



Planejamento em organizações de saúde – uma análise da aplicação de métodos de planejamento em quatro hospitais

*Planning in health organizations - an analysis of the
application of planning methods in four hospitals*

Rebeca de Rene Graf¹

Ana Maria Malik²

Kim Mishima Uehara³

Resumo

O planejamento no setor da saúde em geral, e em especial nos hospitais, configura-se como um ponto que deixa a desejar na realidade brasileira. Esta premissa acompanha trabalhos do setor, nos quais se identificam baixa preocupação com a eficiência e pouca profissionalização na estrutura organizacional. De modo geral, a utilização de técnicas de planejamento ainda é incipiente no setor. Algumas delas são recém-chegadas na área da saúde e derivam de outras áreas como, por exemplo área econômica. Outras técnicas são advindas de países desenvolvidos no setor da saúde, mas que no Brasil ainda estão em fase inicial de incorporação. Esse estudo foi realizado em quatro casos, dois em hospitais públicos e dois em hospitais privados, que mostram diferenças de gestão, talvez não devidas especificamente à propriedade.

Palavras-chave: Planejamento Hospitalar; Gestão Hospitalar; Gestão em Saúde; Tamanho das Instituições de Saúde.

Abstract

In general, planning in the health sector in general, is an issue that is below expectations in the Brazilian reality, especially in hospitals. This premise is present in activities in the sector, in which low concern with efficiency and little professionalization in the organizational structure can be found. Altogether, the use of planning techniques is still incipient in the industry. Some of the techniques are newcomers in the health care area and derive from other fields such as economics. Other techniques come from developed countries in the health sector, but in Brazil they are still in the early stages of incorporation. This study was conducted based on four cases, two in public hospitals and two in private, hospitals that show management differences, perhaps not specifically due to ownership.

Keywords: Hospital Planning; Hospital Management; Health Management; Size of Health Institutions.

1 Mestre em Administração de Empresas e
Doutoranda em Administração Pública e
Governos. Fundação Getúlio Vargas - FGV. São
Paulo - SP – Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6933-7507>
rebeca@rebecagraf.com

2 Professora Doutora em Medicina Preventiva pela
FMUSP. Fundação Getúlio Vargas - FGV. São
Paulo - SP – Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0813-8886>
ana.malik@fgv.br

3 Bacharel em Administração de Empresas
Instituto de Responsabilidade Social Sírio
Libanês. São Paulo - SP – Brasil
kimmishima@gmail.com



1 Introdução

Antes do Sistema Único de Saúde (SUS) já havia discussão em relação à causa do problema da saúde do Brasil, questionando se ele reside na falta de recursos financeiros para a saúde ou se é gerado pela falta de gestão no setor. O modelo atual, nascido em 1988 e formalizado em 1990, passa por discussões apresentadas com dados convincentes.

É difícil definir o que mais falta na área da saúde e com isso os dados acabam servindo a diversas interpretações. O modelo do SUS descentralizado e focado na atenção básica passou por mudanças. Por exemplo na legislação com relação à vinculação de recursos, a tetos e a pisos do orçamento em função das receitas das diferentes instâncias federativas, discutidas pelas PEC 241/16 e aprovada na Câmara dos Deputados. Posteriormente ela foi substituída pela PEC 55/16 encaminhada ao Senado, bem como as discussões sobre planos de saúde com menos cobertura ainda acirram a discussão sobre a questão (Bahia, Scheffer, Dal Poz & Travassos, 2016; Mendes, 2016a; Mendes, 2016b).

Pode-se afirmar, porém, que, nacional e internacionalmente, faltam ambos. Desde 2008 fala-se do Triple AIM (Berwick, Nolan & Whittington, 2008), depois passou a se falar do Quadruple Aim (Bodenheimer & Sinsky, 2014) e em 2016 começou-se a discutir que a saúde da população, um dos componentes dos dois anteriores, se tornou um objetivo fantasma (Onie, Perla & Lee, 2016).

Desde o início da década de 1990, hospitais internacionais já apontavam para a relação entre práticas estratégicas e funcionais e sua relação com o desempenho, como demonstrou Cleverley e Harvey (1992). Os autores identificaram relações entre o controle de custos, a participação em segmentos de mercado, a política e a diversificação de fontes de financiamento. O trabalho de Qin (2006), por sua vez, analisou o desempenho dos hospitais chineses e os resultados do autor apontou para projeções comparativas com o mercado hospitalar mundial, por meio da ampliação da capacidade de planejamento e de sistemas informacionais mais efetivos, mostrando como isso contribuiu significativamente para a melhoria do desempenho.

Sob a mesma lógica, Bloom e Reenen (2007, 2010) identificaram que organizações com menor intensidade no uso das práticas apregoadas por escolas de adminis-

tração também apresentam pior desempenho financeiro. A abrangência das metodologias sobre ferramentas usadas na gestão da área da saúde, suas medições e análises podem ser fontes de vários questionamentos referente à utilização dos instrumentos de gestão, como proposto por Bromiley e Rau (2014), ao questionarem as limitações das teorias atuais, propondo os princípios que denominam de *visão baseada na prática*.

As observações mostram que os hospitais utilizam poucas ferramentas de gestão e de planejamento, e quem as utiliza mais tende a tornar-se mais competitivo. Nesse ponto, há autores como Brito, Malik, Brito, Bulgacov e Andreassi (2013), que desenvolveram estudo no Brasil sobre as práticas competitivas de hospitais de médio porte. Os resultados mostram que a adoção das práticas básicas de gestão nesses hospitais ainda figuram como um processo em desenvolvimento e que existem vários hospitais com nível de utilização problemáticos, uma vez que as instituições de saúde costumam ser geridas por profissionais da área da saúde sem conhecimento de ferramentas de gestão e planejamento. Segundo os autores, essa deficiência constitui-se numa ameaça à competitividade dessas organizações, com consequente prestação insatisfatória de serviços à sociedade e desperdício de recursos.

Outra pesquisa ainda mais recente, financiada pelo Ministério da Saúde (Araujo, Barbosa, Miranda, Souza & Nogueira, 2015) evidencia que as práticas de gestão de pessoas são inadequadas sobretudo em nos hospitais de pequeno porte. Também há dados¹ de 2008 a 2013 que evidenciam melhoras na eficiência dos hospitais no estado de São Paulo, mas que mostram o fato de que seus resultados ainda estão aquém daqueles descritos pela OCDE (Marinho, Cardoso & Almeida, 2009). Nesse sentido os hospitais gerais de grande porte, localizados em Regiões Metropolitanas, são os que acabam caracterizados como mais eficientes. (Ramos, Cruz, Kishima, Pollara, Lira & Couttolenc, 2015).

