda para Bittar (2000), na busca da eficiência, o processo de desenvolvimento de sistemas de qualidade se torna uma necessidade e quando analisado do ponto de vista ético e moral da Organização, é uma obrigação.

Através do Processo de Acreditação, um Hospital revisa seus processos baseado nas melhores práticas, buscando melhoria de Gestão e Padronização, habilitando-o a concorrer pela novo mercado de saúde, apresentado no Capítulo 2.

Para que um Hospital se habilite a concorrer no mercado de Turismo em Saúde, tem que necessariamente ter suas práticas, auditadas por entidades com reputação e independência. A JCAHO, *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (Comissão Cossorciada em Acreditação de Organizações Hospitalares) é muito considerada pelo mercado norte-americano; para Inglaterra e Hong Kong, o parceiro chave é a *Trent internacional Accreditation Scheme* (Modelo Trent de Acreditação Internacional). Alguns hospitais buscam as duas Acreditações, se referendando para clientes dos Estados Unidos pela JCI, e clientes da Europa pela Trent.

Nos Estados Unidos, o processo de Acreditação teve início com a formação da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* – JCAHO (Comissão Cossorciada em Acreditação de Organizações Hospitalares), em 1920, pelo Colégio Americano de Cirurgiões. Em 1950 o Colégio Americano dos Médicos, a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana e a Associação Médica do Canadá se integraram à estrutura da JCAHO. A JCAHO credencia todos os tipos de instituições prestadoras de atendimento à saúde.

Segundo Baltazar (2002), cerca de 18.000 serviços de atenção à saúde já foram acreditados, atingindo 40 países.

As primeiras iniciativas de Acreditação de serviços de saúde no Brasil aconteceram em 1995, com a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. Em 1996, o Ministério da Saúde, obteve o reconhecimento do Projeto de Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde junto ao Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP. Este acontecimento repercutiu de forma positiva para a consolidação da Acreditação Hospitalar.

É importante ressaltar que o Programa de Acreditação Hospitalar, promovido pelo Ministério da Saúde, concentra esforços no sentido de desenvolver a capacidade de gestão com ênfase na qualidade da assistência pública prestada pelos hospitais brasileiros à sociedade. Desta forma, desde 1996, o Ministério da Saúde vem investindo recursos,

provenientes de empréstimos internacionais junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e do Banco Mundial - BIRD, para promover a mudança de paradigma nos atendimentos realizados pelas instituições prestadoras de serviços à saúde.

No Brasil, o Projeto de Acreditação Hospitalar é coordenado pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, de acordo com a Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001, que é a instituição competente e autorizada a operacionalizá-lo. Segundo o Ministério da Saúde (2002), a ONA é uma entidade de direito privado sem fins lucrativos.

A Acreditação pode ser definida, segundo Bittar (2000), como um procedimento de avaliação que envolve um processo voluntário, periódico e reservado, objetivando garantir a qualidade da assistência de acordo com padrões previamente aceitos. Os padrões variam de uma definição de requisitos mínimos, até atingirem patamares superiores, no qual a complexidade e a resolubilidade oferecidas apresentam um maior grau de qualidade na gestão dos serviços.

No Brasil a *Joint Comission International*, JCI e o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços em Saúde, CBA, constituído pela Academia Nacional de Medicina, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Fundação Cesgranrio e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, são responsáveis pela condução do processo de Acreditação, em ação conjunta, evidenciando que a instituição certificada satisfaz a padrões internacionais. Uma força tarefa internacional com 16 membros, composta por médicos, enfermeiros, administradores e especialistas em políticas públicas, desenvolveram os padrões de Acreditação.

O Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar (2003) prevê as seguintes áreas:

- ACC – Acesso e Continuidade do Cuidado
- DPF – Direito do Paciente e Familiares
- AP – Avaliação do Paciente
- CP – Cuidado ao Paciente
- EPF – Educação de Pacientes e Familiares
- QSP – Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente
- PCI – Prevenção e Controle de Infecções
- GLD – Governo, Liderança e Direção
- GAS – Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança
- EQF – Educação e Qualificação Profissional
- GI – Gerenciamento da Informação.

A Acreditação Hospitalar enfatiza a necessidade de se adotarem medidas no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais, atingindo todas as áreas. Além disso, exige investimento e envolvimento da Diretoria, pois trata-se de um processo de cerca de 2 anos de duração. A revisão de Processos provocados pela implantação da Acreditação Internacional, gera a oportunidade de identificar pontos de melhoria, levando o Hospital a adoção das melhores práticas Hospitalares, envolvendo os itens relatados acima, desde rotinas de conduta com os pacientes e familiares, Prevenção e Controle de Infecções, Gerenciamento do Ambiente, Qualificação Profissional e ênfase na qualidade e importância da Informação.

O processo de Acreditação tem foco na Atenção à Saúde, e envolve todas as áreas do Hospital. Ter sucesso em um processo de Acreditação, não apenas agrega um diferencial competitivo por diferenciação no mercado, bem como capacita o Hospital a concorrer no mercado mundial de Turismo em Saúde.

3.7 Resumo do Capítulo

Neste capítulo, foram apresentados os conceitos que serão utilizados na proposição do modelo de gestão a ser sugerido ao Hospital Santa Joana. Conhecer estes conceitos facilitará o entendimento do arcabouço a ser sugerido, bem como fator importante de sucesso na aplicação prática deste trabalho.

Foi apresentado neste capítulo, o Planejamento Estratégico como importante ferramenta na análise do mercado de saúde, reconhecendo as cinco forças competitivas, reconhecendo as ameaças e oportunidades, bem como o auto entendimento das fraquezas e forças que poderão facilitar uma definição de Missão e Visão, claros e sintonizados com o cenário atual. Cenário que foi destacado de forma simplista no Capítulo 2, como forma de ilustrar alguns elementos que representam ameaça e oportunidade, além do destaque dos desafios gerenciais da organização, que refletem os pontos fortes e as fraquezas da empresa estudada.

A descrição do conceito de indicadores e objetivos de desempenho visa contribuir para o entendimento de pontos-chaves na definição destes elementos, que serão fundamentais no processo de gestão. Escolher corretamente os indicadores de desempenho, é fator importante, para que se demande energia na medição do que deve ser medido.

Na seção de Medidas de Desempenho, foi destacada a importância do alinhamento das medidas com os objetivos de desempenho da Organização. Foram exemplificados medidas de desempenho cabíveis, para cada um dos cinco objetivos de desempenho organizacionais. Foi

apresentado também o conceito de Sistemas de Medição de Desempenho. Destacando sistemas e conceitos na formulação de um Sistema.

Na Seção de Processo Estratégico e Implementação, o objetivo foi interligar os conceitos de Planejamento Estratégico, Objetivo e Indicadores, Medidas de Desempenho e Sistemas de Medição, apresentando três métodos que serão utilizados parcialmente na construção do modelo de gestão a ser sugerido no próximo capítulo.

O método PDCA foi apresentado com sua característica cíclica do processo, e a definição fundamental de plano de ação e uso de ferramentas para identificação de causas de problemas.

Entender a Metodologia do BSC, deve possibilitar a visão dos objetivos estratégicos da Organização sob as 4 perspectivas: acionista, cliente, interna e de aprendizado. A construção do Mapa Estratégico como elemento importante no entendimento e relações estratégicas, em um grande diagrama de causa e efeito.

Foram apresentados os conceitos de Gerenciamento pelas Diretrizes e de Gerenciamento de Tarefas do Dia-a-dia, destacando o ponto fundamental de que cada unidade de negócio saiba a sua missão e esteja sintonizado, conhecendo as necessidades dos 4 grupos de clientes: acionista, cliente final, sociedade e colaborador. Neste método também foi discutido sobre a definição e conceito de itens de controle, indicadores que tem que estar alinhados com os 4 grupos de clientes e medindo as 5 dimensões de desempenho de uma organização, debatido na seção de indicadores e objetivos de desempenho.

Por último, a otimização do processo hospitalar através da Acreditação Internacional, foi apresentado como um elemento importante na garantia da qualidade da prestação de serviços e habilitação para disputa de um novo mercado de Saúde.

No próximo capítulo, sob a ótica da Fundamentação Teórica apresentada, será sugerido um modelo de sistema de Gestão para o Hospital Santa Joana.

4 PROPOSTA DE MODELO DE SISTEMA DE GESTÃO

Para apoiar o Hospital Santa Joana no seu processo de capacitação foi elaborado um modelo a ser adotado, incluindo a atividade de Planejamento Estratégico. Isto foi feito para garantir os seus desdobramentos em medidas de desempenho e rotinas de gerenciamento mais efetivas.

O processo de Acreditação Internacional será uma forma de diferenciação no mercado, habilitando o Hospital Santa Joana, a concorrer no mercado nacional e internacional. Este processo envolverá toda a organização e fará uma revisão completa de vários processos da empresa, possibilitando a adoção das melhores práticas mundiais.

Por outro lado, a adoção de um sistema de Gestão, trará ao Hospital uma dinâmica eficaz de Gestão, através do melhor e total entendimento das estratégias da alta direção, adoção de indicadores de desempenho em todos os níveis da organização. Fomentando-se a atividade de mensuração de desempenho, o Sistema de Gestão proposto, fechará o ciclo de controle, onde as reuniões de avaliação de resultados serão instrumentos importantes para o atingimento das metas, estudo de causas de problemas e conseqüentemente, rápidas respostas aos problemas.

Este trabalho sugere um Modelo de Sistema de Gestão e o início do processo de Acreditação por Organismo Internacional.

O Modelo de Gestão propõe:

- no nível estratégico e tático, o Desenvolvimento do Planejamento Estratégico, geração do Mapa Estratégico destes dois níveis; fixação dos Objetivos e seus Indicadores de Desempenho.
- no nível operacional, partindo da análise do Mapa Estratégico do nível Tático, o modelo sugere a adoção do método Gerenciamento das Tarefas do Dia-a-dia, como instrumento de desdobramento da Estratégia, metodologia para geração dos indicadores operacionais, metas e planos de ação.

Além da metodologia, entende-se, como fundamental, a criação de uma Diretoria de Planejamento e Controle, responsável pelo acompanhamento e análise mensal do desempenho de cada unidade de negócio, consolidação dos indicadores e avaliação periódica junto a alta direção do Hospital.

4.1 Conceito do Modelo

Como descrito no Capítulo 2, o objetivo principal deste trabalho é sugerir um modelo de gestão, que promova o alinhamento estratégico de toda a organização, capacitando-a para ampliar sua condição de destaque no mercado e explorar novas atividades de negócio.

Segundo Julio e Saibi Neto (2002), em muitas empresas, o problema reside na compatibilidade entre o modelo organizacional e a estratégia formulada. Estes autores sugerem que a solução consiste em mudar o ambiente organizacional para incentivar um processo decisório alinhado com os objetivos da Organização.

Porter (2000) destaca que uma empresa é uma coleção de atividades, logo a unidade fundamental da competitividade é a atividade.

Para que o modelo e sua implementação tenham sucesso na Organização, é necessário que todas as unidades de negócio, de apoio e empregados estejam alinhados com a estratégia. Para tanto, há necessidade de um eficiente processo de comunicação e sistemas que contribuam na implementação e que gerem o retorno das ações (KAPLAN e NORTON, 2000).

Diante destas observações, o arcabouço proposto sugere a adoção de um modelo híbrido, usando aspectos de alguns métodos. Outro ponto relevante, é que pela característica cultural da Organização, o modelo tem que ser flexível, possibilitando a sua implementação de forma modular.

O Modelo sugerido é uma adaptação do Modelo do *Ontario's Hospitals* desenvolvido por pesquisadores do *Hospital Report Research Collaborative* (HRRC, 2006), em conjunto com especialistas da Equipe de Resultados em Saúde e Gerenciamento da Informação do Ministério da Saúde e Cuidados do Canadá, introduzindo uma nova variável no modelo, o Gerenciamento das Tarefas do Dia-a-Dia nas unidades operacionais da Organização.

A adaptação se deu nas ferramentas aplicadas nas Unidades mais Operacionais da Organização, onde a adoção do Gerenciamento das Tarefas do Dia-a-Dia pode facilitar o entendimento e introduz a prática necessária na Organização, bem como possibilitar uma estratégia de implementação mais flexível.

Em reuniões com os gestores dos níveis mais operacionais, foi observado que após rápida explicação da metodologia do gerenciamento de tarefas do dia-a-dia, os gestores já entendiam o processo de identificação das necessidades e de itens de controle. O mesmo não ocorria em relação ao entendimento do conceito do *Balanced Scorecard*. Este fato tornava o

processo mais ágil e de fácil compreensão, portanto validava a utilização desta metodologia no nível mais operacional.

Em linhas gerais, os passos para aplicação do modelo são os seguintes:

- Realizar o Planejamento Estratégico
- Usar o BSC para montagem do Mapa Estratégico Geral e do Nível Tático
- Definir Objetivos Estratégicos dos Níveis Estratégico e Tático
- No Nível Operacional, aplicar o gerenciamento da rotina de trabalho do dia a dia, ou seja, alinhar suas atividades aos Objetivos Estratégicos de sua Diretoria definindo:
 - Missão
 - Visão
 - Insumos
 - Produtos com seus respectivos clientes
 - Necessidades de cada cliente
 - Indicadores de Desempenho
 - Plano de controle com onde e como calcular os indicadores
 - Garimpar dados do passado
 - Metas
 - Planos de ação
- Estabelecer o Ciclo de Controle Mensal
- Analisar os resultados através de técnicas de análise de problemas

4.2 Definindo a Equipe do Projeto

O *Hospital Report Reseach Collaborative* (HRRC, 2006), considera crítico o correto estabelecimento da equipe que irá conduzir o projeto de implementação do Sistema de Gestão. Para estes pesquisadores, são necessários três pequenos grupos com focos específicos:

- Equipe da Estratégia: responsável pelo desenvolvimento dos Objetivos Estratégicos e Mapas Estratégicos
- Equipe da Medição: responsável pelo desenvolvimento das metas e medidas de desempenho
- Equipe da Melhoria: responsável por identificar e implementar as iniciativas para gerenciar o desempenho.

