

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

THIAGO RIGO VICENZI

SERVITIZAÇÃO E PERCEPÇÃO DE VALOR:
UM ESTUDO DENTRO DO CONTEXTO HOSPITALAR.

SÃO PAULO - SP
2018

THIAGO RIGO VICENZI

SERVITIZAÇÃO E PERCEPÇÃO DE VALOR:
UM ESTUDO DENTRO DO CONTEXTO HOSPITALAR.

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Linha de Pesquisa: Estratégia e Mercado

Data de avaliação: 06/04/2018

Banca examinadora:

Prof(a). Dr(a). Eliane Pereira Zamith Brito
(Orientador(a))
FGV-EAESP

Prof(a). Dr(a). Juliana B. Santos de Campos
FGV-EAESP

Prof(a). Dr(a). Carla S. Dias Moreira Ramos
INSPER

Adriano Vitor Mendes Caldas
Presidente da Johnson & Johnson Medical
Devices Brasil

Vicenzi, Thiago Rigo.

Servitização e percepção de valor : um estudo dentro do contexto hospitalar / Thiago Rigo Vicenzi. - 2018.

81 f.

Orientador(a): Eliane Pereira Zamith Brito.

Dissertação (MPA) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Serviço ao cliente. 2. Negócios. 3. Hospitais - Administração de materiais. 4. Saúde - Administração. I. Brito, Eliane Pereira Zamith. II. Dissertação (MPA) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8

DEDICATÓRIA

A minha amada esposa Juliana, pelo amor, apoio, compreensão e parceria para a vida.

Ao meu filho Leonardo, por ser um raio de luz, alegria e vida.

Aos meus pais, pela dedicação, ensinamentos e modelo.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Eliane Pereira Zamith Brito por todo o apoio, compreensão, ensinamentos ao longo de toda essa jornada. Agradeço por ter acreditado em mim e nesse trabalho.

A minha esposa Juliana pelo carinho, por acreditar em mim e por estar ao meu lado cuidando de tudo para que eu pudesse me dedicar a conclusão dessa dissertação.

A Patrícia que foi de fundamental importância em todo o suporte, revisão e direcionamento nessa reta final de construção da dissertação.

A minha família e meus amigos que mesmo distantes me apoiaram, torceram por mim e entenderam a minha ausência em muitos momentos.

Aos meus colegas do MPA pela parceria, experiências e por terem dividido comigo esse período de grande crescimento.

Aos profissionais da BP por terem me recebido de braços abertos e por permitirem ter participado um pouco da rotina da instituição, em especial Alexandre e Ricardo sempre disponíveis e que me ajudaram enormemente com os processos de entrevistas e informações sobre a instituição.

Resumo

Este trabalho trata da servitização e criação de valor em relacionamentos de fornecimento de dispositivos e equipamentos médicos no Brasil. Essa questão é relevante uma vez que a competição no mercado é elevada e a diferenciação pela adição de serviços pode ser uma opção para se manter competitivo. Nesse contexto, o objetivo desse trabalho foi investigar como a servitização em seus diferentes níveis pode impactar a percepção de valor do cliente. Utilizou-se as teorias de criação e cocriação de valor, a lógica dominante de serviço, servitização e seus diferentes níveis, bem como o cuidado baseado em valor de forma a entender a relação entre fornecedor e hospital e como a percepção de valor deste é relevante para a escolha de produtos e serviços. A pesquisa de campo foi de natureza qualitativa. Foi conduzido um estudo de caso na instituição Beneficência Portuguesa de São Paulo. Análise de documentos, observações e entrevistas não estruturadas com gestores da instituição foram utilizadas para a coleta de dados. Os principais resultados obtidos foram: serviços agregados são determinantes como potencial competitivo para as empresas; o balanço adequado entre flexibilidade na customização de sistemas produto-serviço e a padronização para otimizar custos é algo essencial para a competitividade; e quanto maior o nível de servitização e o consequente grau de complexidade na tomada de decisão, maior o grau de confiança necessário entre os atores. Esse estudo apresentou como principais contribuições gerenciais, a revelação de como a servitização e seus níveis podem contribuir para aumentar a percepção de valor de hospitais em relação a seus fornecedores; como os diferentes níveis de sistema produto-serviço podem ser traduzidos para o mercado de saúde; e a caracterização de um nível complexo de servitização que é aderente à ideia de cuidado baseado em valor.

Palavras-chaves

Servitização, cocriação de valor, percepção de valor, lógica dominante de serviço, dispositivos médicos, setor de saúde, cuidado baseado em valor.

Abstract

This work is about servitization and value creation in medical devices and equipment supply relationships in Brazil. This issue is relevant since the competitive and complex health care market environment make suppliers search differentiation new ways offering proposals with higher added value. Therefore, this work objective is to investigate how servitization and its different levels can impact the value perception. Value creation and co-creation, service-dominant logic, servitization and its different levels, and value based health care theories were considered to understand the relationship between supplier and hospital and how its value perception is relevant for products and services selection. The field research was qualitative. A case study was conducted in Beneficência Portuguesa de São Paulo institution. Documents analysis, observations and unstructured interviews with institution managers were used to data collection. The main results were: added services are determinants in companies' competitive potential; the adequate balance between flexibility in product-service systems customization and standardization to optimize costs is essential to competitiveness; and the higher the servitization level and its consequent complexity level, the bigger trust level is necessary between the stakeholders. This study main contributions are the disclosure of how servitization and its levels can contribute to increase hospital's value perception related to suppliers, how different product-service systems levels can be translated the health care market, and the description of the most complex level of servitization and its adherence to the value-based health care.