De fato, no Brasil há tempos identifica-se que, em regra, os hospitais são pouco eficientes (La Forgia & Couttolenc, 2009; Lima, Barbosa, Portela, Uga, Vasconcellos & Gerschman, 2004). Suas práticas elementares de gestão apresentam importantes limitações que impedem a aplicação adequada de suas competências operacionais. O mesmo já foi observado em hospitais no

estado de São Paulo (Pena & Malik, 2003), com relação à utilização, por parte dos gestores, de quesitos básicos para sua prática de planejamento. Outros achados de pesquisa mostraram que alguns tomadores de decisão não necessariamente tinham clareza na sua estratégia, possivelmente confundindo-as com apostas (Ferreira, 2011).

A investigação de Pereira, Paiva, Souza, Siqueira & Pereira (2012) permitiu aos autores argumentarem sobre a efetividade das decisões e ações gerenciais por meio do uso adequado de instrumentos de gestão e sistemas de informação para uma parcela dos hospitais brasileiros. Inclusive em relação à qualidade dos diagnósticos médicos e melhoria do atendimento dos serviços necessários e, conseqüentemente, para a competitividade entre os atores do setor.

Nesse ponto há equivalência com a pesquisa de Souza, Guerra & Lara (2009) referente ao controle da gestão hospitalar para a eficiência dos hospitais em Minas Gerais. Os autores concluíram que baixos índices de complexidade assistencial e de número de leitos estão relacionados a um desenvolvimento gerencial incipiente, principalmente no que diz respeito ao controle, ao sistema de informações, à avaliação de desempenho e à ausência de ferramentas que disponibilizem capacidade de monitoramento e de avaliação de resultados, às informações de custeio e de precificação dos serviços prestados e demais informações que subsidiem o processo de tomada de decisão.

Tanto Takahashi (2011) como Pedroso e Malik (2012) evidenciaram algumas peculiaridades na maneira pela qual os gestores de serviços de saúde encaram a cadeia de valor do setor. Veloso, Bandeira e Malik (2013) ainda mostram como o modelo *Value Based Health Care Delivery* é analisado por teóricos norte-americanos. Mais recentemente, o tema foi objeto de uma publicação da Economist Intelligence Unit (2016), comparando diversos países em função de indicadores voltados à prestação de assistência baseada em valor.

Tomando como base os resultados dos estudos elencados, a presente pesquisa buscou avançar na exploração da criação de valor, examinando especificamente a relação entre práticas de planejamento, delineamento do modelo de negócio e verificando de que forma essa configuração cria valor.

Não tivemos como objeto de estudo o desempenho de modo geral, mas nós propusemos obter maior compre-

ensão sobre o conjunto das práticas referentes às categorias de análise e busca endereçar algumas limitações referentes às considerações de Bloom e Reenen (2007). Este trabalho tem caráter ainda exploratório, pois foca um setor específico: hospitais no Brasil². Considerando, então, este contexto o presente artigo é qualitativo, apresentando quatro estudos de caso em hospitais de diferentes tipos em distintas localizações no Brasil. Em termos gerais, a principal questão que emerge é o conhecimento da atuação dos hospitais em relação ao seu planejamento e a melhor compreensão de seus efeitos para os pacientes, financiadores, fornecedores de insumos e serviços, e profissionais, entre outros, no âmbito da criação de valor econômico e social, com a finalidade de transpor barreiras que impedem a sustentabilidade do sistema de saúde e da própria sociedade.

Nesse sentido, este artigo traz algumas respostas exploratórias para a seguinte questão: como se dá o planejamento em hospitais brasileiros e em função de que variáveis? O pressuposto do trabalho é que as formas de gestão utilizadas pelos hospitais geram intensas variações na organização e no planejamento de modo geral. Acredita-se que os hospitais que se saem melhores nos resultados de gestão (e, conseqüente na capacidade competitiva), são aqueles que possuem organização e planejamento prévios, em detrimento dos hospitais que reagem aos problemas, conforme eles surgem.

O objetivo geral do trabalho é identificar como diferentes hospitais no Brasil utilizam o planejamento e se estes modelos se relacionam a seus modelos organizacionais. A necessidade de buscar compreender esses fatos baseiam-se nos resultados da pesquisa bibliográfica prévia conduzida nas bases de dados Ebsco, Cielo, Proquest e Capes (referente aos vinte últimos anos, 1995 a 2015), e cujos resultados não identificaram outras investigações com o mesmo quadro de referência.

2 O ambiente hospitalar no Brasil

As discussões voltadas à gestão da saúde pública trabalham questões ambientais, epidemiológicas e de risco, que deveriam ser utilizadas também na gestão dos serviços. Esta, por sua vez, se ocupa mais de aspectos financeiros, de logística, de resultados, que seriam impor-





tantes na saúde pública. Até mesmo as bases de dados que cada uma utiliza costumam ser diferentes e por vezes o sistema para o qual elas olham não são os mesmos.

Todavia deveriam, em teoria, ser unificadas, uma vez que estamos no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS. Apesar de ser um sistema descentralizado entre os entes federativos, não há a utilização dos mesmos sistemas, fontes de informações, e de planejamento. Portanto o sistema não reverbera os resultados e as ações forma integral. A gestão é fragmentada e isso gera ineficiência, por mais que existam diversos sistemas disponíveis.

Em geral, o setor da saúde é conhecido por adotar tardiamente o conhecimento gerencial nas suas organizações (Rogers, 2003). Consequência disso são problemas financeiros pelos quais passam diversos hospitais, entre outros motivos devido à falta de gestão eficaz (Queiroz, Albuquerque & Malik, 2013).

Os hospitais, no âmbito da área da saúde, já foram identificados como organizações complexas, estando em geral entre as mais caras do sistema³. Por outro lado, eles estão tendo seu papel questionado neste século XXI, frente às novas necessidades de saúde identificadas. Ao mesmo tempo fala-se cada vez mais de redes de saúde, que buscam integrar diferentes tipos de serviço e, por vezes, no setor privado. (Antares & GVsaúde, 2014).

No entanto, falar em hospitais é descortinar um universo extremamente amplo: há os hospitais de pequeno porte, quase sempre de complexidade e necessidade discutíveis, erguidos em função de distintos interesses, políticos, corporativos, financeiros, entre outros.

Há os universitários, sempre considerados de referência, mas com realidades distintas dependendo da condição dos hospitais privados, municipais, estaduais ou ligados diretamente a universidades federais, sendo que a partir do final do século XX eles vêm se inserindo em cada vez mais modalidades.