4.3 O Modelo do HRRC Adaptado

Acredita-se que seja importante destacar que nos negócios do Hospital Santa Joana, de uma forma geral, já existe o foco na Estratégia, porém é um fenômeno recente na área de Saúde. Os objetivos estratégicos da organização devem estar alinhados com plano de maior nível da Organização e procurar agregar valor ao paciente, criando uma diferenciação no mercado.

O grupo do HRRC (2006) destaca que muitas organizações estão focando no desenvolvimento de Missão, Visão e Declaração de Valor, porém apenas recentemente introduziram esforços no gerenciamento de desempenho, fixação de objetivos estratégicos e mapas estratégicos, dentro do arcabouço do processo estratégico da Organização.

Para o HRRC (2006), na prática, as Organizações definem seus objetivos estratégicos e voltam para refinar sua declaração de visão, garantindo o alinhamento com os objetivos estratégicos. O desenvolvimento do Gerenciamento de Desempenho baseado em Estratégia inicia com a construção de um Mapa Estratégico.

O Mapa Estratégico irá facilitar a identificação dos indicadores de desempenho e os objetivos estratégicos. Os indicadores de Desempenho serão utilizados no Sistema de Medição de Desempenho para medir o progresso da organização. Conhecendo como está o desempenho da Organização, a empresa poderá tomar decisões respeitando a alocação de recursos prioritárias e com escolha de qualidade em relação as iniciativas que criam valor.

A Estratégia Organizacional será influenciada pelos Objetivos Estratégicos e as Estratégias dos níveis superiores, como apresentado na Figura 4.1 a seguir.

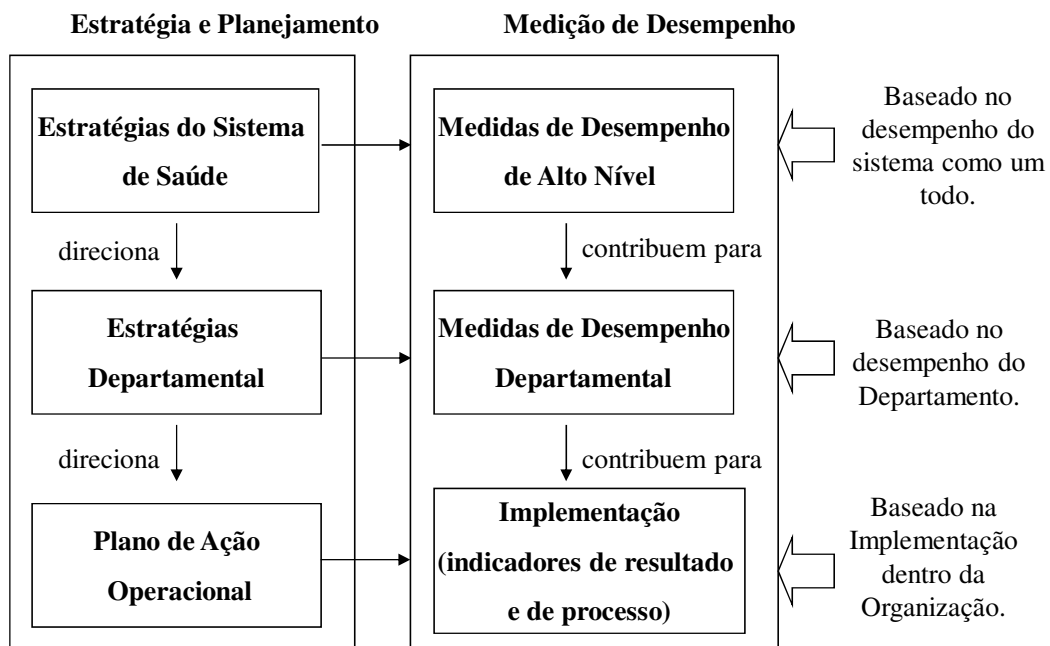


Figura 4.1 – Desdobramento da Estratégia e Direcionadores de Desempenho

Fonte: Adaptado do Toolkit for Ontario Hospitals (2006)

No Modelo do HRRC (2006), as Estratégias do Sistema ou Organização de Saúde, como um todo, direcionam as Estratégias Departamentais. Estes dois níveis têm a sua medição de desempenho através de indicadores de desempenho de alto nível e departamental. Como visto no Capítulo 3, os Indicadores serão relacionados com as dimensões de desempenho, como sugerido pelo *Performance Measurement System for Service Business* (Sistema de Medição de Desempenho para Empresas de Serviço, PMSSI): competitividade, performance financeira, qualidade nos serviços, flexibilidade, utilização de recursos e inovação.

No nível Operacional, o Método de Gerenciamento das Tarefas do Dia a Dia fará o papel de suporte a este processo. O método alinhará a Estratégia do Nível acima à postura do setor. Cada Setor irá definir sua Missão e Visão, seus clientes e necessidades e serão identificados os itens de controle e de verificação (indicadores de resultado e de processo), baseados nas necessidades de seus clientes. Neste nível da Organização, indicadores de processo serão especialmente úteis para os respectivos Gestores, no gerenciamento de sua unidade de negócio (setor), enquanto indicadores de resultados demonstram aos níveis hierárquicos superiores, o atingimento ou não das metas ligadas a resultados.

O Modelo sugerido nesta dissertação pode ser subdividido em três ações:

- Ação Nível Estratégico

- Ação Nível Tático
- Ação Nível Operacional.

As Ações estão destacadas na Figura 4.2 abaixo e serão detalhadas na próxima seção.

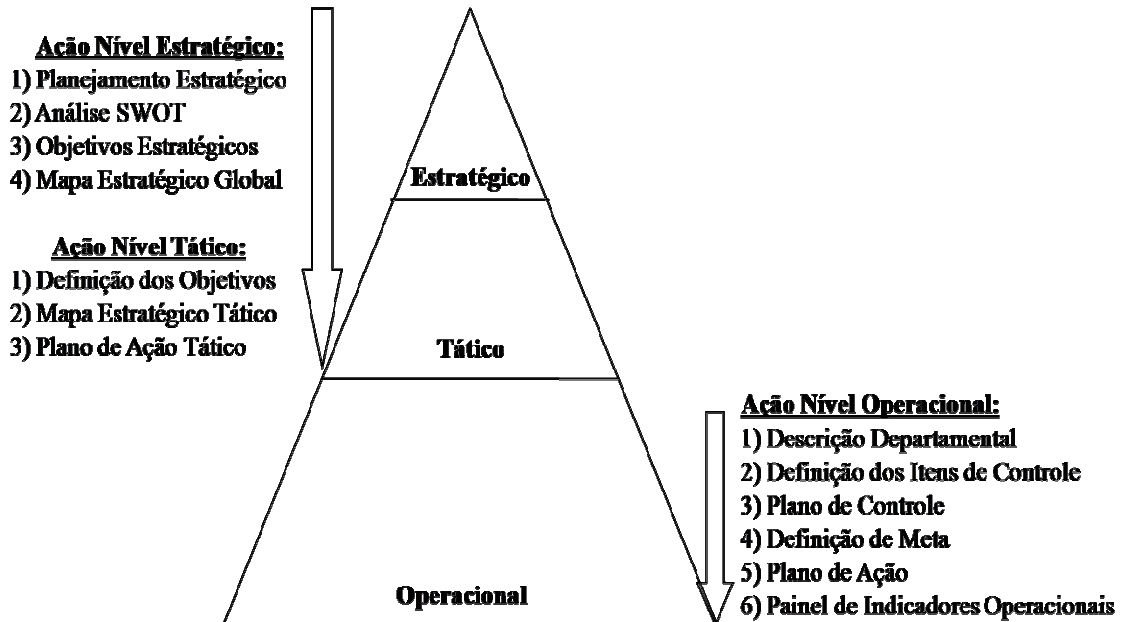


Figura 4.2 – Modelo de Sistema de Gestão

Fonte: o Autor (2008)

4.3.1 Ação Nível Estratégico

Em linhas gerais, a Ação Nível Estratégico está descrita na Figura 4.3. Trata-se do Planejamento Estratégico, análise do Mercado e contexto competitivo, análise SWOT e por último estabelecer a Estratégia a ser adotada. O modelo proposto nesta dissertação sugere que ao final desta etapa, seja construído o Mapa Estratégico Geral do Hospital.

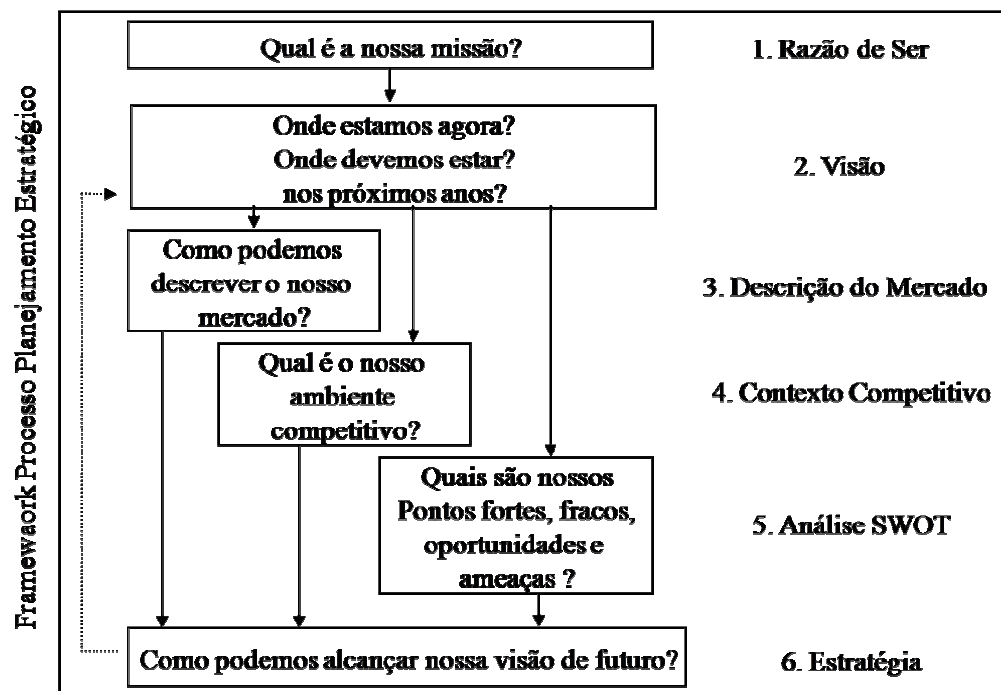


Figura 4.3 – Framework do Planejamento Estratégico com o BSC

Fonte: Adaptado de Fchwarz (2005)

O resultado final desta primeira etapa será a definição da Estratégia do Hospital, através do Mapa Estratégico Geral, onde serão destacadas as hipóteses em relações de causa e efeito, demonstra o que se deseja atingir nas perspectivas Financeiras e de Cliente, e como deve atuar a organização, demonstrado nas Perspectivas Internas e de Aprendizado.

Na definição da Missão e Visão da Organização, o HRRC (2006) sugere que esta tarefa seja revisada após a definição dos Objetivos Estratégicos.

O HRRC (2006) recomenda que na definição de Missão sejam observadas as seguintes regras:

- a Missão não deve incluir afirmações que podem ser alteradas com o tempo
- a Missão deve ter um caráter motivacional
- a Missão não deve conter jargões
- a Missão deve dizer PORQUE o Hospital existe.

A declaração da Visão deve definir basicamente as áreas para liderar ou ter competências diferenciadas e os valores do Hospital. Esta declaração deve ser:

- Inspiradora, na medida que motiva a equipe a se comprometer e contribuir para o alcance da visão
- Realística: deve ser factível

- De fácil Entendimento para todo o Hospital
- Consistente com a Missão
- Objetiva e Clara.

O próximo passo é a Análise do Mercado. Esta fase consiste da descrição do mercado e do contexto competitivo, uma análise de Ameaças, Oportunidades, Forças e Fraquezas.

O Planejamento Estratégico cumpre o objetivo de, analisando o mercado, as oportunidades e ameaças, definir a missão e visão da Empresa, definindo o posicionamento estratégico do Hospital.

O HRCC (2006) destaca que a Estratégia deve informar *como* alcançar a Visão e Missão estabelecida pela alta direção. Para ela ser efetiva, estes pesquisadores reiteram a necessidade de desdobramento da estratégia por todos os níveis do Hospital, garantindo que todos os empregados saibam para onde o Hospital pretende caminhar, como chegará no seu objetivo e como eles estão inseridos no planejamento. O modelo visa garantir que todas as decisões da empresa, em qualquer nível, sejam tomadas, priorizando, os parâmetros definidos na Estratégia.

A adoção do Mapa Estratégico visa facilitar o entendimento do Planejamento, demonstrando em um único diagrama de causa e efeito, a estratégia e os Objetivos a serem alcançados. O Mapa será o elo de ligação entre a Alta Direção e cada Departamento, dentro da Ação Estratégica. Na próxima seção, será apresentado o Modelo na prática, onde serão apresentados todos os passos e o Mapa Estratégico proposto para o Hospital Santa Joana.

4.3.2 Ação Nível Tático

No nível Tático do Hospital Santa Joana, haverá o desdobramento da Estratégia, ou seja, a Estratégia em Ação. Haverá a definição dos Objetivos Estratégicos, Indicadores ou medidas de desempenho a serem monitoradas e a criação do Mapa Estratégico de cada Unidade Tática do Hospital. Além disso, serão fixadas as metas e planos de ação para cada nível tático, como representado na Figura 4.4 abaixo.

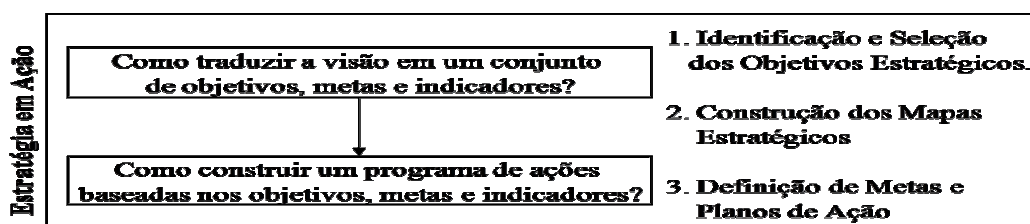


Figura 4.4 – Estratégia em Ação

Fonte: Adaptado de Schwarz (2005)

De posse do Mapa Estratégico Geral do Hospital, cada Departamento irá montar seu Mapa Estratégico. Para cada unidade do Nível Tático (Departamento), será repetida esta fase, com a preocupação de alinhar as expectativas da alta direção no sentido da contribuição de cada Unidade de Negócio, e gerar os respectivos Mapas Estratégicos e Objetivos que cada Departamento.