Keywords

Servitization, value co-creation, value perception, service-dominant logic, medical devices, health care industry, value-based health care.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Desenvolvimento de premissas fundacionais.....	16
Quadro 2 - Lógica G-D vs. lógica S-D na criação de valor.....	17
Quadro 3 - Níveis de servitização.....	24
Quadro 4 - Resumo de conceitos da base teórica	26
Quadro 5 - Áreas, entrevistados	30
Quadro 6 - Níveis de servitização e cenários.	32
Quadro 7 – Evolução dos códigos	36
Quadro 8 - Cenários, criação de valor na troca e em uso	67
Quadro 9 - Resumo dos principais resultados	69

Lista de Figuras

Figura 1 - Transição de produto para sistema produto-serviço.	19
Figura 2 - Descrevendo a mudança para serviços	21
Figura 3 - Principais sistemas produto-serviço (PSS) e subcategorias.....	22
Figura 4 - <i>Compliance</i> e serviços agregados na criação de valor.....	63

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	BASE TEÓRICA	13
2.1	CRIAÇÃO DE VALOR E A COCRIAÇÃO DE VALOR.....	13
2.2	LÓGICA DOMINANTE DE SERVIÇO (<i>S-D LOGIC</i>).....	16
2.3	SERVITIZAÇÃO.....	18
2.3.1	Níveis de Servitização	21
2.4	CUIDADO BASEADO EM VALOR (VALUE BASED HEALTH CARE)	24
3	METODOLOGIA.....	27
3.1	ABORDAGEM DA PESQUISA	27
3.2	A ESCOLHA DA INSTITUIÇÃO E DOS ENTREVISTADOS	28
3.3	COLETA DE DADOS	31
3.4	ANÁLISE DE DADOS	33
4	RESULTADOS.....	37
4.1	A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR BP	37
4.1.1	Relacionamento com fornecedores.....	39
4.1.2	Desafios da instituição e modelos de negócio	40
4.2	PERCEPÇÃO DE CRIAÇÃO DE VALOR	41
4.3	PERCEPÇÃO DE DESTRUIÇÃO DE VALOR.....	47
4.4	NÍVEIS DE SERVITIZAÇÃO E A PERCEPÇÃO DE VALOR	49
4.4.1	Cenário 1 – Manutenção de equipamentos.....	49
4.4.2	Cenário 2 – Serviço de Consultoria ou Treinamento	50
4.4.3	Cenário 3 – Pacote de Produtos.....	51
4.4.4	Cenário 4 – Fornecimento de Partes para Construção de Kits	51
4.4.5	Cenário 5 – Aluguel ou Comodato de Equipamento para Uso Exclusivo	52
4.4.6	Cenário 6 – Aluguel de Equipamento por Curto Período.....	53
4.4.7	Cenário 7 – Aluguel de Ferramenta Online de Gerenciamento de Dados.....	54
4.4.8	Cenário 8 – Terceirização de Serviços	55
4.4.9	Cenário 9 – Pagamento por Hora de Uso de Equipamento	55
4.4.10	Cenário 10 – Pagamento por Desempenho.....	56
5	DISCUSSÃO	58
5.1	SERVIÇOS AGREGADOS COMO POTENCIAL DE DIFERENCIAÇÃO	58
5.2	FLEXIBILIZAÇÃO E PADRONIZAÇÃO.....	60
5.3	EMPRESAS E A PERCEPÇÃO DE VALOR DO CLIENTE	61
5.4	PAGAMENTO POR DESEMPENHO E O CUIDADO BASEADO EM VALOR	63
5.5	NÍVEIS DE SERVITIZAÇÃO E A COMPLEXIDADE.....	66
6	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
6.1	IMPLICAÇÕES GERENCIAIS	72
6.2	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	73
6.3	SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS	74
7	REFERÊNCIAS	75
8	ANEXOS	79
8.1	ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	79
8.2	ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E INFORMADO	81

1 INTRODUÇÃO

O mercado brasileiro de dispositivos e equipamentos médicos está baseado na venda dos produtos para os hospitais, porém, as instituições hospitalares têm um modelo de remuneração baseado no pagamento por procedimento, em que as fontes pagadoras reembolsam os produtos utilizados. Esse modelo faz com que a escolha de um fornecedor do dispositivo médico tenha um peso importante no custo, direcionando a escolha para opções que reduzam esses custos. Isso cria pressão de preços sobre os fornecedores de dispositivos médicos, fazendo com que busquem formas de diferenciação no mercado. E é nesse contexto que a servitização, ou seja, a adição de serviços a produtos criando valor, vem como uma alternativa para aumentar a percepção de valor dos hospitais em relação às ofertas. Porém, não é claro quais serviços agregados criam valor e como a percepção de valor pode influenciar na escolha de fornecedores.

Existem diversos estudos que contribuem para o conhecimento quanto a servitização, criação e cocriação de valor. Quanto a servitização, o número de publicações nesse campo tem aumentado nos últimos anos, no período de 1992-2007 uma média de três artigos eram publicados por ano, no período 2008-2015 uma média de 40 artigos foram publicados por ano. (Martín-Peña & Bigdeli, 2016). Os autores passam a discutir os sistemas produtos-serviço (PSS – product-service system) como forma de agregar valor à oferta e entre os autores pode-se destacar Tukker (2004), Spring e Araujo (2009), Baines et al. (2009). Neste sentido, Michael Porter (2008) apresenta um novo modelo para o mercado da saúde, o Cuidado Baseado em Valor (*Value-Based Health Care*), que propõe basear a remuneração dos fornecedores de tratamentos de saúde pela eficácia dos serviços usados.

Muito antes disso, Levitt (1975) já defendia a mudança de foco das empresas. Este autor apresentou uma crítica importante sobre a forma de as empresas entenderem o mercado, sugerindo que elas deveriam mudar o foco para o cliente (benefícios procurados), ao invés de focarem em ter o melhor produto do mercado. Esta ideia de alguma maneira é resgatada com a lógica dominante de serviços (*S-D logic*), que foca na experiência gerada pelo consumo de produtos e serviços. Esta lógica se contrapõe à lógica de produtos, que historicamente dominou a teoria de marketing e na qual a ideia de criação de valor está atrelada à produção de bens. Vargo e Lusch (2004) e Grönroos (2011) são os principais pensadores associados à criação desta nova lógica de pensar o consumo. Associados à *S-D Logic* estão os conceitos de cocriação de valor, valor em uso (*value-in-use*) e valor de troca (*exchange value*) (Vargo, Maglio, & Akaka 2008).

Utilizando os conceitos apresentados por Vargo e Lusch, pesquisadores como Payne, Storbacka e Frow (2008) e MacDonald, Kleinaltenkamp e Wilson (2016) discutem o assunto sobre a gestão da criação de valor e avaliação de soluções quanto à qualidade e ao valor em uso.

No que se refere a percepção de valor e servitização a literatura é extensa, porém, a percepção de valor da servitização no mercado da saúde ainda precisa ser mais bem explorada, considerando os aspectos idiossincráticos do setor. Outro ponto importante citado em MacDonald, Kleinaltenkamp e Wilson (2016) e considerado na proposta do estudo aqui relatado é que ainda existe oportunidade para pesquisa quanto aos parâmetros pelos quais o valor é avaliado.