Há os filantrópicos, que correspondem a aproximadamente dois mil e cem estabelecimentos no Brasil, neles há aproximadamente metade dos leitos públicos disponíveis (155 mil). Nesses casos dos hospitais filantrópicos, independente do porte, há estimativas de que correspondem a 41% das internações SUS e a 56% das internações de alta complexidade no SUS. Entre suas características mais apreciadas pela população está o fato de estarem presentes em todos os estados da federação;

57% dos municípios possui apenas instituições filantrópicas (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (<http://cnes.datasus.gov.br/>, recuperado em 22, junho, 2018). Entre os hospitais filantrópicos estão desde alguns de pequeno porte, que apresentam as características descritas até os seis hospitais de excelência (dos quais cinco no estado de São Paulo e um no Rio Grande do Sul), reconhecidos como tal pela gestão do SUS desde 2009, pela Lei Federal 12101. E ainda há redes privadas, ligadas ou não a operadoras de saúde, algumas especializadas, outras abrangentes.

Outra questão que tem agregado complexidade à gestão, desde os anos 1990, trata-se dos relacionamentos público privados com a introdução das OSSs (Organização Social de Saúde) e da OSCIPs (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) no cenário das contratualizações de diferentes tipos. Também agrega-se complexidade o fato da inserção das do das PPPs (parceria público-privada), desde o início do século XXI e que na saúde estão vigentes desde 2013. Além disso, houve a inserção mais recentemente da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, ligada ao Ministério da Educação), que representaria uma nova forma de gerenciar os hospitais universitários. Neste modelo a questão da gestão ainda se torna mais complicada tendo em vista que, além dos planejamentos dos serviços, também cabe discutir o que ocorre nos órgãos centrais (Carrera, 2012).

3 Questões potencialmente orientadoras de planejamento na área hospitalar

A perspectiva multifacetada das relações da organização, e do seu envolvimento com múltiplos atores na busca por atingir seus propósitos podem conduzir a conflitos internos e externos. A governança, como expressão do sistema de valores das organizações, em conjunto com sua rede de relações internas e externas (Instituto Brasileiro De Governança Corporativa 2014), visam garantir que o interesse das diferentes partes seja considerado, por meio da definição do papel e da participação de cada agente nas atividades e na busca por seus propósitos.

No estudo sobre modelos de gestão em hospitais, Vecina Neto e Malik (2007) identificaram desafios a

serem enfrentados para a adequada configuração da assistência, dentre os quais a necessidade de se olhar o longo prazo, a busca por novos modelos jurídicos para o “negócio”. Também seria necessário o uso da informação e da informatização, o controle de custos e a necessidade do aumento da eficiência e do cumprimento dos ditames legais, de garantia de acesso e de integralidade na assistência, a incorporação da prevenção primária ao processo de atenção, a integração entre os setores público e privado e a incorporação do médico na solução dos problemas. Essas características não tinham sido encontradas no trabalho de Pena e Malik (2003), embora tivessem sido investigadas.

Além disso, cada vez menos há atuação organizacional isolada. Observa-se dependência interorganizacional para a criação de valor. Os estudos sobre essa variável, segundo Nielsen e Lund (2012), são geralmente orientados para o desempenho financeiro pela facilidade da identificação e da mensuração dos dados disponíveis, deixando de lado aspectos essenciais que tratam da criação de valor em configuração com governança e de modelo de negócio. A criação de valor ocorre para Schaltegger e Wagner (2011) e também para Richard, Devinney, Yip & Johnson (2009) por meio do envolvimento dos diferentes agentes da cadeia de valor nos processos de inovação, conforme apontado por Pedroso e Malik (2012).

Em termos estratégicos, valor pode ser considerado como desempenho esperado ou realizado. Nesse sentido, para Bulgacov, Souza, Prohmann, Coser & Baraniuk (2007), essa perspectiva pode ser demonstrada quando se verifica que os diferentes propósitos das organizações também podem ser observados sob aspectos distintos, em uma combinação de desempenhos econômicos e sociais e que podem ser considerados como desempenho estratégico.

4 Metodologia

Para a realização desta pesquisa foram entrevistados⁴ CEOs e/ou responsáveis pelo planejamento (indicados pelos próprios CEOs) de hospitais selecionados da seguinte forma: buscou-se hospitais de diferentes estados do país, incluindo Distrito Federal, Minas Gerais e São Paulo, sem procurar cobrir, neste momento, todas as regiões.

Uma das premissas era a de que os hospitais analisados não fossem aqueles mais conhecidos na bibliografia publicada em periódicos indexados, nos quais em geral se observa maior adesão a procedimentos de gestão e reconhecidamente classe internacional em assistência. Por outro lado, a intenção foi também que os hospitais representassem vários tamanhos e tempos de funcionamento, além de propriedades e modelos de gestão distintos. Tentou-se um hospital em um quarto estado, mas não foi possível obter o contato no tempo estabelecido. Por isso, dois deles foram de São Paulo.

Uma vez que o *GV Pesquisa* – órgão da Fundação Getúlio Vargas financiou a investigação – consideramos o projeto aprovado internamente e assim o apresentamos. Os entrevistados preencheram o termo de consentimento esclarecido. Tiveram opção de não responder ou de recusar alguma das perguntas.

A equipe de pesquisa fez contato telefônico e por meio eletrônico com os diferentes CEOs, com visitas prévias antes de agendar um horário para realização de entrevista. Neste ponto do trabalho considerou-se imprescindível a entrevista pessoal, para eventualmente sentir o hospital e estabelecer contato com o diretor para permitir que ele consultasse seus assessores caso considerasse necessário. As cinco entrevistas⁵ realizadas foram gravadas e transcritas por uma mesma pessoa⁶, tendo durado em média uma hora. Em alguns casos ocorreu visita às áreas do hospital, por iniciativa dos entrevistados.

Quanto à codificação das respostas, esta foi realizada a partir da transcrição das entrevistas, na tentativa de ajustar os termos empregados pelos entrevistados às categorias teóricas encontradas na bibliografia e selecionadas para este texto. Os pesquisadores, quando o trabalho de campo foi realizado, eram ligados basicamente à FGV, como alunos ou como professora/pesquisadora, não havendo, portanto, nenhum conflito de interesse a ser declarado durante a investigação.

5 Resultados

Os hospitais, cujos dirigentes foram entrevistados, eram do setor privado (com finalidade lucrativa), com menos de 10 anos, de grande porte, pertencentes a uma rede nacional, localizado em região afluenta, porém não





central do município em que se situava. Outro hospital era universitário federal, de porte especial, com mais de 80 anos, ligado à EBSERh, que funciona como um polo de atividades de teleatendimento, representando altíssima complexidade. O hospital público era de pequeno porte, com menos de 5 anos, administrado por OSS, e um hospital privado, localizado na região central do município em que se situa, de mais de 100 anos, sem finalidade lucrativa e de grande porte (considerados os leitos de internação sem contar os de terapia intensiva).