Os indicadores deste nível serão mais focados em Competitividade, Desempenho Financeiro, Flexibilidade e Inovação, além do desenvolvimento de Recursos Humanos.

O BSC deve ser usado neste nível da Organização, pois foca em um conjunto de medidas de desempenho, relacionados às 4 perspectivas já apresentadas na Fundamentação Teórica, quais sejam: financeira, do cliente, interna e de aprendizado ou crescimento.

A vantagem na utilização do BSC é que o sistema automaticamente gera indicadores:

- Balanceados entre indicadores financeiros e não financeiros
- Balanceados entre necessidades de clientes e acionistas
- Balanceados entre indicadores de processo e de resultado.

O HRRC (2006) apresenta algumas características desejáveis, que devem ser analisadas na seleção dos indicadores:

- Ser Preditivo: por este critério, os indicadores de desempenho devem ser amplos e com capacidade de prever, ou seja, de apontar tendências;
- De fácil entendimento: os indicadores de desempenho devem ser fáceis de serem interpretadas;
- Acessível: os indicadores devem ser de fácil acesso, na forma e no tempo requerido pelo gestor;
- Importância / Relevância: indicadores relevantes e importantes para um grupo de decisores;
- Comparável: indicadores que não existem no mercado trazem dificuldades de comparação de desempenho. Deve-se dar preferência a indicadores que possam ser comparadas, que tenham referências;
- Mensuráveis: os indicadores escolhidos devem ser facilmente medidos e de fácil utilização;
- Suportar o processo de decisão: os indicadores devem ser relevantes no processo de tomada de decisão.

O HRRC (2006) cita o seguinte exemplo:

- Objetivo Estratégico do Hospital: Aumentar Acesso a Serviços de Saúde Chaves
- Na Divisão de Tratamento de Câncer, este objetivo foi traduzido como:
 - Diminuir o Tempo de Espera para os Serviços
 - Indicadores de Desempenho
 - Tempo de Espera para acesso a Biopsia
 - Tempo de Espera para Radioterapia
 - Tempo de Espera para Cirurgias
 - Tempo de Espera para Quimioterapia.

Depois de definidos os indicadores, faz-se necessário a definição dos dados e método de cálculo de cada indicador. Aspectos como acesso aos dados, em relação a tempo e forma , e em especial, com relação a qualidade dos dados, devem ser estudados para que não sejam gerados indicadores com falhas, prejudicando todo processo de tomada de decisão.

Na seção a seguir, a Ação Operacional será apresentada, com o objetivo de avaliar as atividades básicas de cada Setor e sua contribuição, alinhada a estratégia da corporação.

4.3.3 Ação Operacional

No Nível Operacional, caberá a cada Unidade de Negócio do Nível Tático, discutir com seus setores, o Mapa Estratégico, pois servirá de ponto de partida no processo de análise setorial composto por seis passos, como apresentado na Figura 4.5 a seguir.

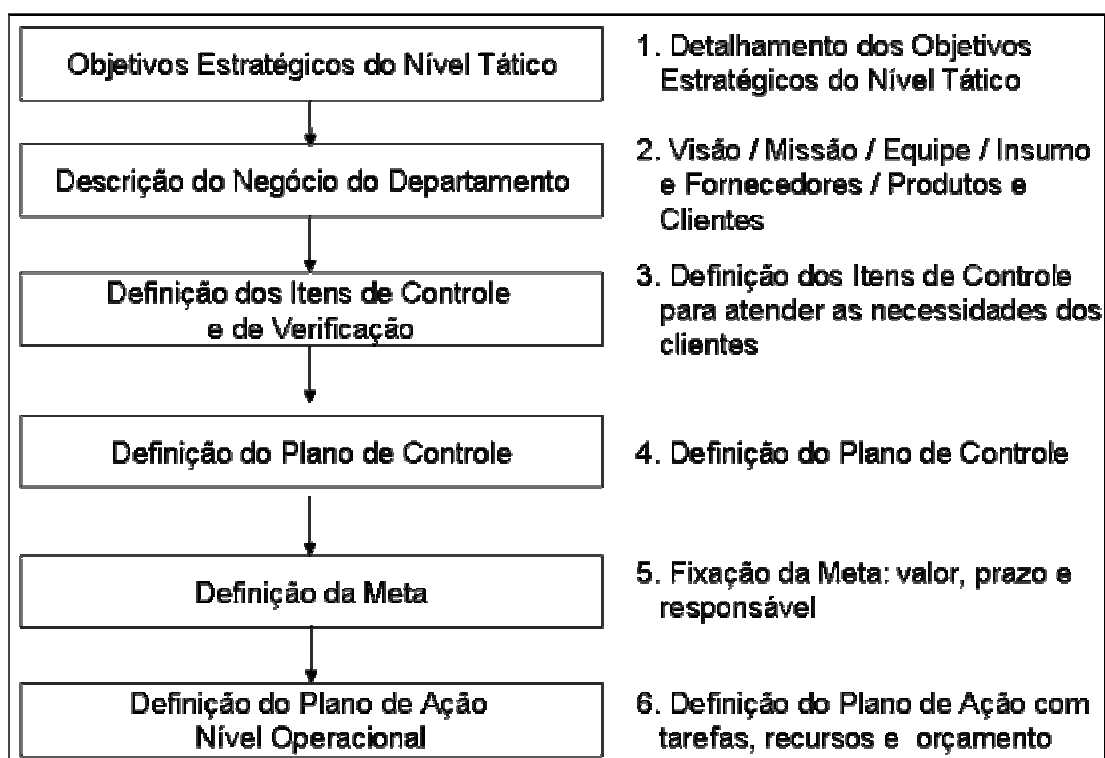


Figura 4.5 – Etapas da Ação Operacional

Fonte: o Autor (2008)

Dentro de cada departamento do Hospital Santa Joana haverá o desdobramento da estratégia, agora com o uso da metodologia do Gerenciamento das Tarefas do Dia-a-dia. A Estratégia estará definida e apresentada através do Mapa Estratégico da Unidade de Negócio (Departamento), resultado da Ação Tática e insumo para o início da Ação Operacional.

Na primeira reunião de Trabalho, os gestores dos setores e o gestor de cada Departamento irão conduzir o processo de definição da Missão e Visão do Setor, identificando e documentando seus insumos e produtos, além de seus respectivos fornecedores e clientes. Dentro da Metodologia do Gerenciamento das Tarefas do Dia-a-dia, fornecedores podem ser internos ou externos, e os clientes devem pertencer a 4 classes distintas: acionista, colaborador, cliente propriamente dito da Organização e Sociedade.

Pode-se observar que através do documento gerado nesta primeira reunião, o Gestor do Departamento e os gestores dos setores, acabam por deixar claro uma relação de fornecedor e cliente interno, destacar fornecedores de alta dependência dos setores, além de clarificar sua visão sobre os verdadeiros produtos de seus setores. Os produtos são aqueles que interessam a alguma classe de cliente. Logo, qualquer produto que não interesse a um cliente, não faz sentido produzi-lo, ou na realidade são atividade meio, relacionado ao processo de produção do setor.

O passo 3, Definição dos Itens de Controle, é uma atividade de reflexão, onde serão colocados em um diagrama, os diversos produtos e clientes do setor em estudo, e relacionado de forma textual, quais as necessidades de cada cliente por produto. Identificadas às necessidades, neste mesmo diagrama serão citados os Itens de Controle, ou seja, o que deve ser medido para garantir o atendimento ou não à necessidade relatada pelo clientes. Neste método, os chamados itens de controle correspondem aos indicadores de desempenho relacionados a resultados, como descrito na Fundamentação Teórica.

No passo seguinte, Definição do Plano de Controle, outro quadro será preenchido. Nele irão constar os itens de controle de maior relevância, buscando estabelecer os principais indicadores por Setor, documentando:

- Periodicidade: de quanto em quanto tempo ele será medido;
- Unidade de Medida: explica-se neste campo a unidade de medida, ou seja, em dias, em reais, etc;
- Métrica: qual a forma de cálculo do indicador. Deve ser escrita a equação de cálculo do Item de Controle;
- Origem do Dado: de onde serão coletados os dados que fazem parte da equação de cálculo do indicador.

Terminado o Plano de Controle, os gestores já farão uma análise histórica, gerando os valores atuais e históricos de seus itens de controle, caso sejam passivos de recuperação. Com a diagramação destes números iniciais, haverá a Fixação das Metas (Passo 5), onde serão analisadas e fixadas as metas para cada um dos itens de controle. Fixar metas é estabelecer os valores, prazos e responsáveis. O exercício de coleta e análise dos dados se mostra importante instrumento de reflexão, pois neste momento, os Gestores identificam quais os resultados atuais de cada indicador. Nesta etapa, são estabelecidas as metas, e fica documentado a diferença entre a situação atual e a desejada, preparando a equipe para o próximo passo desta etapa do modelo.

Na reunião de trabalho do Passo 6, Definição do Plano de Ação, já de posse das metas estabelecidas, cada gestor desenvolverá um Plano de Ação (Passo 6). Os itens de controle (indicadores) serão mais direcionados a medição do desempenho das atividades, com maior ênfase em indicadores relacionados as dimensões de Qualidade de Serviço e Utilização de Recursos (produtividade). O desenvolvimento do Plano de Ação irá listar as atividades ou aquisições necessárias ao alcance da meta. Inclusive, deve definir orçamento necessário para sua execução.

Neste trabalho serão apresentados os diversos Diagramas conceituados acima, para um processo completo do Departamento de Logística e desdobramento do processo no Setor de Farmácia do Hospital Santa Joana.

4.3.4 Monitoramento e Avaliação dos Resultados

O Modelo proposto por esta dissertação sugere a criação de uma Diretoria de Planejamento e Controle, responsável por consolidar e discutir mensalmente com cada unidade de negócio a evolução dos indicadores dos Níveis Tático e Operacional, bem como a evolução dos planos de ação, atuando como facilitador do processo. Caberá a esta diretoria, consolidar os principais indicadores em um demonstrativo mensal para a alta direção, possibilitando a avaliação e ajustes ao processo.

Estabelece-se assim o ciclo completo do modelo, que será mensalmente retro-alimentado pelas reuniões de cada unidade de negócio e da alta direção. A qualquer momento, face a alterações do mercado ou da estratégia organizacional, o sistema pode implementar mudanças de rumo rápidas e alinhar o planejamento.

O modelo sugere que os departamentos utilizem mensalmente, em suas reuniões de avaliação, um sistema simples de medição de desempenho, fazendo uso de gráficos e tabelas que demonstrem a evolução dos indicadores de desempenho.

4.4 O Modelo na Prática

O objetivo principal deste trabalho é sugerir um modelo de gestão, que promova o alinhamento estratégico de toda a organização, capacitando-a para ampliar sua condição de destaque no mercado e explorar novas atividades de negócio.

Nas Seções anteriores deste Capítulo, foi apresentado o modelo de forma conceitual e as etapas para sua construção. Nesta Seção, serão executados os passos, documentando os resultados de cada etapa aplicados no Hospital Santa Joana.

Este trabalho não tem o objetivo de demonstrar o modelo em toda a organização Hospitalar, mas destacar sua aplicação na alta direção, em um dos departamentos e, dentro do departamento escolhido, o desdobramento em um dos setores. O trabalho foi desenvolvido, em função do conhecimento da cultura da organização, seus processos e valores, e com a ajuda de alguns gestores em momentos específicos do desenvolvimento do modelo. Trata-se

de uma sugestão de Modelo de Sistema de Gestão, que ainda está em fase de avaliação de sua aplicação e resultados.

4.4.1 Missão e Visão do Hospital Santa Joana

Utilizando as recomendações descritas na Ação Estratégica, foram realizadas reuniões visando sugerir uma nova definição de Missão e Visão. Estas definições são sugestões fruto do conhecimento da cultura do Hospital, dos seus valores e tendências, que será submetida para avaliação da Alta Direção. Foram sugeridas as seguintes declarações de Missão e Visão:

Missão: Compromisso com a Excelência na Prestação de Serviço, Inovação e Princípios Éticos no atendimento às necessidades dos Clientes.

Visão: O Hospital Santa Joana, com a adoção das Melhores Práticas de Gestão Hospitalar e Excelência em Serviços em Saúde, irá prover melhorias em Saúde para seus Pacientes, em um processo integrado entre funcionários, médicos, enfermeiras e pacientes. Sendo reconhecido como um Centro de Excelência em Serviços de Saúde.

4.4.2 Contexto Competitivo

De forma resumida, através do conhecimento do mercado de Saúde, os seguintes aspectos competitivos podem ser ressaltados:

- Grande dependência dos Planos de Saúde, que se apresentam como maior comprador do Setor Hospitalar;
- Grandes Planos, com volume de carteira crescente;
- Pagamento de Serviços por Pacotes, ou seja, o preço do procedimento fechado. Logo, a equação Lucro igual a Receita menos Custos, cada vez mais focada em custos e otimização da estrutura Hospitalar;
- Necessidade de Identificar novos Mercados Consumidores. O crescente Mercado de Turismo em Saúde, não apenas por pacientes Internacionais, como também Nacionais;
- Competição ameaçada com a Verticalização dos principais Planos de Saúde: os Planos tendem a Prestar o Serviço, sendo proprietários de estruturas Prestadoras de Serviço, como Hospitais, Laboratórios e Centros de Diagnóstico de Imagens, dentre outros;

- Necessidade de Grandes Investimentos em Tecnologia, para se manter competitivo e diferenciado no Mercado, sendo alvo de escolha por parte dos Médicos Assistentes, principais direcionados de despesa, e dos Pacientes de forma direta.

4.4.3 Análise SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças)

A Análise SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) trata do ambiente interno e externo. Para facilitar sua montagem foi utilizado o modelo sugerido por Araújo (2008), com orientação de como montar cada quadrante, como mostra a Figura 4.6 a seguir.