Assim, a pergunta de pesquisa para esse trabalho é: como servitização pode impactar a percepção de valor de gestores do setor de saúde?

Esse estudo teve como objetivo compreender a percepção de valor de gestores de hospital quanto a servitização de produtos da indústria de dispositivos e equipamentos médicos e como essa percepção pode influenciar ou afetar a decisão de escolha do fornecedor. Para isso foram discutidos diferentes níveis de servitização, usando sistemas produto-serviço de complexidade crescente considerando a tomada de decisão como forma de buscar o entendimento da percepção de valor. Como foco para o estudo foi escolhida a instituição BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo.

O setor de produtos para saúde tem participação de 0,6% no PIB brasileiro (ABIMED, 2018) e conta com mais de 13 mil empresas e gera em torno de 140 mil empregos. Esse setor possui uma grande complexidade uma vez que são múltiplos atores atuando nesse segmento, sendo hospitais, fornecedores, fontes pagadoras como o governo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou por planos de saúde no setor privado. Nesse sentido, esse estudo foca dois stakeholders do sistema - o hospital retratado como cliente e os fornecedores de dispositivos e equipamentos médicos.

A pesquisa foi realizada utilizando como base teóricas conceitos e teorias relativas a criação e cocriação de valor, servitização e seus diferentes níveis utilizando sistemas produto-serviço (*PSS – product-service system*), a lógica dominante de serviço e por fim o cuidado baseado em valor (*Value-Based Health Care*). Para a coleta de dados foram utilizados documentos da instituição escolhida, relatórios da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), observações do autor e entrevistas não estruturadas com gestores da instituição.

Os resultados apontam as principais características e rotina da instituição foco do estudo de forma a demonstrar o contexto complexo do mercado de saúde, relacionamento entre fornecedores e desafios da instituição. Além disso, são apresentados os achados relativos a percepção de criação e destruição de valor apontadas pelos entrevistados e, por fim, como os diferentes níveis de servitização podem se apresentar como forma de criação de valor impactando na percepção de valor.

As contribuições potenciais para a área de conhecimento estão diretamente ligadas à percepção de valor e valor de processos de servitização, em especial dentro do mercado da saúde no Brasil. Com relação à prática gerencial, as maiores contribuições estão na identificação de necessidades do hospital e o valor entregue pelos fornecedores, como isso pode influenciar na escolha pelo fornecedor, como os serviços agregados pela servitização e seus diferentes níveis podem contribuir com a melhoria na percepção de valor de forma diferente entre os gestores. Nesse sentido, fornecedores podem utilizar essas informações para oferecer serviços mais adequados, com maior valor percebido, tornando-se mais competitivo

Esse trabalho foi estruturado em capítulos. O primeiro contendo a base teórica, onde serão abordados os temas criação e cocriação de valor, lógica dominante de serviço, servitização com seus diferentes níveis e por fim o cuidado baseado em valor. O segundo capítulo é a metodologia onde será detalhada a abordagem de pesquisa, racional de escolha da instituição hospitalar e dos entrevistados, coleta e análise dos dados. O terceiro traz os resultados complementares quanto a instituição hospitalar, a percepção de criação de valor e de destruição de valor e os diferentes níveis de servitização e a percepção de valor. O quarto capítulo é a discussão dos resultados e por fim, o quinto é dedicado as conclusões e considerações finais.

2 BASE TEÓRICA

O capítulo apresenta os conceitos de valor, criação de valor e cocriação de valor entre o fornecedor e o cliente, juntamente com a discussão entre valor de troca (*value-in-exchange*) e o valor em uso (*value-in-use*). Depois, segue com uma discussão sobre a lógica dominante de serviço (*service-dominant logic* ou *S-D logic*) em contraponto a lógica dominante do produto (*good-dominant logic* ou *G-D logic*), apresentando premissas e axiomas desta teoria. Então, segue com o conceito servitização e a busca das empresas por maior competitividade pela agregação de serviços e produtos ou transformação de produtos em serviços. Discute-se como a servitização se aproxima de uma perspectiva da lógica dominante de serviço. E por fim, apresenta-se diferentes tipos e níveis de servitização, bem como sobre cuidado baseado em valor, uma vez que se trata de um modelo discutido atualmente no mercado da saúde, que foi o contexto foco na pesquisa de campo.

2.1 Criação de valor e a cocriação de valor

Ugala (2003) conceitua que valor é o balanço entre os benefícios (“o que você recebe”) e os sacrifícios (“o que você entrega”) em uma transação de mercado. Macdonald, Kleinaltenkamp e Wilson (2016) destacam que o valor surge não somente na transação e no processo de uso do produto, mas também em qualquer ponto na jornada do consumidor (*value in use*). Holbrook (1996) define valor do consumidor como uma “experiência de preferência relativista interativa”, ou seja, o argumento é que a experiência define o que é valioso para o cliente e cada um pode perceber diferentemente o valor que foi criado num processo de interação. Portanto, o conceito de valor é relativamente abstrato e relacionado com a percepção dos indivíduos.

Macdonald, Kleinaltenkamp e Wilson (2016) definem valor em uso como todas as consequências percebidas pelo consumidor que surge de uma solução que facilita ou dificulta o atingimento dos objetivos do consumidor. Grönroos (2011) possui uma definição menos abrangente, porém mais simples que facilita o entendimento, sendo que valor em uso é o valor para o usuário que é criado ou surge durante a utilização, que é o processo pelo qual o cliente como usuário está no comando. Portanto, o valor é acumulado, ou destruído pelo processo.

Nesse contexto, pode-se inferir que o valor em uso é significativamente dependente do consumidor, já que é o valor percebido durante a utilização. Já o valor de troca tem um envolvimento importante por parte do fornecedor, uma vez que esse oferece uma proposta de valor e ocorre uma interação direta fornecedor-cliente e o cliente percebe valor nessa transação.

Uma vez que o objetivo fim da empresa é o ganho financeiro, enquanto a busca do cliente é pelo valor em se tornar melhor de alguma forma, seja de forma econômica e/ou outro aspecto; o conceito convencional de valor no valor de troca é operacionalizado como preço obtido pelo fornecedor (Grönroos, 2011).