A respeito dos entrevistados vale descrever que eram três homens e uma mulher. O assessor para o qual o CEO de um dos hospitais encaminhou a pesquisadora, também era mulher. Sobre a formação: três deles eram médicos e um engenheiro.

Esses hospitais não representam o parque hospitalar brasileiro. Segundo o CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁷ - existiam mais de 6.000 hospitais em 2015, embora constassem desse total alguns com número de leitos igual a zero. Dentre os diversos estabelecimentos, mais de duzentos eram gerenciados por OSS. O site da EBSERh⁸ mostra, em novembro de 2016, que dos cinquenta Hospitais Universitário Federais existentes 39 já tinham contrato com a empresa.

No Brasil há poucas redes hospitalares, o que já torna exceção pertencer a uma delas. Quanto à ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados - à qual pertence o outro hospital privado, contava, segundo seu site, também em novembro de 2016 com sessenta e um hospitais titulares e menos de vinte associados.

5.1 Conceitos e definições

No que diz respeito ao planejamento, houve duas linhas de respostas. A primeira seguida pelos dois serviços privados, que se baseava em desenho de visão de futuro: como chegar a uma situação desejada, ou prevista, como atingir algum resultado e até como desenhar esta situação ou resultado.

A segunda linha, dos hospitais públicos apresentaram, nas suas respostas, a necessidade de compreensão da situação atual e da tentativa de execução de ações de forma organizada, por exemplo, sob forma de projetos, com vistas a atingir algum objetivo definido, seja por seus

gestores seja pelos órgãos de nível central aos quais se reportam. As ideias de previsão, previsibilidade e normatização estiveram presentes, bem como de alocação de recursos e de avaliação de resultados.

5.2 Atividades e unidades existentes

Os dois hospitais públicos e o hospital privado de rede afirmaram dispor de um organograma estabelecido e disponível a todos os interessados. A disponibilidade do organograma é um dos requisitos para a acreditação, mas nenhum dos hospitais públicos visitados é acreditado (embora estejam em busca desse certificado). Por outro lado, ambos hospitais privados são certificados, mas mesmo assim um deles não costumava partilhar o instrumento de gestão com a força de trabalho.

No entanto, há busca de padronização segundo alguma definição de acreditadora ou de órgão central em um dos serviços públicos e no hospital da rede. O outro hospital privado afirma não considerar necessária a visibilidade do organograma, uma vez que todos lá dentro sabem a quem respondem. Esta resposta evidencia um estilo de liderança.

Nos sites dos dois hospitais privados e também do hospital universitário não foi encontrado o organograma. O gestor do hospital administrado por OSS, que divulga abertamente o desenho, diz que a maior importância dos instrumentos de gestão formal, bem como da transparência, é evidenciar que o paciente está no centro de todas as atividades. Além disso, comenta que o fato de se tratar de um serviço público privadamente gerenciado que obriga a cuidados com a grande desconfiança à qual está submetido o modelo.

Os quatro hospitais cujos gestores foram entrevistados relatam utilizar o BSC (*Balanced Scorecard*), como instrumento, todavia cabe pontuar que é um instrumento antigo e que, em 2011, ainda não era difundido (Ferreira, 2011). Os dois hospitais públicos têm unidade de planejamento e nenhum dos privados contam com esse tipo de unidade, embora ambos CEOs tenham afirmado contar com planejamento corporativo. Aquele que faz parte de uma rede, em última instância, afirma que seu planejamento se resume a projetos, cuja intenção é viabilizar as diretrizes centrais, com mapa de objetivos estratégicos, desenvolvidos até os

táticos. Como se trata de projetos, há prazos e responsáveis perante a rede. No outro, o planejamento se dá no âmbito do Conselho, como atividade funcional.

Todos os quatro utilizam SWOT⁹ como instrumento de análise estratégica e assumem que a efetividade do planejamento depende dos responsáveis atuantes: tanto dos sujeitos que planejam como daqueles que executam, e como esses sujeitos são pessoas distintas, então as ações acontecem de modo descentralizado.

Quanto aos hospitais públicos, o mais antigo (e maior) tem uma estrutura complexa e uma tendência participativa, que define o planejamento para a gestão com horizonte temporal de 4 anos, que seria o prazo de uma gestão governamental, aprovado por toda a comunidade. O plano diretor tem comportamento heterogêneo entre as 22 unidades de negócio existentes. Nessa estrutura, cada unidade tem um conselho diretor, de cunho estratégico, que se reúne uma vez por mês e um colegiado gestor, que por sua vez se reúne quinzenalmente e dá conta de três instâncias: estratégica, tática e operacional. Lá se utiliza um *software* livre para acompanhamento dos resultados.

A gestão participativa ainda se evidencia por meio de contratualizações das unidades com a direção. O resultado desse processo, segundo o entrevistado, foi o aumento da governabilidade. Recentemente foram criados novos comitês para dar maior agilidade aos projetos estratégicos, que não são executivos, são *loci* de pactuação, idealmente para trabalhar a redução dos conflitos de interesse.

O outro hospital público, que é o menor e mais novo dos quatro, foi aberto por um grupo gestor coeso, que teve seu planejamento inicial bastante centralizado. Este deu origem a 12 objetivos e projetos estratégicos, vinculados aos objetivos. Seu acompanhamento foi feito por meio de uma simples planilha *Excel*, que permite controlar responsável, resultados esperados e ações. Possivelmente isto seja possível devido ao tamanho do hospital e à coesão da equipe, embora seja o serviço que mais comenta sobre transparência e *accountability*.

A rede define o que espera do seu hospital. Da mesma forma, o hospital administrado pela OSS afirma que o contrato de gestão firmado com ela, com duração de 4 anos, prevê basicamente metas quantitativas de produção e não financeiras, por exemplo, quantidade de exames laboratoriais, de consultas, de cirurgias.

O hospital universitário público passou por uma avaliação do órgão central, bem como de uma empresa de consultoria. Finalmente, o hospital sem finalidade lucrativa busca se integrar a outros hospitais semelhantes, que aliás é uma das atividades desenvolvidas e preconizadas pela ANAHP.

Quanto ao orçamento, no hospital privado de rede pode-se dizer que não existe “casamento” entre planejamento e orçamento. O orçamento começa a ser definido internamente em setembro/outubro, antes do planejamento da rede. Assim, o planejamento do hospital fica refém do que tiver sido determinado no âmbito do orçamento, e isso pode ser visto como um ponto crítico do processo interno da organização.