1 Crescimento de Receitas em Novos Mercados; Fechamento com novos Planos de Saúde; Identificar e investir em procedimentos de maior rentabilidade e de excelência nos resultados, maior diferenciação.	PONTOS FORTES Marca Forte / Credibilidade; Situado em Recife, um Pólo turístico e de saúde; Certificação ISO; Parceria Internacional; Equipamento e Instalações de Ponta; Gestão Profissionalizada; Postura Inovadora.	2 Investir em Qualidade, em excelência, Investir em Sistema de Custo; Investir em Treinamento Operacional; Capacitar-se para captar novos mercados; Investir em Diferenciação.
OPORTUNIDADES Concorrer em Mercados Nacionais e Internacionais; Credenciamento com novos Planos de Saúde; Especialização.	MISSÃO: <i>Compromisso com a Excelência na Prestação de Serviço, Inovação e Princípios Éticos no atendimento às necessidades de nossos Clientes.</i>	DIFICULDADES/ AMEAÇAS Verticalização dos Plano de Saúde; Pagamento por pacote; Baixo Nível de Renda, ou seja, pouco cliente particular; Alto nível de concorrência.
3 Investimento em Sistema de Gestão, Promoção de Cursos e incentivo educacional, Melhorar relacionamento e qualidade de serviço para fidelizar os Médicos; Investimento em Sistemas Clínicos	PONTOS FRACOS Custo Operacional; Nível Educacional geral; Hospital aberto, dependência da indicação do médico assistente; Sistemas Computacionais Clínicos.	4 Investir em Sistemas de Custo Investir em Treinamento e Capacitação, Investir em Marketing de Relacionamento com Médicos Assistentes, Investir em Sistemas / Tecnologia diferenciada no processo de gestão do paciente.

Figura 4.6 – Análise SWOT do Hospital Santa Joana

Fonte: o Autor (2008)

Este quadro foi elaborado, a partir do conhecimento dos processos do Hospital Santa Joana e o mercado de Saúde, seguindo as seguintes recomendações (ARAÚJO, 2008):

- Quadrante das Forças ou Pontos Fortes: foram listadas capacidades do Hospital, que podem gerar vantagens competitivas;

- Quadrante das Fraquezas ou Pontos Fracos: foram listados os aspectos vulneráveis do Hospital em relação aos seus competidores;
- Quadrante Oportunidades: listagem das Oportunidades para as melhorias de resultados do Hospital, como crescimento, lucro e fortalecimento de sua posição no mercado;
- Quadrante Ameaças: listadas as alterações no ambiente competitivo que possam influenciar à sobrevivência do Hospital;
- Quadrantes 1, 2, 3 e 4: nestes quadrantes foi desenvolvido “o que fazer”.

Com base na cultura do Hospital Santa Joana e conhecimento dos processos internos, esta dissertação sugere a seguinte lista de ações prioritárias, que foram sumarizadas dos quadrantes que indicam o que deve ser feito, na Figura 4.6.

- Crescimento de Receitas em Novos Mercados;
- Fechamento com Novos Planos de Saúde;
- Identificar e Investir em procedimentos de maior rentabilidade;
- Investir em Sistema de Gestão;
- Investir em Treinamento;
- Otimizar Relacionamento com Médicos Assistentes;
- Investir em Sistemas Clínicos (Atenção à Saúde);
- Investir em Qualidade;
- Investir em Sistemas de Custo;
- Capacitar-se para conquista de novos mercados;
- Investir em Diferenciação.

4.4.4 Objetivos Estratégicos

Sob a ótica da Missão, Visão, Análise do Mercado e Análise SWOT, foram definidos os Objetivos Estratégicos, definição sugerida por este trabalho, fruto de discussões com a diretoria executiva, para avaliação da alta direção. Os Objetivos Estratégicos foram:

- Crescimento de Receita / Margem;
- Otimização da utilização dos Ativos do Hospital
- Conquistar a Excelência de Serviços, para todos os clientes envolvidos no processo: Paciente, Médico Assistente e Plano de Saúde,
- Otimização de Gestão.

4.4.5 Definição das Estratégias e do *Balanced Scorecard*

Para Kaplan e Norton (2004), a estratégia deve comunicar como a empresa irá criar valor para os acionistas, clientes e sociedade.

Para criar valor de forma sustentada, Kaplan e Norton (2004), sugerem que as empresas invistam em ativos intangíveis: capital humano, banco de dados e sistemas de informação, inovação e cultura, gestão de marcas e processos de qualidades, sensíveis às necessidades dos clientes. Propõem um modelo, *Balanced Scorecard* (BSC), que apóia a descrição da Estratégica, através do Mapa Estratégico, e se apresenta como um sistema de Medição de Desempenho, importante elemento para o sucesso da Organização.

O Mapa Estratégico da Organização mostra, num diagrama de causa e efeito, hipóteses de interligação das ações, que podem gerar os efeitos desejados nas Perspectivas Financeiras e do Cliente. O Mapa será instrumento fundamental para o desdobramento da Estratégia, pela facilidade de entendimento.

4.4.5.1 Definição da Perspectiva Financeira

A Perspectiva Financeira define os resultados da estratégia em nível financeiro. Seus indicadores estarão relacionados a rentabilidade, crescimento de receita e custos por serviço, retorno de investimento, dentre outros. As estratégias passam necessariamente por duas questões: necessidade de atender mais e gastar menos, gerando um resultado positivo. Assim, são duas abordagens básicas, Crescimento de Receitas e Aumento de Produtividade. (KAPLAN e NORTON, 2004)

No caso da empresa em análise, o crescimento de Receita pode ser atingido, alcançando novos mercados, fidelizando seus clientes, aumentando o fluxo de clientes, trazendo novos serviços e procedimentos, dentre outras ações. Por outro lado, o aumento de produtividade se dará otimizando a estrutura do Hospital, direcionando-se a procedimentos de maior rentabilidade e diminuindo despesas. O crescimento de receita traz resultados de maior longo prazo e a aumento de produtividade traz resultados de mais curto prazo. Cabe a Perspectiva Financeira equilibrar estas ações.

Na Figura 4.7, está representada a Perspectiva Financeira para o Hospital Santa Joana, que foi desenvolvida a partir da cultura da empresa e conhecimentos de seus valores e mercado de Saúde:

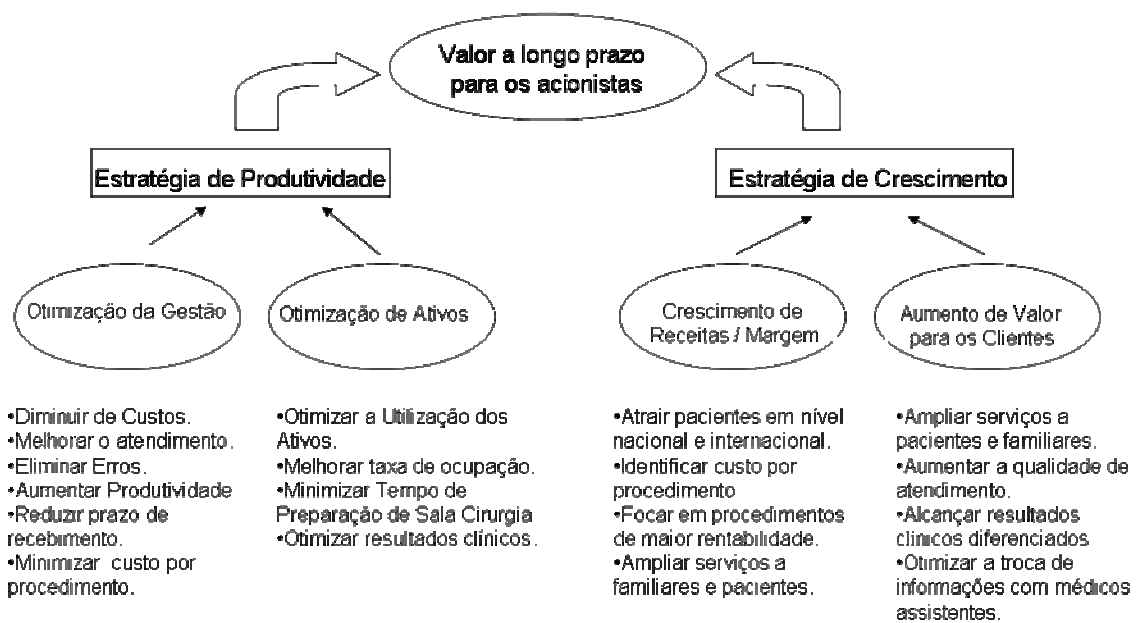


Figura 4.7 – Perspectiva Financeira do Hospital Santa Joana

Fonte: o Autor (2008)

4.4.5.2 Definição da Perspectiva do Cliente

Para Kaplan e Norton (2004), a estratégia de Crescimento de Receitas, precisa ser suportado por uma estratégia de proposição de valor na Perspectiva dos Clientes. Nesta Perspectiva, haverá a segmentação dos clientes, e definição dos objetivos e indicadores de desempenho.

Reter e satisfazer clientes não pode ser considerado uma Estratégia. É necessário segmentar os clientes, e estabelecer estratégias de crescimento e aumento de rentabilidade para cada grupo de clientes alvo (KAPLAN e NORTON, 2004).

O Hospital Santa Joana identifica quatro grupos de clientes na sua prestação de Serviço, assim segmentados:

- Pacientes;
- Familiares (acompanhantes);
- Plano de Saúde, via de regra, a fonte pagadora da prestação de serviço;
- Médico Assistente, quem decide onde vai realizar o procedimento.

Para os segmentos de Pacientes e Familiares, este trabalho sugere que a proposição de valor adotada será de prover solução completa. Nesta estratégia, o Hospital iria trabalhar para que o Paciente e seus familiares sintam-se acolhidos de forma personalizada. A ênfase seria

em qualidade na prestação de serviço, focando desde a pré até a pós-venda. Neste ponto, o Hospital já vem investindo, por exemplo, na Maternidade, onde a gestante já inicia o relacionamento com o Hospital bem antes do parto, durante o processo do Curso de Gestante, que envolve mães e pais.

Para os Planos de Saúde, o Hospital focaria na estratégia de Inovação e Liderança em Serviço. Para este grupo de cliente, a ênfase seria dada em Qualidade dos Serviços, Resolutividade, Pioneirismo e Inovação Tecnológica. Para medir o alcance das medidas neste grupo de clientes, seriam utilizados indicadores de desempenho específicos, tais como:

- Taxa de Infecção Hospitalar
- Taxa de re-internação Pós Cirurgia
- Taxa de Erros em Faturas
- Nível de Satisfação dos Clientes finais
- Nível de Treinamento da Equipe ligada aos cuidados de Saúde
- Certificação em Atenção a Saúde, dentre outros.

No caso dos Médicos Assistentes, se faz necessário utilizar aspectos das duas estratégias descritas acima. O Médico Assistente do Paciente é quem define onde serão realizados os procedimentos. Recomenda-se um trabalho de relacionamento, mostrando as competências do Hospital, serviços diferenciados para cada médico, bem como, a necessidade de indicadores de qualidade e desempenho no tratamento de seus pacientes. Sua decisão de onde internar seu Paciente, passa pela satisfação do Paciente, pelos recursos técnicos oferecidos pelo Hospital e pelo tratamento personalizado as suas solicitações.

Assim, para estabelecimento da Perspectiva do Cliente, foram levados em consideração estes aspectos, apresentados na Figura 4.8, a seguir.

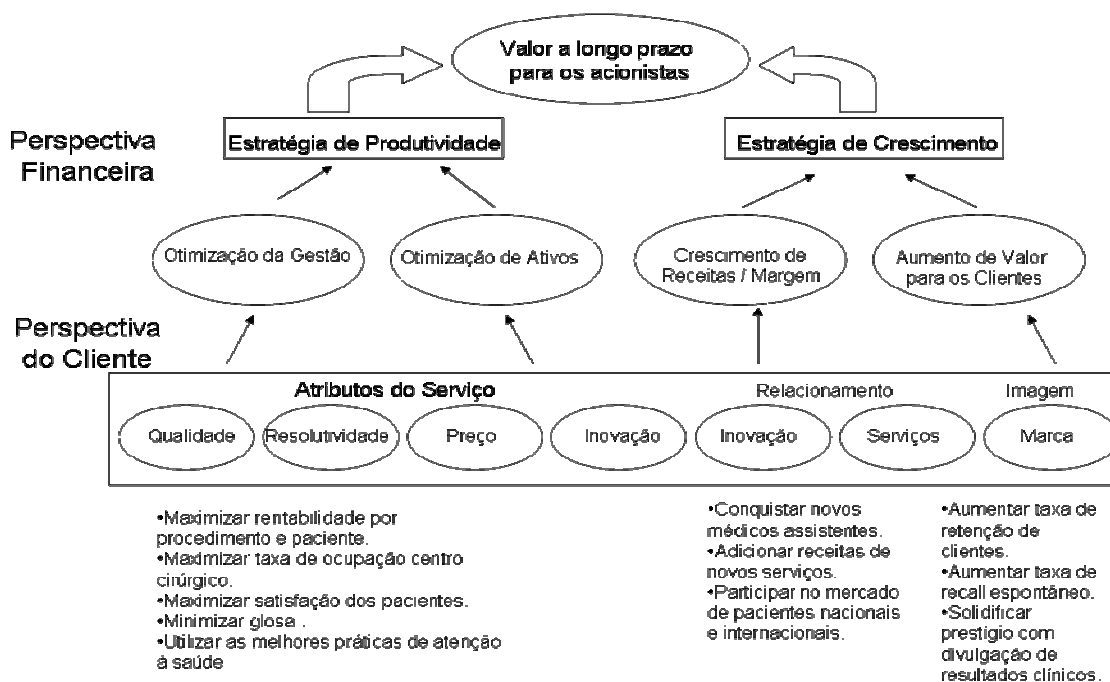


Figura 4.8 – Perspectiva Financeira e Perspectiva do Cliente do Hospital Santa Joana

Fonte: o Autor (2008)

4.4.5.3 Definição da Perspectiva de Processos Internos

Para definir como alcançar os resultados esperados, descritos nas Perspectivas Financeiras e de Cliente, existe a Perspectiva de Processos Internos. Esta Perspectiva tem papel fundamental, pois os seus resultados é que de fato geram a proposição de valor para os clientes e melhoria do processo, gerando qualidade e redução de custo, contribuindo diretamente na Perspectiva Financeira (KAPLAN e NORTON, 2004).