Constata-se também existir dificuldades no entendimento dos impulsionadores do valor percebido pelo consumidor (Macdonald, Kleinaltenkamp & Wilson, 2016). O conceito de qualidade é importante para a definição de valor, já que a literatura examina a qualidade de produtos e serviços como antecedente de valor (Macdonald, Kleinaltenkamp & Wilson, 2016) e que a qualidade do produto é a extensão na qual o produto atende as especificações do consumidor (Ugala, 2003). Valor e qualidade estão intimamente ligados e valor é visto como função de qualidade e preço (Macdonald, Kleinaltenkamp & Wilson, 2016).

Grönroos (2011) sugere que a criação de valor é um processo por meio do qual o usuário se torna melhor em algum aspecto ou que aumenta seu bem estar. Nesse sentido, a criação de valor é relativa ao consumidor e não ao fornecedor, ou seja, a empresa produz, transfere esse produto para o cliente e este somente se apropria do valor que não é intrínseco ao produto, mas sim é criado por ele ao longo de sua experiência de consumo, ou seja, o valor em uso (Payne et al., 2008). Isso não significa que o fornecedor não tem qualquer relevância ou ação na criação de valor. Todo o processo da empresa leva ao valor em uso do cliente (Grönroos, 2011) e assim, é a empresa que possibilita a criação de valor e é, portanto, parte integrante da criação de valor.

Grönroos (2011) afirma que a empresa pode somente fazer e entregar propostas de valor, em vez de criar ou adicionar valor. Se o fornecedor quer aumentar a competitividade, precisa desenvolver a capacidade de adicionar competências e capacidades (relevantes para o cliente), ou influenciar o processo do cliente de forma que o consumidor possa utilizar recursos disponíveis mais eficiente e efetivamente (Payne et al., 2008) e esse poder de influência pode se dar por meio de propostas de valor superiores.

Segundo Macdonald, Kleinaltenkamp e Wilson (2016), a construção pela qual o valor de soluções é julgado ainda precisa ser explorado, mas a percepção de valor é de interesse não somente no momento da transação, mas pelo processo relacional da solução. Esse aspecto relacional da solução envolve o valor em uso.

Como o valor em uso se dá na utilização ao longo do tempo, pode-se considerar que as características técnicas de um produto dentro de uma proposta de valor de um fornecedor, se

traduzem em valor quando elas se revelam como o resultado do uso do produto, ou seja, o serviço desempenhado por aquele recurso (o produto). Porém, considerando que nesse caso o valor em uso foi determinado pela proposta de valor e/ou características do produto, o valor não seria criado somente pelo cliente, mas por diversas partes (Grönroos, 2011).

Segundo Prahalad e Ramaswamy (2004), tem-se reconhecido que o papel do consumidor no sistema industrial mudou de isolado para conectado, de desinformado para informado, de passivo para ativo; não se satisfazendo com as opções disponíveis, os clientes querem interagir com empresas e, dessa forma, cocriar valor. Nesse contexto, a criação de valor se dá pelas duas partes, fornecedores e consumidores. Da parte dos fornecedores pelo feedback, exigência de mudanças, criação de propostas de valor superiores que pode gerar mais receita, lucro ou servir de referência para outros clientes (Payne et al., 2008). Por outro lado, os clientes determinam o valor quando o produto ou serviço é consumido. Vargo e Lusch (2016) destacam que o valor é cocriado por múltiplos atores, sempre incluindo o beneficiário, porém, não detalham quanto a especificação de mecanismos de coordenação e cooperação envolvidos na cocriação de valor.

Neste sentido, Prahalad e Ramaswamy (2004) propõem o modelo DART que apresenta uma estrutura para a cocriação de valor, e tem como pilares, o diálogo com os clientes; acesso a informação e ferramentas; avaliação de risco de ter problemas com o cliente; transparência, já que a assimetria informacional que beneficiava as empresas está desaparecendo. Ainda dentro do modelo, interação entre os pilares também podem ser considerados, como acesso e transparência, diálogo e avaliação de risco, acesso e diálogo, transparência e avaliação de risco. Ainda segundo Prahalad e Ramaswamy (2004), muitas empresas não conseguem utilizar a nova estrutura de cocriação, pois esta desafia os papéis tradicionais da empresa e do consumidor, e que a competição está centrada nas experiências de cocriação personalizadas resultando em valor que é realmente único para cada indivíduo. Nesse sentido, a cocriação de valor e a percepção de valor do usuário quanto a proposta de valor do fornecedor é individualizada, sendo única para cada cliente.

A lógica S-D enfatiza que o marketing deve ser visto como um conjunto de processos e recursos com os quais a empresa busca criar propostas de valor (Vargo & Lusch, 2004). Esse processo inclui os procedimentos, tarefas, mecanismos, atividades e interações que suportam a cocriação de valor (Payne et al., 2008), como será explicado na próxima seção.

2.2 Lógica dominante de serviço (*S-D Logic*)

A proposição fundacional da lógica dominante de serviço (*S-D logic*) é que organizações, mercados e sociedade são basicamente interessados na troca de serviço – aplicações das competências (conhecimento e habilidades) para o benefício de uma das partes (Vargo & Lusch, 2016). A lógica dominante de serviço coloca como central para todas as transações o serviço. Todos os recursos, inclusive produtos, são agentes responsáveis por transmitir serviço para o cliente (Vargo & Lusch, 2004).

O Quadro 1 apresenta as premissas e os axiomas da lógica dominante de serviço. Segundo Payne et al. (2008), essas premissas fundacionais não são um conjunto de “regras”. Ao invés disso, representam um esforço de desenvolvimento e colaboração para criar um melhor entendimento fundamentado no marketing de valor e transação.