No hospital sem finalidade lucrativa, o planejamento deriva do departamento de controladoria, que separa núcleos de resultados e suas respectivas metas. Como não há departamento de planejamento, então orçamento e planejamento andam juntos, coletando dados de cada área, necessidades, planos de investimentos, alocação de recursos, reposição de material, equipamentos e a definição de novos serviços ou áreas a serem incrementadas. Segundo o gestor do hospital universitário, o financiamento vem de duas fontes: do Fundo Nacional de Saúde, em função de sua produção e dos governos estadual; e federal, por meio de incentivos. O planejamento estratégico é feito independente de quem faz orçamento, porque os técnicos afirmam se recusar a subordinar o planejamento ao recurso existente; isto posto, atuam politicamente, justificando necessidades de investimento. No entanto, no setor público, diz o gestor, sempre se deve buscar recursos adicionais, o que – segundo ele – permitiu ao hospital evoluir. Ocorre que a conciliação de contas nem sempre é possível. No hospital administrado pela Organização Social de Saúde – OSS o processo de orçamento ainda é recente pois, como lá não são geradas receitas, ele recebe valor fixo, contratualizado. Desta forma, os gestores sabem com quanto contam para obter qual resultado.

5.3 Mecanismos de acompanhamento e indicadores

O hospital público mais antigo conseguiu, no último ano, obter resultado financeiro positivo, após 20 anos de





déficit. Seus gestores atribuem isso ao processo de planejamento para o qual foram capacitados às expensas do governo federal.

Os quatro gestores entrevistados, que utilizavam o BSC, realizavam acompanhamento contínuo de indicadores, sempre debatidos em reunião mensal. Em alguns casos, foi explicitado o acompanhamento de atingimento de resultados, por intermédio de indicadores financeiros, assistenciais e de qualidade. A quantidade de funcionários presentes nas reuniões de análise e suas pautas variavam caso a caso.

Por exemplo, num dos hospitais públicos, são desenhadas a capilarização das informações e o alinhamento das estratégias; no outro, o preenchimento das planilhas ocorre com o auxílio de funcionários do planejamento. No mesmo, ocorre o acompanhamento diário ou muito frequente da taxa de ocupação, do tempo de permanência e dos indicadores financeiros.

No hospital universitário e no privado sem finalidade lucrativa o BSC (Balance Score Card), aberto a todos os participantes da organização, reflete de fato, segundo os entrevistados, os indicadores considerados mais importantes. No hospital universitário, que busca a acreditação, são perseguidos os indicadores preconizados pela acreditadora. Mesmo assim, não há um painel geral de indicadores assistenciais, embora estejam evidenciados na contratualização de cada unidade.

Os indicadores mais frequentemente monitorados são os financeiros, a taxa de ocupação, o tempo de permanência e a taxa de infecção hospitalar, bem como a mortalidade. No hospital da rede, os indicadores financeiros são vistos como os mais importantes, segundo o gestor entrevistado, sendo compilados num documento específico. A qualidade percebida também tem seu acompanhamento próximo.

O hospital administrado por OSS monitora os indicadores solicitados no contrato de gestão, sendo alguns coletados manualmente e outros eletronicamente. Quanto às metas, algumas costumam ser atingidas plenamente ou até superadas. Dado seu pouco tempo de existência, ainda está em construção o cardápio de interesse dos gestores. No hospital privado sem finalidade lucrativa, os indicadores mais importantes são os de produtividade, além de alguns operacionais, como a gestão de estoque.

5.4 Objetivos e sua disseminação

Os dois hospitais públicos tinham entre os seus objetivos explícitos: no primeiro semestre de 2016 melhorar a satisfação dos usuários. Um dos hospitais privados buscava melhorar a qualidade percebida (o que não significa exatamente satisfação do usuário) e o outro não se manifestou a respeito de forma clara. Qualidade técnica também foi mencionada pelo mesmo hospital privado, bem como segurança do paciente.

O Hospital administrado por OSS se referiu a redução de riscos, mais uma vez mencionando o mesmo objeto, mas com outra visão, além de mencionar “zelar” pela segurança dos pacientes. Seu gestor ainda se referiu a uma série de aspectos específicos voltados à qualidade, como criação do escritório de experiência do paciente. O hospital administrado por OSS, talvez por ser ainda mais novo, se referiu a uma série de características voltadas a estrutura ou processos necessários à qualidade, como implantação de melhores práticas clínicas e otimização de processos de trabalho que fazem parte, por exemplo, da atividade de hospitais geridos por OSS há mais tempo e da ANAHP. O outro gestor de hospital público se referiu, nessa mesma linha, à melhoria de estrutura e de processos e à obtenção de acreditação internacional.

O hospital administrado por OSS e o privado de rede afirmaram ter interesse em resultados financeiros, além disso o primeiro falava em sustentabilidade financeira. Os dois hospitais públicos, talvez por estarem menos desenvolvidos nessa área, se referiram à informatização e à garantia da geração de informação confiável e à excelência nos processos de comunicação e TI. Esta atividade é realmente considerada insuficiente em hospitais brasileiros, mesmo que esteja melhorando anualmente, conforme resultado da pesquisa TIC saúde 2015 (Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR 2016).

O hospital administrado por OSS mencionou quatro objetivos voltados ao seu corpo funcional: estimular o desenvolvimento da cultura orientada para resultados, desenvolver competências necessárias para o cumprimento da visão e missão, disponibilizar e manter estrutura adequada para as boas práticas e construir ambiente de trabalho que estimule a humanização, inovação,

cooperação e melhoria contínua, além de promover e fomentar ações de ensino e pesquisa qualificadas e autossustentáveis.

O hospital pertencente à rede mencionou dois objetivos estratégicos corporativos como seus, dentre os quais estava o aumento no número de leitos. O outro hospital privado praticamente se limitou aos seus objetivos estratégicos, que era tornar-se um hospital de especialidades, tornar-se referência em medicina especializada e tornar-se uma plataforma dentro de um grupo de Saúde. Objetivos esses que tema todas as questões referentes à qualidade, segurança, informatização, estrutura e processos subentendidos na forma de atingir os próprios objetivos estratégicos.

Quanto ao hospital administrado por OSS, ele apresentou uma série de objetivos voltados a esta característica de modelo de gestão: manter credibilidade organizacional e o apoio político social, garantindo parcerias de sucesso, cumprir as metas do contrato de gestão, facilitar acesso aos serviços e assegurar a manutenção do modelo de gestão.

No hospital administrado por OSS (o mais novo) ainda não foram desenhados processos para garantir a comunicação das diretrizes e dos objetivos para a ponta. Como se trata de um hospital pequeno, seu dirigente ainda consegue trabalhar na informalidade, apesar do ambiente turbulento em que se encontra. No outro hospital público, universitário, foi desenvolvido o respeito pela gestão participativa, o seu entendimento como uma organização democrática, com participação sindical. Assim, os protocolos clínicos devem ser validados por todas as unidades, independentemente de sua origem, antes de serem implantados e seus gestores consideram as metas contratualizadas não atingidas, caso o corpo funcional não esteja envolvido.