Segundo Kaplan e Norton (2004), existem 4 grandes grupos de Processos Internos, quais sejam: Processos de Gestão Operacional, de Gestão de Clientes, de Inovação e Regulatórios e Sociais. O primeiro grupo, dos Processos de Gestão Operacional, trata das tarefas do dia-a-dia através dos quais são produzidos os serviços. Estes Processos são múltiplos e de grande complexidade na prestação de serviços Hospitalares, pois trata-se de uma organização complexa, com funções amplas, e em especial, as ligadas a Atenção a Saúde e todos os insumos necessários para tal, além dos aspectos relacionados a Hospedagem do Paciente.

O Grupo de Processos relacionados a Gestão de Clientes, suportam as atividades de relacionamento com os clientes alvo. Kaplan e Norton (2004) destacam o fluxo de gestão do

cliente, que envolve atividades como Seleção, Conquista, Retenção e Incremento de Negócios com este cliente.

Cabe ao Processo da Inovação, o desenvolvimento de novos serviços, identificação de novos mercados, criação de diferenciais competitivos em custo ou na diferenciação, através da gestão de processos ligados a identificação de novas oportunidades de mercado e desenvolvimento de novos serviços ou métodos. Através deste processo, pode-se aumentar a utilização dos ativos já existentes, diminuir os tempos, otimizar os recursos do Hospital.

O Processo Regulatório e Social trata de questões de exigências governamentais que garantam a continuidade do negócio, pelo atendimento a estas exigências. Neste processo, haverá atenção ao Meio Ambiente, Investimentos em programas Sociais, Práticas Trabalhistas e de Segurança e Saúde do Trabalho. Os indicadores relacionados a estes processos devem ser divulgados e seus comportamentos influenciam a imagem da Organização, a motivação do Capital Humano, a produtividade, enfim contribuindo para a adição de valor ao Hospital a longo prazo.

Dando continuidade a construção do Mapa Estratégico Geral do Hospital Santa Joana, segue sua forma com a adição da Perspectiva de Processos Internos, Figura 4.9 a seguir.

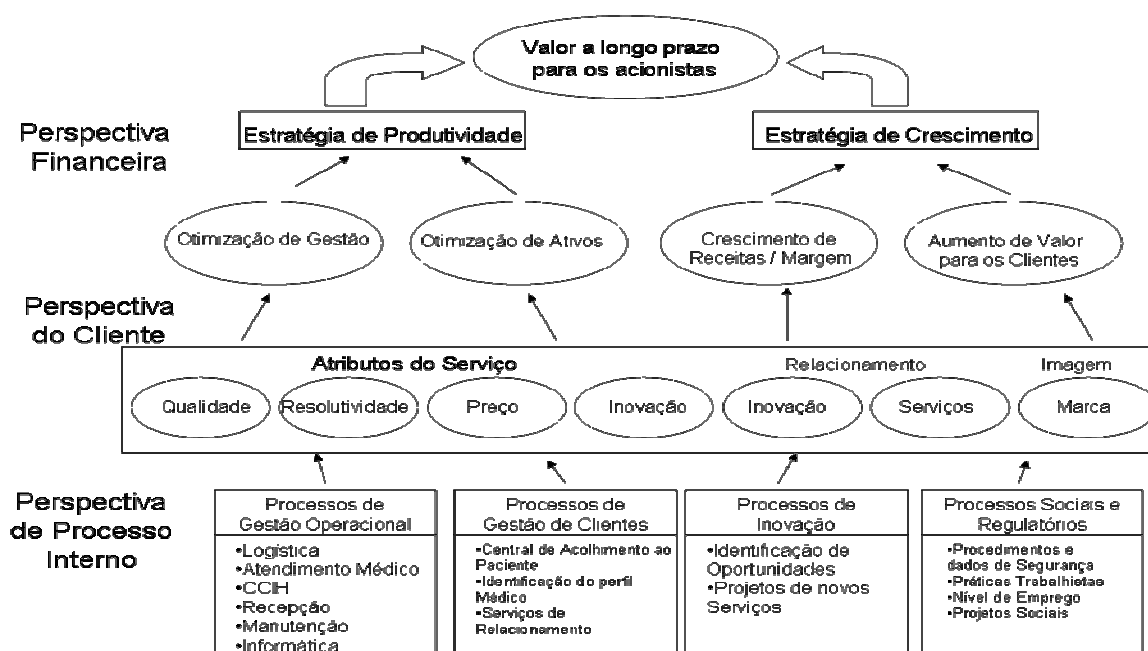


Figura 4.9 – Perspectivas Financeira, do Cliente e de Processos Internos do Hospital Santa Joana

Fonte: o Autor (2008)

Devido ao amplo espectro dos Processos Internos, é necessário dar ênfase em alguns processos, mesmo buscando o balanceamento de todos. A contribuição de cada processo varia com o tempo, destacando-se que processos de gestão operacional tem, via de regra, retornos mais rápidos na Perspectiva Financeira, de 6 a 12 meses. Processos de Gestão de Clientes tem seu retorno de 12 a 24 meses, e por último os Processos de Inovação e Regulatórios e Sociais, que apresentam seus impactos em tempo superior a 24 meses (KAPLAN e NORTON, 2004).

Em cada um dos quatro Processos, deve ser identificado pelo menos 1 processo chave, para depois serem agrupados em Temas Estratégicos. No caso do Hospital Santa Joana, são propostos neste trabalho, os seguintes processos chaves:

- Otimização da Logística (Gestão Operacional);
- Melhores Práticas na Atenção à Saúde (Gestão Operacional);
- Melhores Práticas de Gestão (Gestão Operacional);
- Gestão de Relacionamento (Gestão de Clientes);
- Desenvolvimento de Novos Mercados (Gestão de Inovação);
- Parcerias Tecnológicas (Gestão de Inovação);
- Gestão de Imagem (Gestão de Processos Sociais e Regulatórios).

4.4.5.4 Definição da Perspectiva de Aprendizado e Crescimento

A última Perspectiva, a de Aprendizado e Crescimento, aborda os ativos intangíveis da Organização. Para Kaplan e Norton (2004), estes ativos pertencem a três categorias:

- Capital Humano
- Capital da Informação
- Capital Organizacional.

Ao Capital Humano estão ligados aspectos como a habilidade e conhecimento para desenvolver seu papel dentro da Estratégia. No Capital da Informação, relacionam-se temas como rede de dados e voz, banco de dados, sistemas de informação, sistemas de apoio a decisão, sistemas especialistas, tecnologia em saúde, enfim alicerces necessários ao alcance da Estratégia. O Capital Organizacional trata da capacidade e motivação para mobilização frente a algum processo a ser instalado na empresa. Trata da capacidade de agir, de mudar.

Para Kaplan e Norton (2004), investir em ativos intangíveis é a maior garantia de adicionar valor de forma sustentada e de longo prazo.

O Mapa Estratégico do Hospital Santa Joana consta na Figura 4.10 a seguir, com as quatro Perspectivas.

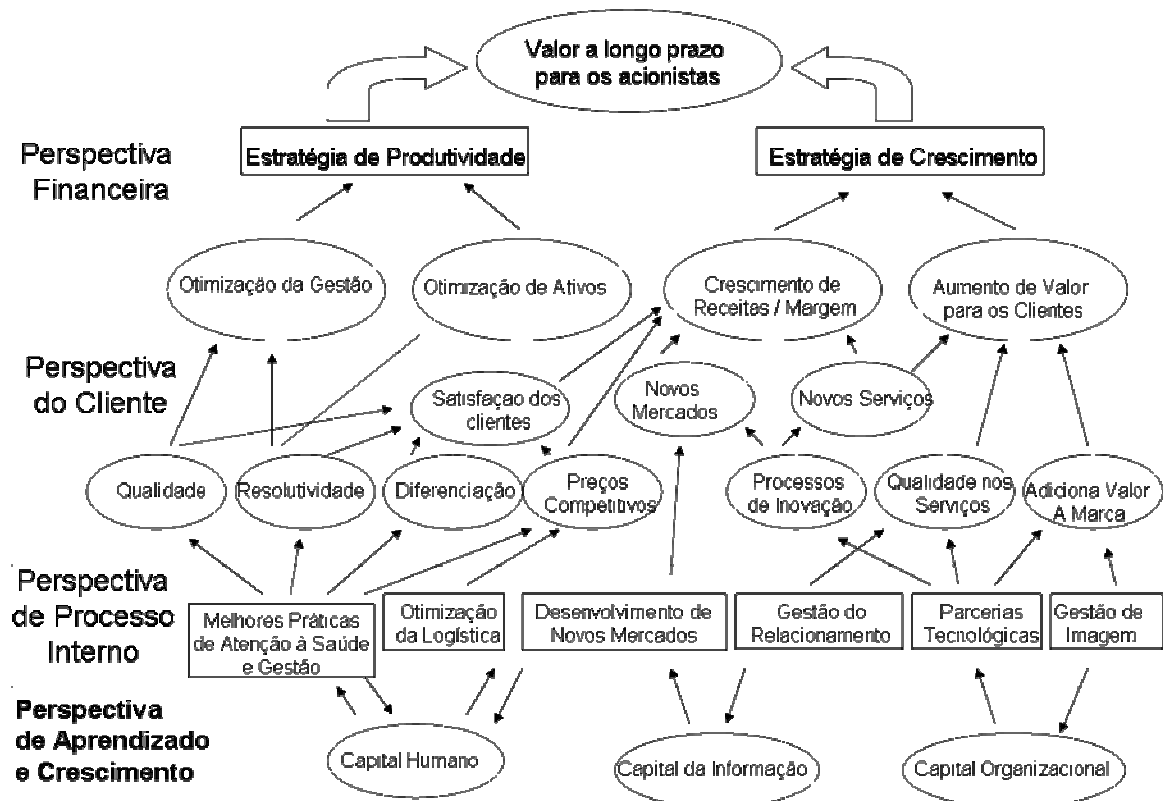


Figura 4.10 – Mapa Estratégico das 4 Perspectivas do Hospital Santa Joana

Fonte: o Autor (2008)

4.4.6 Exemplo do Desdobramento da Estratégia

Com o Mapa Estratégico definido no nível do Hospital, o modelo será desdobrado para cada Departamento. A Ação de Nível Tático será aplicada em cada Departamento, que alinhado com o Mapa Estratégica Corporativo, desenvolverá o Mapa e Objetivos Estratégicos do Nível Tático. Em seguida, em cada setor do Departamento será aplicado o Método de Gerenciamento das Tarefas do Dia-a-dia, Ação Nível Operacional, fechando a aplicação do Modelo Proposto nesta Dissertação.

Para fins de exemplificação, e devido a importância do Setor de Logística dentro de uma Organização Hospitalar, serão detalhadas as Ações de Nível Tático e Operacional neste Departamento.

4.4.6.1 Organograma

O Departamento de Logística apresenta o Organograma, apresentado na Figura 4.11.

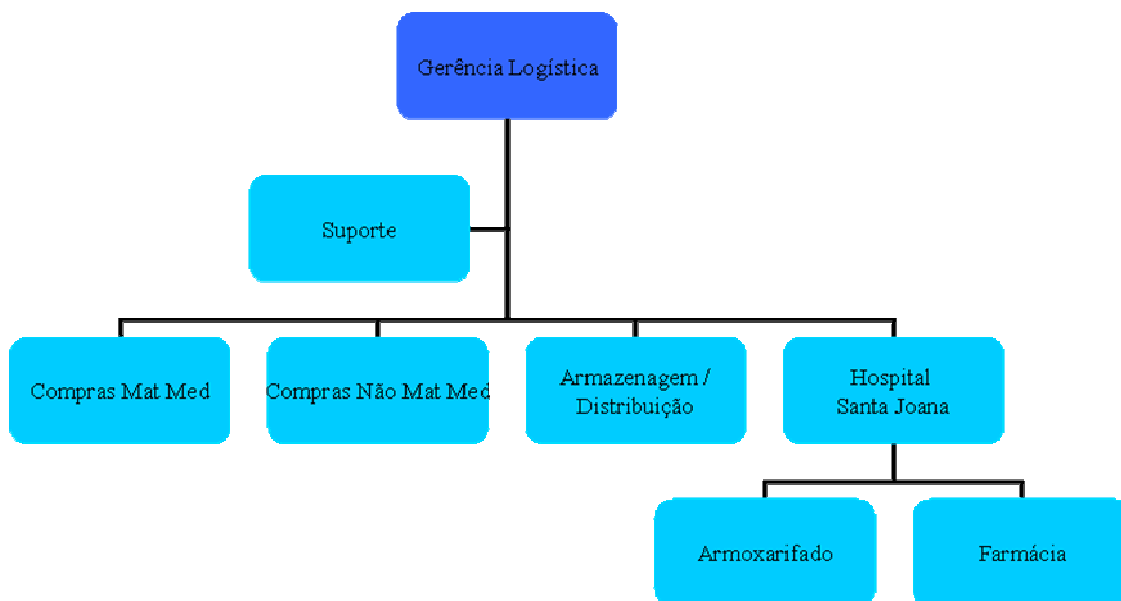


Figura 4.11 – Organograma do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana

Fonte: Hospital Santa Joana (2008)

Dentro da Estrutura do Grupo Fernandes Vieira, existem dois Hospitais, O Hospital Santa Joana e o Hospital Memorial São José. O Departamento de Logística trabalha de forma centralizada para os dois Hospitais do Grupo, no tocante aos setores de Compras de Materiais e Medicamentos, Compras Gerais, fora da área de Saúde, Armazenamento e Distribuição. E em cada Unidade Hospitalar, existem os Setores responsáveis pela Armazenamento Secundário de curto prazo, e abastecimento dos pontos de consumo do Hospital, ou seja, postos de enfermagem, centros cirúrgicos e urgência.