Quadro 1 - Desenvolvimento de premissas fundacionais

- PF1** Serviço é a base fundamental para a transação. (Status de Axioma)
- PF2** Transações indiretas mascaram a base fundamental da transação.
- PF3** Produtos são mecanismos de distribuição para provisão de serviço.
- PF4** Recursos operantes são a fonte fundamental de benefício estratégico.
- PF5** Todas as economias são economias de serviço.
- PF6** Valor é cocriado por múltiplos atores, sempre incluindo o beneficiário. (Status de Axioma)
- PF7** Atores não podem entregar valor, mas podem participar da criação e oferta de propostas de valor.
- PF8** Uma visão centrada em serviços é inerentemente orientada e relacional ao beneficiário.
- PF9** Todos atores sociais e econômicos são integradores de recurso. (Status de Axioma)
- PF10** Valor é sempre unicamente e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário. (Status de Axioma)
- PF11** Cocriação de valor é coordenada pelas instituições e gerada por atores e arranjos institucionais. (Status de Axioma)

Fonte: Adaptado de Vargo & Lusch (2016, tradução do autor)

Grönroos (2011) discute que seis dessas premissas são relacionadas à criação e cocriação de valor e suas implicações para o marketing e que algumas delas deveriam ser reconsideradas e mais bem desenvolvidas para servir para a pesquisa acadêmica e para a tomada de decisão nas práticas gerenciais de forma mais concreta. O autor questiona a amplitude e a total aplicabilidade desses conceitos. Para ele, as premissas não suportam totalmente o entendimento de criação de valor e cocriação de valor no sentido da significância para o desenvolvimento teórico e tomada de decisão nos negócios, e a prática do marketing. Outro ponto levantado, é que dentro dessa lógica a primeira premissa afirma que o serviço é a base fundamental das trocas, ou seja, todas as transações são realizadas por meio de serviço, então não deveria ser intitulada lógica dominante de serviço, mas simplesmente lógica do serviço, uma vez que o serviço atenderia a totalidade e não a parte dominante. A intenção desse trabalho não é discutir

as possíveis melhorias dessas premissas, mas o objetivo foi apresentar que essas ideias ainda estão em desenvolvimento.

Outro ponto necessário para complementar a discussão é a diferença entre a lógica dominante de serviço (*S-D logic*) e a lógica dominante do produto (*G-D logic*). Na visão da lógica dominante do produto, o propósito da transação econômica é fabricar e distribuir coisas que serão vendidas (Vargo, Maglio e Akaka, 2008). Sendo assim, enquanto a segunda lógica está ligada ao produto a ser transacionado, a primeira está ao serviço. A lógica S-D tem foco na ação dos recursos operantes (aqueles que agem por meio de outros recursos), como conhecimento e habilidades, enquanto a lógica G-D foca na transação de recursos operandos (aqueles em que uma ação ou operação é realizada sozinha, como os produtos) (Vargo & Lusch, 2008; Vargo et al., 2008). O Quadro 2 mostra as principais diferenças da lógica G-D e S-D na criação de valor, conforme apresentado por Vargo, Maglio e Akaka (2008).

Quadro 2 - Lógica G-D vs. lógica S-D na criação de valor

	Lógica G-D	Lógica S-D
Impulsionador de valor	Valor-na-transação	Valor-em-uso ou valor-no-contexto
Criador de valor	Entrada de empresas na cadeia de suprimentos	Empresas, parceiros de rede, e clientes
Processo de criação de valor	Empresas com valor em “produtos” ou “serviços”, valor é adicionado aumentando atributos	Empresas propõem valor pela oferta ao mercado, clientes continuam o processo de criação de valor pelo uso
Propósito de valor	Aumentar a riqueza da empresa	Aumentar a adaptabilidade, sobrevivência, e sistemas de bem-estar por meio de serviços
Métrica de valor	A quantidade de valor nominal, preço recebido em troca	A adaptabilidade e sobrevivência do sistema beneficiário
Recursos usados	Primariamente recurso operando	Primariamente recurso operante, as vezes embutido em produtos de recurso operando
Papel da empresa	Produzir e distribuir valor	Propor e cocriar valor, fornecer serviços
Papel dos produtos	Unidades de saída, recursos operando que são embutidos com valor	Veículo para recursos operante, permite acesso a benefícios de competências da empresa
Papel dos clientes	Utilizar ou destruir valor criado pela empresa	Cocriar valor pela integração de recursos fornecidos pela empresa com outros recursos públicos e privados.

Fonte: Vargo, Maglio e Akaka (2008, tradução do autor)

A narrativa emergente da lógica S-D é dinâmica, preocupada com a cocriação de valor (PF6) e a determinação (PF10), pela integração de recursos (PF9) e transações serviço-para-serviço (PF1) (Vargo & Lusch, 2016).

Para esse trabalho, vê-se particular importância nas premissas fundacionais abaixo apresentadas em Vargo & Lusch (2016) e também são comentadas a razão da sua importância.

- PF1 (status de axioma): “Serviço é a base fundamental da transação”; PF3: “Produtos são mecanismos de distribuição para provisão de serviço”; e PF5: “Todas as economias são economias de serviço” tem sua importância devido a ligação direta com o tema servitização.
- PF6 (status de axioma): “Valor é cocriado por múltiplos atores, sempre incluindo o beneficiário” e PF7: “Atores não podem entregar valor, mas podem participar na criação e oferta de propostas de valor” são consideradas importantes para esse trabalho em virtude da observação da percepção de valor pelo cliente e por consequência a proposta de valor ofertada pelo fornecedor de dispositivos médicos.

2.3 Servitização

Considerando as informações apresentadas acima, sobre as lógicas de serviço e de produto, diferentemente do proposto pela lógica dominante de serviço em que o serviço é a lógica fundacional da transação, a servitização busca aumentar o valor para o cliente adicionando serviços a produtos ofertados. A servitização pode ser considerada uma busca por promover experiências atreladas às transações, uma transição entre lógica de produtos para lógica de serviço que considera que não existem trocas, mas sim experiências. Os modelos de servitização propostos buscam aumentar o valor percebido durante as transações pela adição de serviços.