No hospital privado de rede o respondente afirmou que a comunicação fica a cargo das lideranças, após discussões nas quais se definem as decisões a serem encaminhadas até a ponta. A avaliação de resultados anual, de todos os funcionários, favorece a disseminação dos objetivos. Finalmente, o gestor do hospital, que não referiu decompor as estratégias em objetivos específicos para as áreas, assumiu que o objeto de medida são os resultados obtidos e que este é o indicador de disseminação dos objetivos.

5.5 Pontos fortes, pontos fracos e desafios

Segundo o dirigente do hospital público universitário e o do hospital privado de rede, um dos pontos fortes dos seus processos de planejamento são o planejamento e o acompanhamento financeiros. O hospital de rede também considera bastante eficaz seu planejamento de qualidade assistencial. Além disso, o hospital universitário, juntamente com aquele gerenciado por OSS, por causa das suas contratualizações (interna no primeiro caso e externa no segundo) consideram que planejam de forma adequada sua produtividade, dedicando-se, inclusive, a explicar o não atingimento de algumas metas. Quanto ao hospital sem finalidade lucrativa, seu gestor afirmou que o planejamento, de maneira geral é adequado, pois a organização tem atingido seus objetivos.

Em termos de pontos fracos, diz o gestor do hospital de rede que ocorrem “determinações do nível central”, eventualmente contrária a planejamentos estabelecidos, principalmente quando se fala em obras e aquisição de equipamentos. Esta postura acaba por enfraquecer a possibilidade de pensamento de longo prazo. Isso foi alegado pelo gestor do hospital administrado por OSS, que igualmente citou como exemplo questões relacionadas a obras.

Outro ponto fraco, para o gestor do hospital de rede, é o descompasso entre orçamento e planejamento, também citado pelo gestor do hospital universitário. O hospital universitário, e aquele sem finalidade lucrativa, se referem à falta de comprometimento de alguns setores ou lideranças como um ponto fraco e ambos chegam a mencionar falta de qualificação de gestores como obstáculo. A resistência dos médicos foi mencionada apenas pelo gestor do hospital privado sem finalidade lucrativa. Nos dois hospitais públicos a questão dos sistemas de informação/informatização e indicadores foi considerada falha. Por exemplo, a utilização de planilhas de *Excel* no hospital administrado por OSS pode ter sua eficiência discutida. Para o gestor do hospital universitário a descentralização pode ser um problema, pois acaba interferindo no faturamento, cuja prioridade é diferente para distintas unidades. Ao mesmo tempo, ele afirma que quando as decisões são tomadas em função de autoridade hierárquica ocorre boicote. Outra circunstância em que o planejamento falha é quando há crise e falta de recursos financeiros.





Finalmente, perguntados sobre desafios, o gestor do hospital da rede considera relevante continuar respondendo as necessidades e determinações da mesma. Tanto o hospital administrado por OSS quanto o hospital sem finalidade lucrativa apontaram como um grande desafio, atual e para o futuro, a questão da comunicação. O gestor do hospital privado neste caso reiterou a necessidade de formação mais adequada dos profissionais, para desenvolverem sua criatividade, flexibilidade e capacidade de iniciativa/inação. O hospital administrado por OSS, que tem o menor tempo de operação entre aqueles estudados, afirma ser necessário definir o modelo de gestão de informação e criar uma cultura voltada a custos e orçamento, para aprimorar a qualidade assistencial tendo em vista as necessidades das áreas. Quanto ao hospital universitário, a maioria das questões levantadas se prendia à cultura: redução da “politicagem”, convivência melhor com o sindicato, responsabilização com o âmbito público e com o SUS, além das necessidades acadêmicas. Em termos mais operacionais, reconhece que a auditoria clínica é pouco estabelecida.

6 Discussão

As questões investigadas nos casos mostraram que algumas das premissas teóricas, a maioria desenvolvida fora do Brasil, foram comprovadas. Por exemplo, independentemente do tamanho e do modelo de administração, verificou-se que os gestores de todos os hospitais analisados afirmavam ter que se envolver com diversos *stakeholders*, internos e externos, que acabavam por evidenciar conflitos de interesse. Assim, o hospital ligado à rede eventualmente considerava que as determinações corporativas atrapalhavam seu planejamento singular; o serviço gerenciado por OSS tinha conflitos com o setor público e com o funcionalismo público de maneira geral. No hospital universitário as diferentes contratualizações, desenhadas em prol de um processo participativo, alteravam algumas das intenções originais da gestão. Finalmente, o hospital sem finalidade lucrativa, por mais liberdade que tivesse na gestão de seu quadro, acabava tendo como ponto fraco, segundo seu CEO, gestores intermediários com menos competência e comprometimento do que seriam desejáveis.

A questão dos instrumentos de gestão foi percebida de forma diferente. Transparência não era a norma, mesmo em um momento em que *compliance* se torna um valor e independente das exigências de agências externas (como as acreditadoras ou a empresa a que eram ligados). A questão da assistência foi menos explicitada como relevante do que seria esperado. Qualidade percebida e a satisfação do usuário foram mencionadas, bem como experiência do paciente, mas não foram percebidas como prioritárias. Na verdade, sua explicitação teve caráter marginal. Informação, informatização e utilização de indicadores por vezes foram mais utilizadas como imposições do que como vistas ao aprimoramento da gestão. Quanto ao papel do médico na gestão e na assistência, foi muito pouco citado como ponto crítico ou prioritário nos processos administrativos.

O BSC sempre teve resistência no setor da saúde em geral e no público em particular devido à premissa de que a lógica financeira fosse a prioritária. Nos casos aqui discutidos a sustentabilidade financeira de fato foi percebida como relevante, mas não era a única. Corroborando com o texto seminal da área (Meliones, Ballard, Liekweg, & Burton, 2001) que aponta para o fato da missão não estar clara com os resultados financeiros que deixam a desejar. No entanto, a posição dos técnicos do hospital universitário que afirmam se recusar a subordinarem o planejamento ao recurso existente, contando com sua capacidade de ação política para obter investimentos evidencia que talvez a capacidade de negociação tenha um peso maior do que imaginado, mesmo na formação de planejadores.

A questão de os indicadores serem definidos em função dos requisitos das acreditadoras ou das contratualizações permite questionar o peso da utilização dos objetivos para a gestão. Não é nova a constatação de que este fenômeno não ocorre com frequência, mas seria desejável que esta situação já se apresentasse de forma diferente de estudo desenvolvido no ano 2000 (Escrivão, 2007).

Finalmente, os objetivos estratégicos não contemplam de fato o longo prazo. De maneira pouco compatível com a necessidade da (mencionada) sustentabilidade financeira, o orçamento não se mostrou questão resolvida, por mais que fosse tecnicamente conhecido e identificado como importante. O atingimento de metas é citado como relevante, mas depende de instrumentos de contratualização e, mesmo que os quatro gestores tivessem citado

a utilização do BSC, a combinação entre desempenhos econômicos e sociais não foi verificada.