Seguindo o Modelo Sugerido por esta dissertação, nas próximas seções será apresentado o Mapa Estratégico do Departamento de Logística, com seus objetivos e indicadores estratégicos, e no setor de Farmácia, será apresentado o desdobramento da estratégia através do Gerenciamento de Tarefas do dia-a-dia.

4.4.6.2 Mapa Estratégico do Departamento de Logística

Em conjunto com o Gestor do Departamento de Logística, foi desenvolvido o Mapa Estratégico deste Departamento, considerando a sua contribuição com os Objetivos Estratégicos do Hospital Santa Joana.

Sob a Perspectiva Financeira, o Departamento de Logística deve contribuir para o aumento de Lucro. Neste sentido, vai atuar com duas estratégias básicas, já descritas nas seções anteriores, a Estratégia de Produtividade e de Crescimento.

A Estratégia de Produtividade visa Minimizar Perdas, Aumentar Retorno sobre os Ativos e Aumentar Giro de Estoque. Já a Estratégia de Crescimento objetiva o crescimento da receita e Margem de Contribuição dos Materiais e Medicamentos.

De acordo com o conhecimento dos objetivos estratégico gerais e na experiência na gestão de Logística, foram sugeridos os três principais processos internos do Departamento de Logística: as atividades de Compras, Armazenamento e Dispensação (distribuição interna de medicamentos e materiais) da Farmácia para os Postos e Centro Cirúrgicos. Dentro do Hospital Santa Joana, existe um centro de Armazenamento central, que abastece a Farmácia. A Farmácia é um ambiente de alto giro, que visa atender as necessidades dos pacientes internados e abastecer o Centro Cirúrgico.

Assim, a primeira grande tarefa da área de logística é proceder as compras dos dois Hospitais do Grupo, no tocante a Materiais, Medicamentos, Fios e Descartáveis

O Processo Interno de Armazenamento envolve as atividades de recebimento, conferência quantitativa e qualitativa, procedimentos de armazenamento respeitando as necessidades do item, controle de estoque com relação a data de validade e saída de itens e controle de comodatário.

O Processo de Dispensação, basicamente atividade da Farmácia, é o responsável por receber, armazenar e distribuir os itens solicitados para cada paciente, na quantidade e no tempo requerido, 24 horas por dia. Este processo abastece os Postos de Enfermagem de cada andar, bem como Centros Cirúrgicos e Setor de Urgência.

Na Perspectiva de Processos Internos, suas atividades são suportadas pelo Capital Humano, de Informação e Organizacional. São necessários a aplicação de Sistemas, Pessoal Treinado e Motivado para que o papel do Departamento de Logística seja alcançado.

O Mapa Estratégico indica algumas hipóteses para o Departamento de Logística, como demonstrado na Figura 4.12 a seguir.

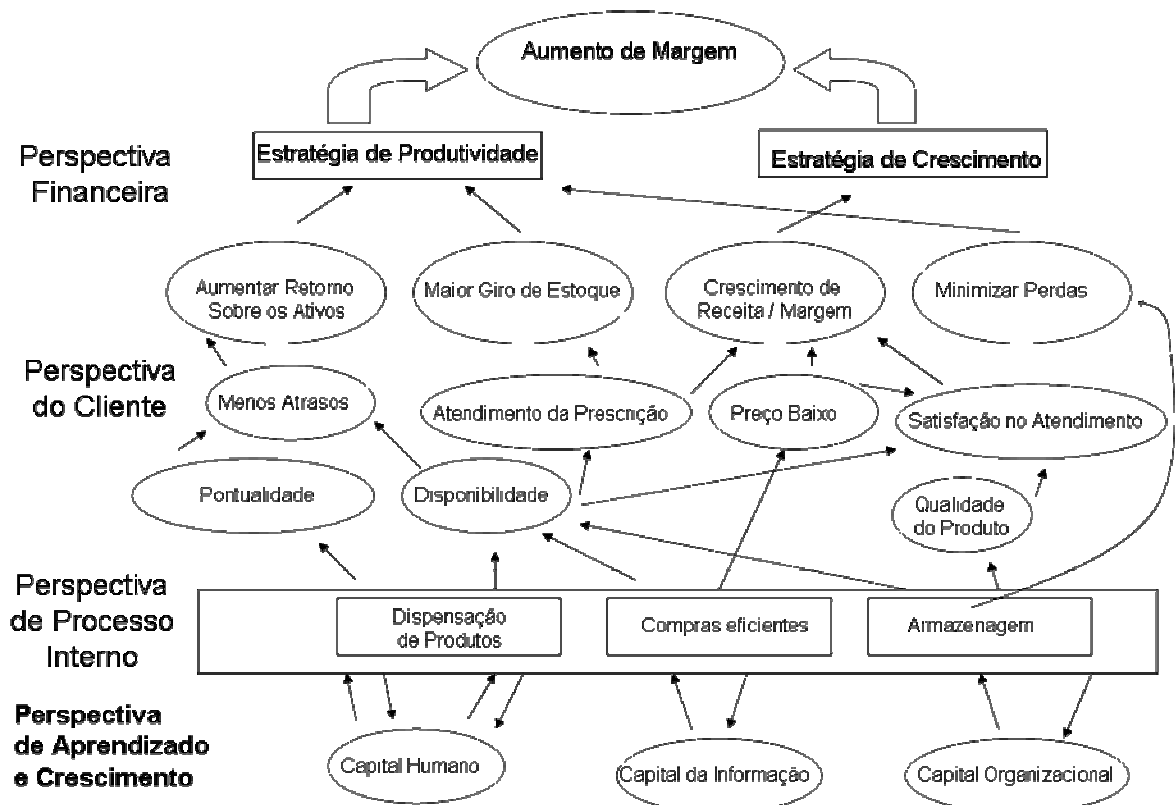


Figura 4.12 – Mapa Estratégico do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana

Fonte: o Autor (2008)

Pode ser dado como exemplo, que Compras Eficientes levam a atender um requerimento básico do cliente, que é de que sejam praticados preços baixos ou competitivos, contribuindo diretamente para o aumento de margem do Hospital em relação ao preço de venda. Bem como aumentando a satisfação do Plano pelo preço praticado competitivo, pode levar um crescimento de receita com pacientes deste plano, que serão mais indicados.

Por outro lado, o processo correto de armazenamento leva diretamente a diminuição de perdas, contribuindo com a Estratégia de Crescimento do Acionista.

A pontualidade acarreta em correção nos horários de aplicação do medicamento e procedimentos, aumentando a satisfação do clientes, cumprindo a risca a prescrição do médico assistente, otimizando o tempo da enfermagem na assistência ao paciente, relacionando na Perspectiva Financeira com a Estratégia de Crescimento e de Produtividade.

Os Objetivos Estratégicos estão apresentados no Mapa Estratégico acima, e os Indicadores de Desempenho que devem ser monitorados pelo Departamento de Logística serão os seguintes:

- Primeira Margem de Lucro em Materiais;

-
- Primeira Margem de Lucro em Medicamentos;
 - Primeira Margem de Lucro em Fios;
 - Primeira Margem de Lucro em Descartáveis;
 - Perda Financeira do Estoque;
 - Valor em Estoque;
 - Dias em Estoque;
 - Atrasos em Atendimentos.

Estes indicadores foram definidos em conjunto com o Gerente do Departamento de Logística. Alguns deles já eram utilizados pelo Departamento, porém sem a integração com um Sistema de Gestão. Por questões de sigilo, não poderão ser informadas as Metas fixadas para cada Indicador, nem os investimentos projetados para dar suporte aos Planos de Ação definidos.

Quanto aos Planos de Ação serão os seguintes:

- Plano de Capacitação de Funcionários;
- Investimento em Etiquetas de Código de Barra para armazenamento e distribuição;
- Investimento em Sistema de Dose Única com Controle no Leito;
- Sistema de Compras Compartilhadas em Portal com Associação de Hospitais Privados.

4.4.6.3 Setor de Farmácia

Em conjunto, o gestor da Farmácia e Gestor do Departamento de Logística, desenvolveram um documento onde foram definidas a Missão da Farmácia, com a identificação dos seus insumos e produtos, com respectivos fornecedores e clientes.

A construção deste Diagrama foi o primeiro passo da Ação Nível Operacional, pois através dele que foram identificados os produtos do setor e seus clientes. A Figura 4.13 a seguir, apresenta o trabalho que foi desenvolvido para o setor de Farmácia do Hospital Santa Joana.

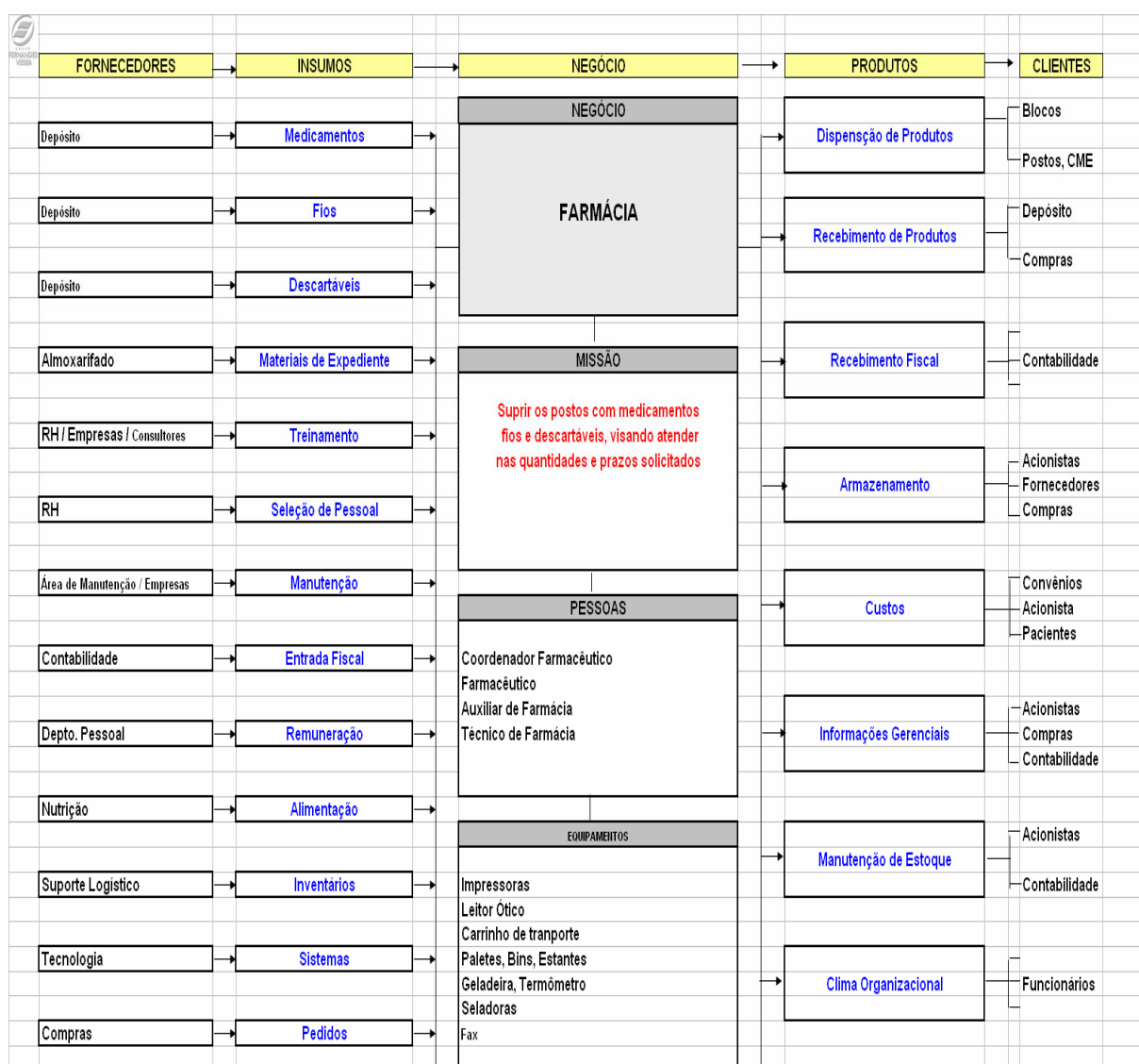


Figura 4.13 – Descrição do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana

Fonte: Departamento de Logística do Hospital Santa Joana (2008)

Observa-se que a Missão da Farmácia é de Suprir os Postos com Medicamentos, Fios e Descartáveis, visando atender nas quantidades e prazos solicitados.

Para cumprir sua Missão, diversos insumos e fornecedores fazem parte do processo. Fornecedores internos, como o Depósito, o setor de Compras, Contabilidade e Recursos Humanos, bem como, fornecedores externos, como empresas de Treinamento, sistemas, dentre outros.

Os produtos do setor de Farmácia são identificados a direita do Diagrama, onde constam por exemplo, armazenamento, dispensação dos itens, dentre outros.

A Figura 4.14 a seguir, destaca para cada produto, as necessidades de seus clientes.