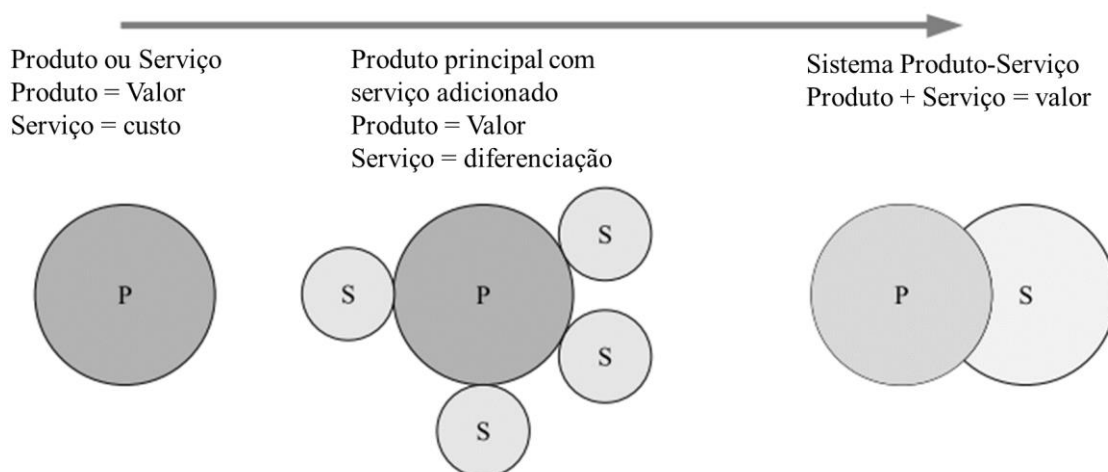
Esse conceito foi apresentado por Vandermerwe e Rada (1988), que afirmaram que a servitização é vista como o processo de aumentar o valor pela adição de serviços a produtos. Indo além, eles definem como sendo: “a oferta aumentada de pacotes mais completos para o mercado ou ‘pacotes’ focados no consumidor combinando produtos, serviços, suporte, autosserviço e conhecimento para adicionar valor a ofertas de produtos principais”. Afirmaram ainda que serviços estavam começando a dominar. O objetivo dessa adição de serviços está ligado à busca pelas empresas em resolver um problema do cliente, atendendo sua necessidade ao invés de apenas focar na transação/venda do produto. Nesta lógica, as empresas competem com base em combinações produto-serviço, provendo soluções para os clientes (Martín-Peña & Bigdeli, 2016). Para Payne, et al. (2008) o processo final está em identificar as necessidades e os desejos do cliente, sendo que o significado interno do serviço é o suporte ou a assistência ‘para a entrega do benefício a alguém’ (Grönroos, 2011).

A servitização na manufatura tem se tornado uma prática comum de negócios que permite a oferta de propostas de produto-serviço que melhor se enquadram às necessidades dos clientes, e, além disso, fortalece a posição na cadeia de suprimentos e no mercado (Baines et al., 2009).

MacDonald, Kleinaltenkamp e Wilson (2016) colocam que uma tendência em muitas indústrias é fornecer “soluções” – que são, “produtos e serviços combinados em ofertas inovadoras”. E é nesse sentido que se vê a importância e o foco que as empresas têm colocado na busca por esse processo de inovação com a oferta de serviços, adicionando valor às suas propostas com o intuito de se diferenciarem e de terem mais capacidade de competir no mercado atual. Esse é um meio de criar capacidades de agregar valor que são diferenciais e sustentáveis sobre os concorrentes (Baines & Lightfoot, 2013).

Nesse sentido, Pawar, Beltagui e Riedel (2009) apresentam uma ilustração (Figura 1) que mostra a transição de uma oferta de produto para um sistema produto-serviço (PSS – *product-service system*), sendo esse último uma fusão de produto e serviço que fornece valor pela combinação do dois, aumentando, assim, o valor e ajudando a se diferenciar da concorrência.

Figura 1 - Transição de produto para sistema produto-serviço.



Fonte: Pawar, Beltagui e Riedel (2009, tradução do autor)

O objetivo principal das empresas com o processo de servitização é conseguirem estar atuantes frente a um mercado cada vez mais competitivo, buscando aumentar o valor para seus clientes e sua lucratividade. Para Löfberg et al., 2015, indústrias compostas por empresas orientadas a produtos tem cada vez mais voltado para novas formas de integração de recursos como um meio de fornecer serviços; e que um foco cada vez maior em serviço, referido como servitização, é normalmente necessário para empresas fabricantes competir com sucesso (Oliva & Kallenberg, 2003). Martín-Peña e Bigdeli, (2016) sugerem que as empresas, especialmente aquelas envolvidas em fabricação, encontram na servitização um caminho para aumentarem valor e se diferenciarem dos concorrentes, em especial em mercados maduros e globalizados

(Kowalkowski et al. 2015). Martín-Peña e Bigdeli, (2016) citando Davis, Brady e Hobday (2007) indicam que serviços fornecem uma renda mais constante, maiores margens de lucro e requerem menor alocação de ativos que a fabricação, mas podem depender de recursos humanos que precisam ser treinados e controlados.

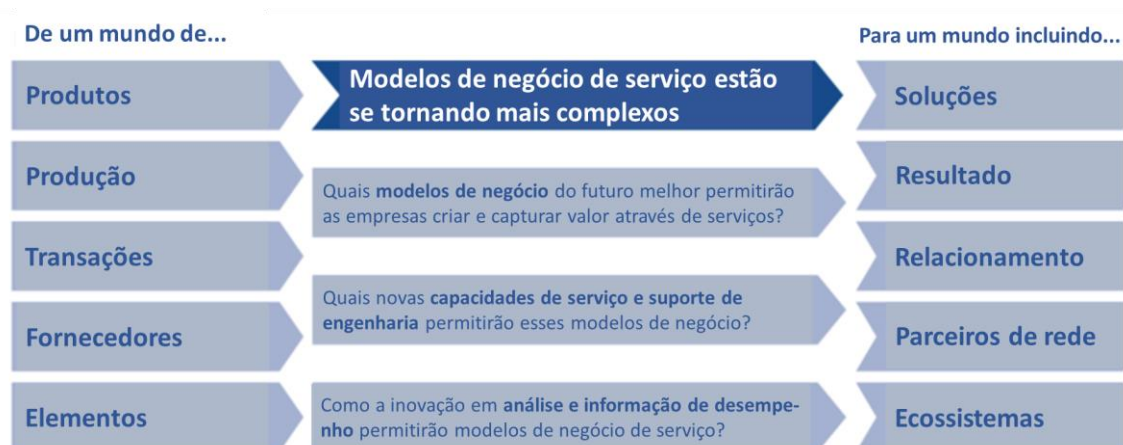
Apesar desse cenário aparentemente favorável, muitos desafios se apresentam, inclusive quanto ao aumento da lucratividade que nem sempre condiz com a realidade. Fabricantes oferecendo soluções ou sistemas produto-serviço, em média, apresentam menores lucros que aqueles que não o fazem (Neely, 2008). MacDonald, Kleinaltenkamp e Wilson 2016 citam que as margens podem diminuir, particularmente no início da transição da servitização quando os serviços representam 20-30% do volume de negócios. Löfberg et al. (2015) apresentam pesquisas que mostram que fabricantes encontram desafios na servitização, tais como, resistência dos empregados, desenvolvimento de ofertas de serviço, desafios no relacionamento com consumidor e desenvolvimento de novos serviços.