7 Comentários finais

A principal questão da investigação apresentada neste artigo era conhecer a atuação dos hospitais em relação ao seu planejamento, além de compreender melhor seus efeitos para os *stakeholders*, no âmbito da criação de valor, com a finalidade de melhorar a sustentabilidade do sistema de saúde e da própria sociedade.

Verificou-se grande oportunidade de melhoria, mesmo considerando hospitais gerenciados por profissionais competentes, formados e em organizações entre as de destaque no país. Por exemplo, apesar do tempo decorrido desde a pesquisa que comparou hospitais na região metropolitana da Grande São Paulo e de Atlanta, alguns dos problemas encontrados no Brasil em 2003 continuam atuais.

Os entrevistados tinham em seu currículo cursos de administração ou de administração em saúde, o que não garantiu a aplicação, por eles, de instrumentos de gestão atualizados. Em alguns casos até foi possível perceber que alguns dos conteúdos ou algumas das orientações desses cursos estão nos discursos dos entrevistados, mas no decorrer das entrevistas houve poucas evidências da utilização dos conhecimentos técnicos. Por outro lado, nos dois hospitais públicos verificou-se a necessidade e a presença de habilidade política por parte dos seus dirigentes.

Também chamou a atenção a maior importância dada a questões internas e a contratualizações individuais que à sociedade como um todo. Transparência, *compliance* e *accountability* ainda são conceitos abstratos, falta evidenciá-los no mundo real. Pode ser que os quatro casos escolhidos tenham interferido neste resultado, mas o viés destes parece ainda ser voltado a maior competência. Mais recursos, sim, mas também mais gestão e mais compromisso com a sociedade são necessários para melhorar o sistema e suas unidades mais caras.

7.1 Limitações

Com relação às limitações apresentadas neste estudo, a principal foi o fato de os hospitais terem sido escolhidos

em função da possibilidade de contato com seus dirigentes, justificado pelo fato de se tratar de um estudo exploratório. Foi opção em função dos objetivos desta investigação não buscar os hospitais/gestores mais conhecidos nacionais e/ou internacionalmente, por suas realizações na área de planejamento e administração. No entanto, devido a seu contato com os pesquisadores, foram hospitais cujos gestores necessariamente tinham conhecimento da área. Não foram representativos dos 6000 gestores de hospitais do Brasil, mesmo que se tenha tentado ter acesso a diferentes regiões e a distintos tipos de hospital.

Notas

1. Dados provenientes da dissertação de mestrado de Bertolini, S. (2016). Estrutura e desempenho de hospitais gerais que atendem o SUS no estado de São Paulo- 2008-2013. Dissertação de mestrado em Gestão e Informática em Saúde, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.
2. Compreendendo apenas os hospitais que se dispuseram a responder à pesquisa.
3. Dependendo do caso, alguns hospitais podem perder esta duvidosa primazia para os centros de diagnóstico, com seus gastos em investimento.
4. As entrevistas aconteceram de modo semiestruturada, preparada especialmente para este projeto (roteiro em Anexo I).
5. Em uma dessas entrevistas o CEO do hospital encaminhou a pesquisadora a um assessor.
6. Uma aluna de doutorado da EAESP.
7. Disponível: http://dados.gov.br/dataset/cnes_ativo/resource
8. Disponível: <http://www2.ebserh.gov.br/>
9. SWOT: Strengths, Weaknesses, opportunities e threats.

Referências

- Antares; GVsaúde. (2014). *Repensando o hospital: motores de mudança e/respostas inovadoras*. Barcelona, Antares. Recuperado em 13 julho de 2019, de <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/15022/Repensando%20o%20hospital.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Araujo, I. C. A., Barbosa, A. C. Q., Miranda, A. P., Souza, M.D. & Nogueira, I. S., (2015). A questão da gestão de recursos humanos (GRH) nos hospitais de pequeno porte (HPP) do Brasil. *Anais do 11º Congresso Brasileiro da ABRASCO* (Goiania).





- Bahia, L., Scheffér, M., Dal Poz, M., & Travassos, C. (2016). Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32 (12), pp.1 – 4.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, 27 (3), pp. 759-769. Recuperado em 22 junho de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18474969>
- Bloom, N., & Reenen, J. V. (2007). Measuring and Explaining Management Practices Across Firms and Countries. *Q Journal of Economics*, 122 (4), pp. 1351-1408. Recuperado em 22 de junho de 2018, de <http://worldmanagementsurvey.org/wp-content/images/2010/07/Measuring-and-Explaining-Management-Practices-Across-Firms-and-Countries-Bloom-and-Van-Reenen.pdf>
- Bloom, N., & Reenen, J. V. (2010). Why do management practices differ across firms and countries?. *Journal of Economy Prospect*, 24 (1), pp. 203-224. Recuperado em 22 de junho de 2018, de <https://nbloom.people.stanford.edu/sites/g/files/sbiybj4746/f/jep.pdf>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of family medicine*, 12 (6). pp. 573 - 6. Recuperado em 22 de junho de 2018, de <http://www.annfammed.org/content/12/6/573.full> .
- Brito, L. A. L., Malik, A. M., Brito, E. P. Z., Bulgacov, S. & Andreassi, T. (2013). A competitividade dos hospitais privados de São Paulo. *Relatório de Pesquisa*, FGV-EAESP.
- Bromiley, P. & Raud, D. (2014). Towards a practice-based view of strategy. *Strategic Management Journal*, 35 (8), pp.1249-1256. Recuperado em 22/06/2018, de <https://cloudfront.escholarship.org/dist/prd/content/qt1z04d5mw/qt1z04d5mw.pdf>
- Bulgacov, S., Souza, Q. R., Prohmann, J. I., Coser, C., & Baraniuk, J. (2007). *Administração Estratégica: Teoria e Prática*. São Paulo, Ed. Atlas, 1, p.120.
- Carrera, M.M.B. (2012). *Parceria público privada na saúde no Brasil: Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia*. Dissertação de Mestrado na Escola de Administração de Empresas de São Paulo/FGV.
- Cleverley, W. O. & Harvey, R. (1992). Competitive strategy for successful hospital management. *Hospital & Health Services Administration*, 37 (1), p. 53. Recuperado em 22/06/2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10116113>
- Economist Intelligence Unit. (2016). *Value-based healthcare: a global assessment*. *The Economist*. Recuperado em 22/06/2018, de http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology.pdf
- Escrivão Junior, A. (2007). Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(3), pp. 655 - 66. Recuperado em 22 de junho de 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232007000300015&script=sci_abstract&tlng=pt
- Ferreira, J. W. C. (2011). *Ampliação dos serviços hospitalares privados na cidade de São Paulo*. Uma estratégia ou uma aposta? Tese de Doutorado. FGV/EAESP.
- Instituto Brasileiro De Governança Corporativa - IBGC. (2014). *Governança corporativa em saúde*. São Paulo, St Paul. Recuperado em 22 de junho de 2018, de http://www.ibgc.org.br/userfiles/files/GC_saude.pdf
- La Forgia, G. M. & Couttolenc, B. F. (2009). *Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência*. São Paulo: Singular.
- La Forgia & Couttolenc, 2009; Lima, S.M.L., Barbosa, P.R., Portela, M.C., Uga, M.A.D., Vasconcellos, M.M. & Gerschman, S. (2004). Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Caderno Saúde Pública*. (5). pp.1249 - 1261. Recuperado em 22 de junho de 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000500019&script=sci_abstract&tlng=pt
- Marinho, A., Cardoso, S. S., & Almeida, V.V. (2009). *Brasil e OCDE: avaliação da eficiência em sistemas de saúde*. Texto para discussão 1370. Brasília, IPEA.
- Meliones, J.N., Ballard, R., Liekweg, R. & Burton, W. (2001). No mission no margin: it's that simple. *J Health Care Finance*. Spring, 27(3), pp. 21 - 29. Recuperado em 22 de junho de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14680030>
- Mendes, A. N. (2016a). A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016, *Cadernos de Saúde Pública*, 32 (12), p. 1. Recuperado em 22/06/2018, de <https://www.scielo.org/article/csp/2016.v32n12/e00188916/pt/>
- Mendes, M. (2016b, outubro). *A PEC 241 e a saúde*. Ministério da Saúde. pp.1-21. Recuperado em 22/06/2018, de http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/20/1.%20a%20%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Sa%C3%BAde-19-10-16_V9.pdf