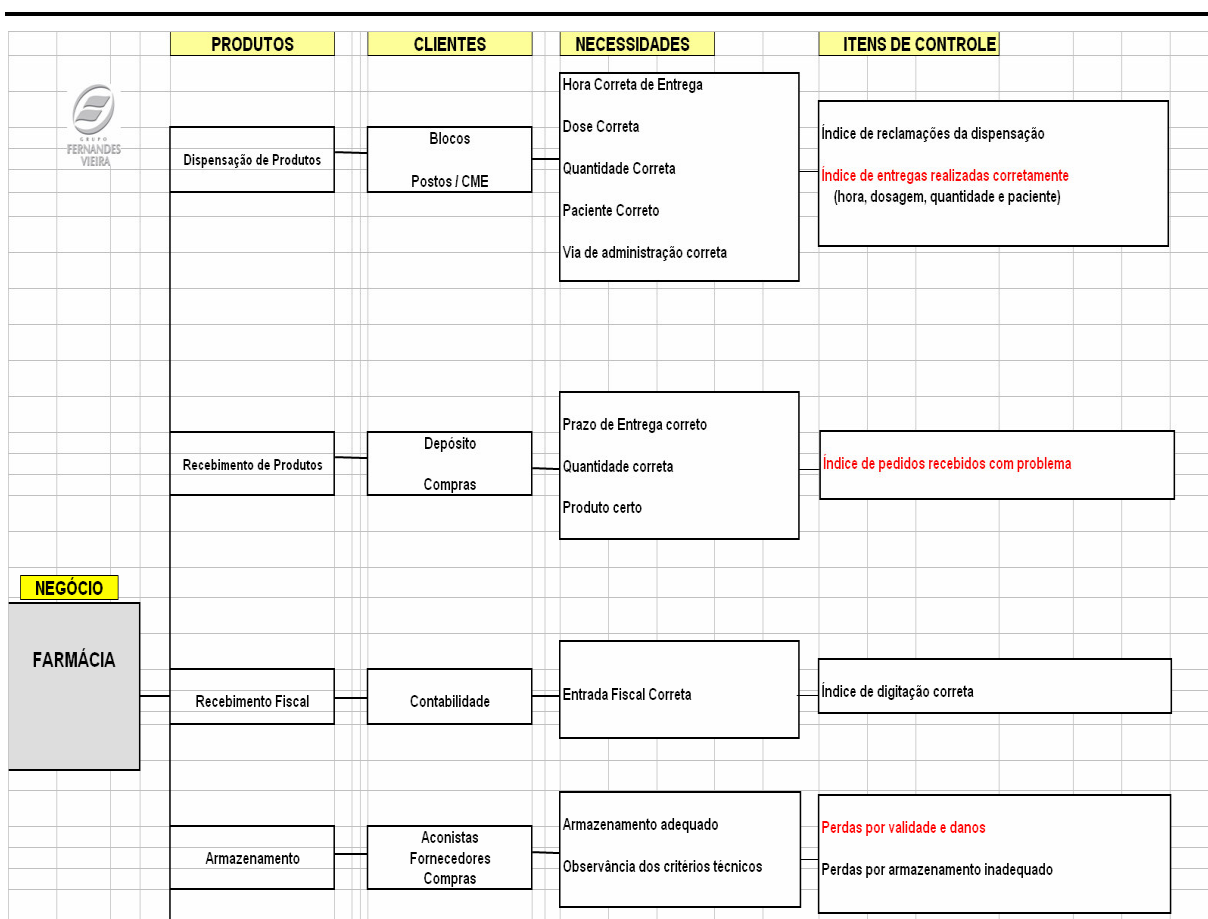


Figura 4.14 –Necessidades dos Clientes do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana

Fonte: Departamento de Logística do Hospital Santa Joana (2008)

O Objetivo desta etapa, é identificar os Itens de Controle, ou seja, os indicadores de resultados que precisam ser medidos. A monitoria dos itens de controle se faz necessária para que seja avaliado sistematicamente os resultados, avaliando o atendimento as necessidades dos clientes.

Considera-se importante limitar o número de itens de controle, evitando um número muito elevado de itens e conseqüente grande energia para sua obtenção, provocando pouco tempo para análise dos mesmos. Desta forma, os itens de controle, que escritos em vermelho, foram efetivados, enquanto os itens em preto, não serão considerados por enquanto no Sistema de Medição de Desempenho.

Todos os itens de controle estarão presentes em uma tabela, onde devem ser detalhados, especialmente no tocante a frequência, unidade de medida, fórmula de cálculo e fonte do dado, como mostra a Figura 4.15 a seguir.

NUM	ITEM DE CONTROLE	FREQ	UNID	FÓRMULA	OBSERVAÇÕES / FONTE
1	Índice de pedidos recebidos com problema	Mensal	%	$(\text{pedidos com problema} / \text{total}) \times 100$	Pedidos errados: planilha manual Total de pedidos: SAP ME2M
2	Perda por validade e danos	Mensal	%	$(\text{valor perda} / \text{valor armazenado}) \times 100$	Perda = validade + danificados Fonte: SAP MB51 e MC.5
3	Índice de entregas realizadas corretamente	Mensal	%	$(\text{Quant entregas realizadas corretamente} / \text{total}) \times 100$	WPD: relatório de pedidos Reclamações: controle em planilha
4	Acuracidade financeira bruta do estoque	Trimestral	%	$100 - [(\text{Ajustes(pos + neg)} / \text{total fin}) \times 100]$	SAP: M120
5	Empréstimos externos solicitados	Mensal	R\$	Valor dos empréstimos solicitados a hospitais externos	WPD: relatório de empréstimos
6	Índice de Clima Organizacional	Trimestral	%	$(\text{Respostas satisfatórias} / \text{Total de resposta}) \times 100$	Questionário para pesquisa de clima Apuração em planilha Excel Respostas satisfatória: "concordo"
7	Rotatividade de Pessoal	Mensal	%	$(\text{pessoas substituídas} / \text{total}) \times 100$	Apuração manual
8	Custo por volume dispensado	Mensal	R\$ / vol	custo mensal setor / quant de volumes	Relatórios SAP controladoria
9	Índice de Custo Logístico	Mensal	%	$(\text{custo mensal setor} / \text{valor dispensado}) \times 100$	Relatórios SAP controladoria

Figura 4.15 – Plano de Controle do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana

Fonte: Departamento de Logística do Hospital Santa Joana (2008)

Após a montagem do Plano de Controle, o Setor de Farmácia passou a levantar seus dados históricos, visando gerar o primeiro número de cada indicador listado acima. De posse destes primeiros resultados, serão analisados os resultados e fixadas as metas. Como dito anteriormente, as metas passam necessariamente pela definição de valores, prazos e responsáveis. Após sua fixação, os responsáveis precisam desenvolver Planos de Ação para que possam ser alcançadas as metas do setor.

Por exemplo, nas Figuras 4.16, 4.17 e 4.18, abaixo, serão apresentados as evoluções de alguns dos indicadores da Farmácia:

- Índice de Entregas Realizadas Corretamente,
- Índice de Pedidos Recebidos com Problemas e
- Índice de Rotatividade de Pessoal.

O Gráfico de Avaliação dos Indicadores, tem as seguintes características:

- Apresentam o dado histórico do ano anterior
- Apresentam os dados mês a mês
- Apresentam o dado consolidado do ano vigente
- Seta indicativa do sentido da melhoria
- Linha Identificando a Meta

- Tabela de Dados básicos usados para o cálculo do indicador
- Meta numérica no cabeçalho do Gráfico.



FARMÁCIA
ÍNDICE DE ENTREGAS REALIZADAS CORRETAMENTE
HOSPITAL SANTA JOANA

Mês	2007	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	2008
		jan	fev	mar	abr									Acum
Entregas realizadas incorretamente	437	78	102	47	61									288
Entregas realizadas corretamente	105496	21895	21783	22775	24280									90733
Total de entregas realizadas	105933	21973	21885	22822	24341									91021
Índice de entregas corretas(%)	99,6	99,65	99,53	99,79	99,75									99,68

↑
MELHOR

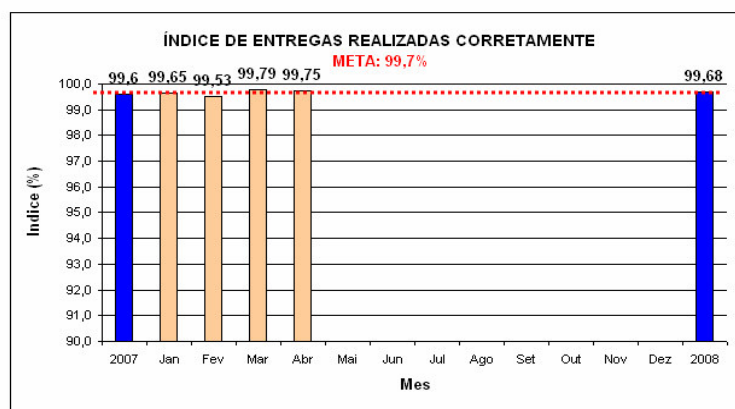


Figura 4.16 – Evolução do Índice de Entregas Realizadas Corretamente do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana

Fonte: Departamento de Logística do Hospital Santa Joana (2008)



FARMÁCIA
ÍNDICE DE PEDIDOS RECEBIDOS COM PROBLEMAS
HOSPITAL SANTA JOANA

Mês	2007	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Acum
		jan	fev	mar	abr									jan
Pedidos recebidos com problemas		40	49	17	61									167
Total de pedidos recebidos		8495	8414	8710	8747									34366
Índice (%)	0,10	0,47	0,58	0,20	0,70									0,49

↓
MELHOR

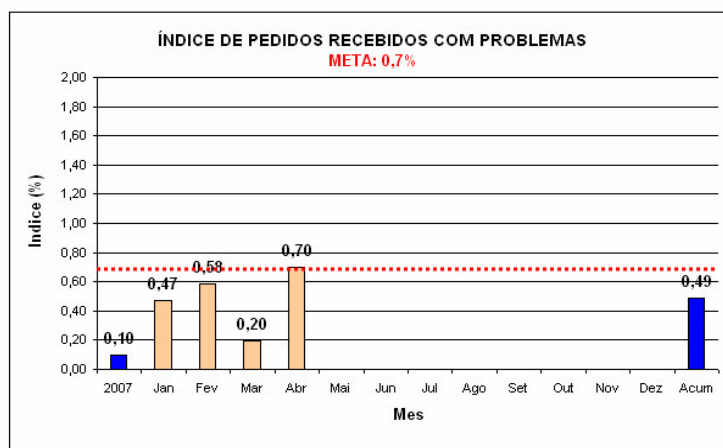


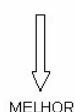
Figura 4.17 – Evolução do Índice de Pedidos Recebidos com Problemas do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana

Fonte: Departamento de Logística do Hospital Santa Joana (2008)



FARMÁCIA
ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DE PESSOAL
HOSPITAL SANTA JOANA

Mês	Acum 2007	Jan jan	Fev fev	Mar mar	Abr abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Acum 2008
Pessoas substituídas	3	0	0	0	0									0
Total de pessoas	46	46	46	46	46									46
Índice de rotatividade de Pessoal	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0									0,0



MELHOR

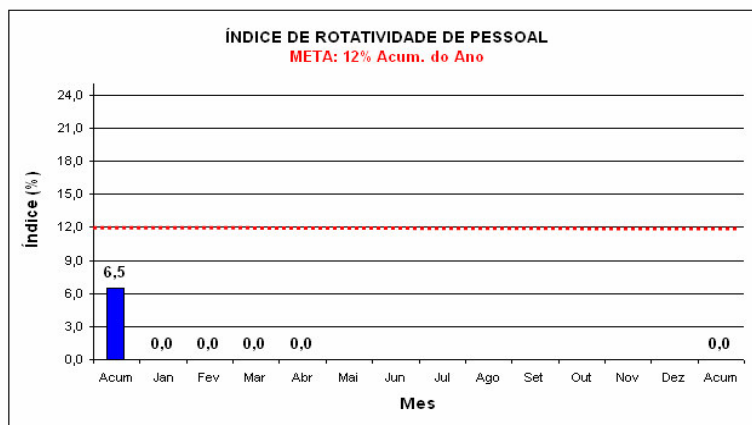


Figura 4.18 – Evolução do Índice de Rotatividade de Pessoal do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana

Fonte: Departamento de Logística do Hospital Santa Joana (2008)

As reuniões para avaliação são realizadas mensalmente, ocasião onde os responsáveis pelo setor, demonstram seus resultados e evolução dos planos de ação para atingimento de meta em cada Indicador de Desempenho.

Na Figura 4.19, a seguir, é demonstrado um exemplo de um dos Planos de Ação, que estão sendo executados na Farmácia do Hospital Santa Joana.



PLANO DE AÇÃO

Item de Controle: Perda por validade e Danos		Área: Farmácia	Hospital: HSJ	
Item	Ação	Responsável	Data Prevista	Data realizada
1	Intensificar rastreamento visual	Daniel	15/09/07	15/09/07
2	Permanecer Sinalizando curva A através de listagem fixada na Farmácia	Maria Arcuri	03/09/07	03/09/07
3	Análise trimestral por parte da enfermagem consumo dos Mat/Med. realizando redução ou aumento de produtos	Enfermeiras dos Blocos	15/09/07	15/09/07 -
4	Permuta entre setores de produtos armazenados em carros de emergência, postos, blocos Reservas	Alexandre/Daniel Aus. Adm. blocos	15/09/07	20/09/07
5	Montar com a Tecnovidacom parâmetro mensal das Alimentações enterais para troca com o fornecedor dos produtos com vencimento do mês posterior.	Maria Arcuri	15/08/07	15/08/07
6	Sinalizar antecipadamente ao setor de compras através de relatório as prováveis perdas dos produtos com alto custo, sinalizando para o setor de compras,	Maria Arcuri	15/09/07	01/10/07
7	Reavaliar Padronização de pedido de Posto e Reserva dos andares	Helton	06/2008	
8	Intensificar agendamento dos pacientes na quimioterapia, adquirindo produtos que serão Utilizados para 15 dias	Sara/Constança	Já realizando	
9	Após Implantação do código de barra verificar mensalmente através de relatório produtos a vencer do mês posterior.	Alexandre	06/2008	

Figura 4.19 – Plano de Ação para o Item de Controle Perda por validade e danos do Setor de Farmácia do Departamento de Logística do Hospital Santa Joana

Fonte: Departamento de Logística do Hospital Santa Joana (2008)

4.5 Resumo do Capítulo

Neste capítulo, foram apresentados o modelo de forma conceitual, os passos de sua implementação e sua aplicação prática no Hospital Santa Joana.

Foi apresentado na primeira seção, o conceito do Modelo e os passos a serem seguidos para sua implementação, de uma forma geral. Em seguida, foi sugerida a formação da equipe necessária para uma implantação de um sistema de Gestão.

A Descrição do Modelo com as Adaptações sugeridas por esta Dissertação foi apresentado na seção 4.3, onde foram descritos em detalhes os elementos denominados por este trabalho de Ação Nível Estratégico, Tático e Operacional. A Ação Nível Estratégica aborda as definições da Alta Direção quanto a Missão, Visão, Análise do Mercado, Análise *SWOT* e Definição dos Objetivos e Mapa Estratégico da Organização. Na Ação Nível Tático, o modelo sugere a definição dos Objetivos Estratégicos de cada Departamento, como definição dos respectivos Mapas Estratégicos, Indicadores, Metas e Planos de Ação. Por fim, na Ação Nível Operacional, foram apresentados os passos na construção com os Setores de cada Departamento, o desdobramento da Estratégia, onde cada Setor definirá indicadores de Desempenho, Metas e Planos de Ação alinhados com os níveis mais altos da Organização.