Nesse cenário, vê-se importante pontuar que fornecedores e clientes, nem sempre caminham na mesma direção, ao contrário, muitas vezes, fornecedores/vendedores e usuários/compradores têm objetivos divergentes e conflitantes; e que o cliente e o fornecedor são duas partes se atraindo um ao outro com objetivos pelo menos parcialmente diferentes (Grönroos, 2011).

Sendo assim, para construir serviços associados a produtos é necessário que o fornecedor se desenvolva e veja como uma habilidade essencial para endereçar as necessidades dos clientes. A chave para o sucesso com a servitização está em conhecer quais serviços fornecer, qual papel a provisão de serviço deve ter na empresa e como gerenciar a cooperação com outros atores na cadeia de valor (Löfberg et al., 2015). Apesar de ainda haver a necessidade de mais pesquisas focadas no desenvolvimento de estudos empíricos para mostrar resultados da estratégias de servitização (Martín-Peña & Bigdeli, 2016), verifica-se algum progresso em pesquisas para ajudar os fabricantes a entenderem o que guia soluções de sucesso (MacDonald, Kleinaltenkamp & Wilson, 2016).

Neely, Benedetinni e Visnjic (2011) apresentam tendências para mudanças além da esfera de serviços para produtos, mas também de transações para relacionamento, de fornecedores para parceiros e de elementos isolados para ecossistemas complexos. Essas tendências são apresentadas na Figura 2.

Figura 2 - Descrevendo a mudança para serviços



Fonte: Neely, Benedetinni e Visnjic (2011, tradução do autor)

2.3.1 Níveis de Servitização

Wise e Baumgartner (1999) observando empresas fabricantes de produtos, identificaram quatro modelos de negócio mais próximos ao usuário final: serviços embutidos, serviços abrangentes, soluções integradas e controle de distribuição. Para esse trabalho, os três primeiros são de maior relevância e poderiam ser vistos como tipos de servitização, de forma a agregar serviço a produto. Já Baines (2009) afirma que a servitização é agora amplamente reconhecida como a inovação de capacidades e processos de fabricantes em mover da venda de produtos para venda de ofertas integradas produtos-serviços que entregam valor em uso. Nesse sentido, diferencia-se servitização e sistemas produto-serviço, onde o primeiro é um conceito mais amplo de cunho processual na mudança do foco em produto; enquanto o segundo está ligado a oferta ao cliente.

Os sistemas produto-serviço são modelos de negócio de permitem a criação de novas fontes de valor agregado e competitividade para a empresa (Tukker, 2004), porque atendem a necessidade de clientes de forma integrada e customizada, cria relacionamentos únicos com clientes e inova de forma mais rápida já que busca de forma melhor as necessidades do cliente.

Sendo assim, para se caracterizar os diferentes níveis de servitização deve-se caminhar em direção ao serviço a partir do produto, com ofertas de produto-serviço partindo daquelas basicamente orientadas a produtos (menor nível) para ofertas orientadas a resultados (maior nível de servitização). A Figura 3, extraída de Tukker (2004), mostra a transição do valor contido no produto para o valor contido no serviço, passando pelos diferentes tipos de sistemas produto-serviço, ou diferentes níveis de servitização. Para esse trabalho utilizou-se essa

categorização de serviços orientados a produto, orientados a uso e orientados a resultado por entender que mostra bem os diferentes níveis de servitização. A primeira categoria é de serviços orientados a produto, ou seja, são serviços que são adicionados a produtos vendidos. Tukker (2004) apresenta dois modelos: (1) serviço relacionado a produto, em que além da venda do produto o fornecedor oferece serviços necessários durante o uso do produto, como por exemplo, contrato de manutenção de equipamento; (2) informação e consultoria, onde o fornecedor fornece informações e consultoria relacionados ao produto vendido, como por exemplo, qual a melhor estrutura organizacional do time para uso do produto.

Figura 3 - Principais sistemas produto-serviço (PSS) e subcategorias



Fonte: Tukker (2004, tradução do autor)

Além desses dois modelos, Spring e Araujo (2009) apresentam mais três modelos de negócio que também são orientados a produto. O primeiro deles é serviços de suporte (1) que é muito semelhante ao serviço relacionado a produto de Tukker (2004). Já os outros dois são adicionais, sendo eles: (3) pacote (ou *bundling*), que é a combinação de múltiplos produtos e serviços como uma oferta única, como um pacote de valor adaptado ao cliente; e (4) oferta, que caracteriza uma ligação forte com o cliente, com a empresa fornecendo os meios, seja partes, produtos ou serviços para produção conjunta de um produto final, ou seja, ambos cocriando valor. Apesar

desse último envolver uma complexidade operacional grande ainda tem como foco o produto final e, por isso, foi incluído nessa categoria.

A segunda categoria são serviços orientados ao uso, em que o produto ainda tem um papel central, mas o modelo de negócio não está direcionado a venda de produtos. Spring e Araujo (2009) apresenta exemplos clássicos de sistemas produto-serviço que poderiam ser incluídos nessa categoria, sem fazer distinção em subtipos. Já Tukker (2004) coloca três diferentes subcategorias: (5) arrendamento de produto, quando não ocorre mudança de propriedade do produto, o cliente paga uma tarifa regular para o uso e este tem acesso ilimitado e individual ao produto arrendado; (6) aluguel ou compartilhamento do produto, nesse caso, em geral, o produto pertence ao fornecedor e o usuário paga pelo uso do produto, mas outros também podem utilizar em outros momentos, sendo usados sequencialmente por diferentes usuários; (7) agrupamento de produto, que é muito semelhante aos dois anteriores, com a diferença que o produto é usado de forma simultânea.

Já a terceira e última categoria é de serviços orientados a resultado, onde ocorre um acordo entre fornecedor e cliente e que o produto já não tem papel central, mas age como uma das partes responsáveis por entregar o resultado. Tukker (2004) apresenta mais três modelos de produtos-serviços, são eles: (8) gestão de atividade/terceirização, quando parte de uma atividade é terceirizada, como por exemplo a limpeza; (9) pagamento por unidade de serviço, quando o usuário não compra mais o produto, mas o resultado de acordo com o nível de uso, como por exemplo, o pagamento por impressão em empresas de copiadoras; (10) resultado funcional, quando o fornecedor entra em acordo com o cliente na entrega de um resultado, como, por exemplo, a entrega de um ambiente agradável, ao invés de equipamento de resfriamento ou aquecimento de ambientes. Já Spring & Araujo (2009) apresentam dois modelos, a logística baseada em desempenho (9) que tem fundamento semelhante ao pagamento por unidade de serviço de Tukker. Além disso, apresentam a integração de sistemas (10) que busca entregar produtos e sistemas complexos, evoluindo para uma forma de pagamento baseado em desempenho, que é aderente ao resultado funcional de Tukker.