Nielsen, C. & Lund, M. (2012). Business model: networking, innovating and globalizing. *Ventus Publishing Aps*.

Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. (2016). *TIC saúde 2015*, São Paulo, CETIC.br Recuperado em 22/06/2018, de http://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic_saude_2015_livro_eletronico.pdf

Onie, R.D., Perla, R. J., & Lee, T. H. (2016). Population health: the ghost aim. *NEJM catalyst*, December 14. Recuperado em 22 de junho de 2018, de <http://catalyst.nejm.org/population-health-ghost-aim/>

Pedroso, M. C. & Malik, A. M. (2012). Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17, pp. 2757-2772. Recuperado em 22 de junho de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/24.pdf>

Pena, F.P.M & Malik, A.M. (2003). *Administração estratégica em hospitais*. SP, relatório de pesquisa NPP 21/2003.

Pereira, S. R., Paiva, P. B., Souza, P. R. S., Siqueira, G. & Pereira, A. R. (2012). Sistemas de informações para a gestão hospitalar. *Journal of Health Informatics*, 4(4). Recuperado em 22 de junho de 2018, de <http://www.jhisbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/206>

Qin, Y. (2006). Making innovation in management and formulation of competitive strategies of the hospital. *Academic Journal of PLA*. Postgraduate Medical School, 2.

Queiroz, A. C. S., Albuquerque, L. G. & Malik, A. M. (2013). Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. *Revista de Administração*, 48, p. 658-670. Recuperado em 22 de junho de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rausp/v48n4/03.pdf>

Ramos, M.C.A., Cruz, L.P., Kishima, V.C., Pollara, W.M., Lira, A.C.O. & Couttolenc, B.F. (2015). Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 49, p 1-10. Recuperado em 22 de junho de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-s0034-89102015049005748.pdf

Richard, P. J., Devinney, T. M., Yip, G. S., & Johnson, G. (2009). Measuring organizational performance: towards methodological best practices. *Journal of Management*, 35, p. 718. Recuperado em 22 de junho de 2018, de [http://www.research.lancs.ac.uk/portal/en/publications/measuring-organizational-performance-towards-methodological-best-practice\(d5cd2294-2538-4797-8544-384cd9621992\)/export.html](http://www.research.lancs.ac.uk/portal/en/publications/measuring-organizational-performance-towards-methodological-best-practice(d5cd2294-2538-4797-8544-384cd9621992)/export.html)

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. 5th ed. New York: Free Press.

Schaltegger, S., & Wagner, M. (2011). *Sustainable entrepreneurship and sustainability innovation: categories and interactions*. *Business strategy and the environment*, 20(4), pp. 222-237.

Souza, A.A., Guerra, M., & Lara, C.O. (2009). Controle de gestão em organizações hospitalares. *Revista de Gestão da USP*, 16 (3), pp. 15-29.

Takahashi, A.C.D. (2011) *Análise do modelo de remuneração hospitalar no mercado de saúde suplementar paulistano*. Dissertação de Mestrado na Escola de Administração de Empresas de São Paulo/FGV.

Vecina Neto, Jr. G. & Malik, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (4), pp. 825 - 839.

Veloso, G.G., Bandeira, R.M., & Malik, A.M. (2013). Analysis of the Value-Based Health Care Delivery model in light of strategy theories. *Alcance*, 20 (4), pp. 495-512. Recuperado em 22 de junho de 2018, de <http://www.spell.org.br/documentos/ver/31282/analise-dos-fundamentos-do-modelo-value-based-health-care-delivery-a-luz-das-teorias-deestrategia/i/en/>

Roteiro semiestruturado para realização das entrevistas.

1. Como você define planejamento em seu hospital?
2. O que vocês possuem em termos de planejamento.
3. Como começou?
4. Se houver área específica, quais são as atividades desenvolvidas?
5. A estratégia do hospital é desenvolvida por quem?
6. De que maneira o planejamento e orçamento se articulam na prática?
7. Em alguma outra experiência profissional a questão do planejamento era igual?
8. Como você define sua visão de longo prazo?
9. Vocês possuem mapas estratégicos?
10. Possuem metas? (quais tipos? ex: financeira, assistencial, operacional...)
11. Como as metas são divulgadas? Até que níveis?
12. Como é feito o controle e captura dessas metas? Existem reuniões de rotina? Se sim, quais os cargos que se reúnem?
13. Quais indicadores vocês usam? Quais são os mais utilizados e por que são utilizados?
14. Como vocês analisam os indicadores? Existe uma pessoa responsável por compilar e apresentar?
15. Vocês possuem um organograma? Está acessível?
16. Ha quanto tempo têm o organograma? Faz parte da integração, há integração?
17. Vocês têm mecanismos de verificação se os objetivos estratégicos chegam na ponta?
18. Qual tipo de planejamento tem gerado o resultado esperado e que tipo não dá?
19. Dentre os objetivos estratégicos do hospital, existe algum para qual o planejamento é mais focado / relevante?

ANEXO I