Quanto ao processo da Prática, é importante destacar, que o Modelo sugerido ainda encontra-se em fase de avaliação pela Diretoria do Hospital Santa Joana. Em função do conhecimento da Cultura da Organização e seus processos, este trabalho fez sugestões de declaração de Missão e Visão, bem como uma avaliação de mercado e uma análise *SWOT*, sugerindo Objetivos Estratégicos e produzindo o Mapa Estratégico do Hospital Santa Joana. De posse deste Mapa, foi desenvolvido o Mapa Estratégico do Departamento de Logística. No nível mais operacional, graças a participação e envolvimento do Departamento de Logística, foi possível aplicar as etapas previstas na Ação Nível Operacional, e desenvolver um sistema de indicadores de desempenho, que já demonstra bons resultados, como apresentado no final deste Capítulo.

No próximo Capítulo, serão apresentadas as considerações finais deste trabalho, destacando aspectos positivos, pontos de melhoria e sugestão para futuras abordagens deste mesmo tema.

5 CONCLUSÃO

Este Capítulo apresenta uma avaliação preliminar da implantação do Modelo de Sistema de Gestão sugerido por esta Dissertação, bem como destaca algumas limitações e dificuldades encontradas além de sugerir algumas abordagens para estudos futuros.

5.1 Conclusão Geral

O objetivo principal deste trabalho foi de sugerir um modelo de gestão, que promova o alinhamento estratégico de toda a organização, capacitando-a para ampliar sua condição de destaque no mercado e explorar novas atividades de negócio.

Ao longo da Dissertação, foi apresentado o Mercado de Serviços, com ênfase em Serviços Hospitalares, com suas particularidades. No tocante aos Hospitais, foi destacada a grande participação dos Planos de Saúde na Receita do Hospital, e apresentado o conceito de Turismo em Saúde, que se apresenta como um enorme mercado a ser desenvolvido.

Foram apresentadas algumas metodologias, o Modelo utilizado em Hospitais do Canadá, e o Modelo final desta Dissertação, sugerindo os passos de sua implementação dentro de cada nível da organização. Por fim, foram apresentados os primeiros resultados de sua implementação, demonstrando aplicabilidade do Modelo e possibilidade de alcance de resultados.

O Hospital Santa Joana iniciou o processo de Acreditação Internacional, através do *Joint Comission International* e Consórcio Brasileiro de Acreditação, em Março de 2008. O processo exige um investimento de monta e tem previsão de duração de dois anos. Serão analisadas todas as funções do Hospital, no trato com o paciente, desde a recepção até o aspecto de tratamento e informação. Exigirá investimentos em diversos níveis, destacando, em especial, investimentos em recursos Humanos e sistemas que disponibilizem a análise evolutiva do desempenho.

Quanto ao modelo de Gestão, existe uma Coordenação de Planejamento, que tem dado os primeiros passos visando sua implementação.

A implantação integral do Modelo sugerido demandará algum tempo, além de grande esforço de implantação, não apenas financeiro, mas em especial, de envolvimento do capital Humano do Hospital. A flexibilidade na implantação será um grande diferencial para sua efetivação na Organização.

Durante o processo de desenvolvimento e aplicação do modelo, se faz necessário destacar que os gestores dos níveis mais operacionais entenderam de forma mais rápida a metodologia do gerenciamento de tarefas do dia-a-dia, o que levou o modelo sugerido a adotar este processo na identificação das necessidades e de itens de controle dos níveis mais operacionais, e usa-lo como sistema de medição de desempenho nestes níveis.

5.2 Limitações e dificuldades

A principal dificuldade foi a indisponibilidade de aplicar o Modelo, com a participação das equipes necessárias em cada etapa, em especial a alta direção.

Em função desta limitação, o trabalho foi desenvolvido em função do conhecimento da cultura do Hospital Santa Joana, seus processos internos, além da avaliação do Mercado Competitivo de Saúde. Desta forma, várias definições do Modelo ainda precisam ser analisadas e aprovadas pela Diretoria, porém as implementações preliminares demonstram bons resultados e facilidade de aplicação do Modelo. A Ação Estratégica do Modelo foi iniciada, porém a Ação Tática está sendo desenvolvida de forma pontual. O Departamento de Logística iniciou o trabalho, já apresentando resultados de melhoria de desempenho significativos. A Ação Tática está agora focada no Departamento de Enfermagem.

Assim, a aplicação ainda preliminar do Modelo de Sistema de Gestão sugerido por este trabalho não possibilita afirmar sua eficácia na prática na Organização como um todo.

Além disso, merece destaque a necessidade de capacitar os Gestores de todos os Níveis, no tocante a Metodologias e Conceitos de Gestão e Sistemas de Indicadores de Desempenho, pois a falta de conhecimento em alguns temas pode prejudicar a montagem e assimilação do Modelo de Gestão.

No processo de implantação já em andamento, vê-se que a capacitação e envolvimento dos Gestores são fatores chaves para o sucesso.

5.3 Sugestões para trabalhos futuros

A implantação de um Sistema de Gestão é um processo sempre em movimento, cujos resultados estão ligados ao correto entendimento do papel de cada área dentro da Organização.

Como sugestão para trabalhos futuros: realizar uma medição dos diversos indicadores em cada área e quantificar os resultados alcançados pela organização com a adoção do novo Sistema de Gestão.

Outro ponto relevante pode ser a avaliação do impacto de indicadores relacionados a resultados financeiros da organização, sendo utilizados em alguns níveis mais operacionais, para verificar se este conhecimento e comprometimento com estes indicadores alteram o comportamento e os resultados destes setores. Avaliando também se há a introdução de elementos motivacionais, na forma de prêmios ou participações, que poderiam alavancar resultados mais expressivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L.C.G. *Organização, sistema e método e as tecnologias de gestão organizacional: uma arquitetura organizacional, benchmarking, empowerment, gestão pela qualidade total, reengenharia*. São Paulo, Ed. Atlas, 2005.

ARAÚJO, O. *Análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) ou (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças)*. Disponível em <http://www.dearaujo.ecn.br/cgi-bin/asp/analiseSwot.asp>. Acesso em 1 de junho de 2008.

ANTHONY, R.N. *Planning and control systems: a framework for analysis*. Harvard Graduate School of Business, Boston, 1965.

BALTAZAR, L. *Acreditação Hospitalar no Hospital Israelita Albert Einstein*.

BECCA, H. Medical tourism growing worldwide. Disponível em http://www.globehealthtours.com/medical_news/2006/01/medical-tourism-growing-worldwide.htm, UDaily, 2005. Acessado em 17/10/2007.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 1-10, jan./mar., 2000

CAMPANELLA, J., CORCORA, F.J. *Principles of quality costs.*, Quality Progress, April, pp 16-22, 1983.

CAMPOS, V. F. *Gerenciamento da Rotina do Trabalho do Dia-a-Dia*. Nova Lima, INDG, 2004.

COBRA, M.; ZWARG F. *Marketing de Serviços: conceitos e estratégias*. São Paulo, Editora McGraw-Hill Ltda., 1987.

CONASS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÉRIOS DE SAÚDE). *Saúde Suplementar*. Brasília, Coleção Progestores, 2007.

CONASS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÉRIOS DE SAÚDE). *Sistema Único de Saúde*. Brasília, Coleção Progestores, 2007.

CROSBY, P. B. *Quality is free*. McGraw-Hill, New York, NY 1972.

DIXON, J.R., NANNI, A.J., VOLMANN, T.E. *The New Performance Challenge – Measuring Operations for World Class Competition*. Dow Jones-Irwin, Homewood, IL. 1990.

DRUKER, P. F. *Managing for the Future – The 1990's and Beyond*. Truman Talley Books, Dutton, New York, 1992.

FALK, J. A. *Gestão de Custos para Hospitais: Conceitos, Metodologias e Aplicações*. São Paulo, Ed. Atlas, 2001.

FEIGENBAUM, A.V. *Total Quality Controle*. McGraw-Hill, New York, NY. 1961, 1961.

FERNANDES, A. da C. *Scorecard dinâmico – em direção à integração da dinâmica de sistemas com o Balanced Scorecard*. Tese de Doutorado em Engenharia de Produção – Coordenação dos Programas de Pós Graduação de Engenharia, UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

FISCHMANN, A.; ALMEIDA, M. I. R. *Planejamento estratégico na prática*. São Paulo, Editora Atlas, 1991.

FITZGERALD, L., JOHNSTON, R., BRIGNALL, S., SILVESTRO, R., VOSS, C. *Performance Measurement in Service Business*. CIMA, London. 1991.

GIANESI I.G.N.; CORREA H.L. *Administração Estratégica de Serviços*. São Paulo, Editora Atlas, 2006.

HAYWOOD-FARMER, J.; NOLLET, J. *Service Plus: effective service management*. Québec: Morin, Boucherville, 1991.

HEALTH CARE AND TOURS INDIA. *Medical procedure price comparison*. <http://www.healthcaretours.com/medical-procedure-price-comparison.asp>, Acessado em 20/04/2008.

HREBINIAK, L.G., JOYCE, W.F. *Implementing Strategy*. Macmillan, New York, NY. 1984.

INGRAN, R; ALBRIGHT, T; HILL, J. *Managerial accounting: Information for Decisions*. Cincinnati, South-Western, 1997.

JOHNSON, H. T., KAPLAN, R. S. *Relevance Lost – the rise and fall of Management Accounting*. Harvard University Press, Boston, MA. 1987

JOHNSTON, R.; CLARK, G. *Administração de Operações de Serviço*. São Paulo, Ed. Atlas, 2002.

JUDSON, A.S. *Making Strategy Happen: transforming plans into reality*. London: Basil Blackwell, 1990.

JULIO, C. A.; SAIBI NETO, J. *Estratégia e planejamento: autores e conceitos imprescindíveis*. São Paulo, Publifolha, 2002.

KAPLAN, R.S. *Measuring manufacturing performance: a new challenge for managerial accounting research*. Accounting Review, v LVIII, n. 4, p. 686-705, 1983.

KAPLAN, R S.; NORTON, D. P. *A estratégia em ação: Balanced Scorecard*. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1997.

KAPLAN, R S.; NORTON, D. P. *Mapas Estratégicos: convertendo Ativos intangíveis em Resultados Tangíveis*. Rio de Janeiro, Ed. Elsevier, 2004.

KOTLER, P. *Marketing Management Analysis, Planning and Control*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1984

LYNCH, R.L.; CROSS, K. F. *Measure up! Yardsticks for continuous improvement*. USA: Blackwell, 1991.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. *Serviços: Marketing e Gestão*. São Paulo, Ed. Saraiva, 2003.

MANUAL INTERNACIONAL DE PADRÕES DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR. Joint Commission Intertional; Consórcio Brasileiro de Acreditação. Janeiro de 2003.

MINTZBERG, H. *Patterns in strategy formulation*. Management Science, Vol 24 No 9, pp.934-48, 1978.

MOREIRA, D. A. *Administração da Produção e Operações*. São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 2004.

NEELY, A.; GREGORY M.; PLATTS, K. *Performance measurement system design: A literature review and research agenda*. International Journal of Operations & Productions Management, 25, No.12, 1228-1263, 2005.

OHAMAE, KENICHI. *O estrategista em ação: a arte japonesa de negociar*. São Paulo, Editota Pioneira, 1985.

OLVE, N.; ROY, J. e WETTER, M.; tradução Maria Cristina da Costa Müller. *Condutores da Performance: um guia prático para o uso do balanced scorecard*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

OLIVEIRA, D. P R. *Planejamento Estratégico: conceitos, metodologias e práticas*. São Paulo, Ed. Atlas, 2005.

PORTER. M. *Competitive Strategy*. New York, Free Press, 1980.

PORTER, M. *A Nova Era da Estratégia*. HSM Management, São Paulo: HSM Cultura e Desenvolvimento, ed especial, p. 17-28, mar.-abr. 2000.

PORTER, M; TEISBERG, E. *Repensado a Saúde: Estratégias para melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos*. São Paulo, Bookman, 2007.

Revista Exame, Edição 903, Ano 41, N° 19 – 10 10 2007, reportagem Exame 40 anos. Página 37.

Revista Exame, Edição 903, Ano 41, N° 19 – 10 10 2007, Gestão & Idéias, Página 154.

Revista SINHA, Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares da Associação Nacional de Hospitais Privados. São Paulo, ANAHP, 2006.

ROHM, H; HALBACH, L. *Developing and Using Balanced Scorecard Performance Systems*. August 2005. Acessado em www.balancedscorecard.org., 20 de janeiro de 2008.

SCHMENNER, R. W. *Administração de Operações em Serviços*. São Paulo, Editora Futura, 1999.

SCHNELLER, E.S.; SMELTZER, L. R. *Strategic Management of the Health Care Supply Chain*. Jossey-Bass A Wiley Imprint, 2006.

SCHWARZ, F. *Management Scorecard: alinhando indicadores de desempenho à Estratégia Empresarial*. 2005. Acessado em www.supplychainonline.com.br/arquivos/bscorecard.pdf, 24 de janeiro de 2008.

SLACK, N. *The Manufacturing Advantage: Achieving Competitive Manufacturing Operations*, Mercury, London. 1991.

SLACK, N.; JOHNSTON, R; CHAMBERS, S. *Administração da Produção*. São Paulo, Ed. Atlas, 2002.

SILVA, L. C. *O Balanced Scorecard e o Processo Estratégico*. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v.10, n 4, p. 61-73, outubro/dezembro 2003. www.prodepa.psi.br/s&p/pdf/bsc%20eo%20plano%20estartegico.pdf

SOLOMONS, D. *Divisional performance: measurement and control*. Homewood, Illinois, 1965.

STEDE, W.A.; CHOW. C.W.; LIN, T. W. *Strategy, choice of performance measures and performance*. Working Paper, University of Souththerm California, 2001.