Sendo assim, considerando o exposto acima foi possível identificar 10 diferentes níveis de servitização, sendo apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Níveis de servitização

Categorias de Servitização	Níveis	Tukker	Spring & Araujo
Orientada a Produto	1	Serviço relacionado a produto	Serviço de suporte
	2	Informação e consultoria	
	3		Bundling (pacote)
	4		Oferta
Orientada ao Uso	5	Arrendamento de produto	
	6	Aluguel ou compartilhamento de produto	Sistema produto-serviço (PSS) em geral
	7	Agrupamento de produto	
Orientada a Resultado	8	Gestão de atividade/terceirização	
	9	Pagamento por unidade de serviço	Logística baseada em desempenho
	10	Resultado funcional	Integração de sistemas

Fonte: Preparada pelo autor com base em Tukker (2004) e Spring e Araújo (2009)

2.4 Cuidado Baseado em Valor (*Value-Based Health Care*)

Considerando o exposto, especialmente quanto aos níveis de servitização, aquele que considera o pagamento de um produto-serviço pelo seu resultado desperta particular interesse do mercado da saúde quando hospitais e fontes pagadoras buscam novas formas de pagamento para aumentar a sustentabilidade do sistema como um todo. E é nesse contexto que se apresenta o Cuidado Baseado em Valor, ou *Value-Based Health Care*.

Esse modelo foi apresentado por Michael Porter e Elizabeth Teisberg em 2006 no livro *Redefining Health Care* e apresenta uma visão baseada em valor entregue com foco na eficiência, ou seja, associado aos resultados alcançados por dólar gasto. Porter (2010) coloca que o valor deveria definir a estrutura de melhoria de desempenho, sendo que o valor nesse sentido não é nem o ideal abstrato ou puramente uma redução de custos. Ele deveria ser definido colocando o paciente no centro da discussão, avaliando o cuidado de saúde pelo resultado atingido, ao mesmo tempo com recompensas para todos os atores do sistema.

Porter (2008) apresenta quatro princípios essenciais para criação de um sistema – de saúde – de entrega de alto valor. O primeiro é que todos os participantes da cadeia coloquem o valor como objetivo central, e não redução de custos ou aumento da receita. Nesse sentido, a melhoria do valor requer melhoria no resultado por unidade de custo, ou seja, melhores resultados têm grande efeito nos custos no longo prazo. Considerando um paciente, a detecção mais cedo de uma doença, com diagnóstico correto e tratamento apropriado pode reduzir custos diretos

dramaticamente, sem falar nos custos indiretos como ausência do trabalho, saúde precária, perda de qualidade de vida. O segundo princípio diz respeito à organização do cuidado de modo que valor seja criado. Como o valor é criado no cuidado total do paciente, a organização deve ocorrer em unidades de prática integrada (IPU) que inclui todas as especialidades necessárias para aquele caso, e não de forma separada e fragmentada por especialidade, procedimentos ou departamentos como é feito atualmente. O terceiro é a necessidade de medir o valor e, nesse sentido, os resultados devem ser medidos para a condição médica por todo o ciclo do cuidado e não por especialidade, intervenção ou procedimento. E o quarto princípio é alinhar o reembolso com a criação de valor. Atualmente o reembolso para hospitais a partir dos planos de saúde ou fontes pagadoras é feito por serviços separados e não por ciclos de cuidado por meio de pagamentos em pacote. Porter e Lee (2013) adicionam a esses princípios elementos necessários para criação de uma agenda estratégica. Os itens adicionados foram: integração dos sistemas de saúde de forma atender melhor a população; expansão de alcance geográfico evitando a concentração de serviços de saúde em poucos locais; e construção de uma plataforma de tecnologia da informação de suporte de forma a integrar dados do paciente e do sistema de saúde.

Dessa forma, o cuidado baseado em valor tem como objetivo central maximizar o valor para os pacientes, atingindo os melhores resultados com o custo mais baixo possível (Porter & Lee, 2013). Sabe-se que esse modelo foi criado considerando o mercado de saúde como um todo, de forma a aumentar o valor para toda a população, mas isso não impede que iniciativas de menor proporção ocorram dentro de instituições hospitalares, alinhando os propósitos com os outros atores do mercado, como fornecedores, profissionais de saúde e fontes pagadoras. Para tal é necessário considerar a orientação a resultados, podendo-se entender que do ponto de vista do fornecedor, a aplicação desse modelo requer um processo de servitização do tipo resultado funcional, já que deve ocorrer um acordo entre as partes de qual o resultado que se espera e que deve ser entregue pelos sistemas produto-serviço oferecidos. De qualquer forma, para que esse modelo seja aplicável é necessário o envolvimento de diversos atores da cadeia e não apenas fornecedores e hospitais.

O Quadro 4 traz um resumo dos principais conceitos apresentado neste capítulo.

Quadro 4 - Resumo de conceitos da base teórica

Conceito	
Valor	O valor é o balanço entre benefícios e sacrifícios de uma oferta percebidos pelo cliente. A experiência é que define o valor individualmente percebido pelo cliente.
Criação de Valor	É um processo pelo qual o usuário se torna melhor em algum aspecto ou que aumenta o seu bem-estar. É relativa ao consumidor e não ao fornecedor.
Cocriação de Valor	É o valor que se dá pelas duas partes, fornecedores e cliente. É dependente da interação entre os atores envolvidos.
Valor em uso	É o valor percebido ligado a utilização de um produto ou serviço. Valor em uso é totalmente dependente do consumidor, já que ocorre na experiência de uso.
Valor de troca	É o valor percebido na transação, quando há a transferência de posse do produto ou serviço. Valor de troca tem um envolvimento importante do fornecedor.
Lógica Dominante de Serviço	Considera que organizações, mercados e sociedade são basicamente interessados nos benefícios alcançados no consumo de produtos ou serviços. Os bens são mecanismos de provisão de experiência, durante a qual se extrai valor.
Servitização	Adição de serviços a produto como forma de aumentar o valor, com a intenção de melhor atender à necessidade dos clientes
Sistema Produto-Serviço	Oferta integrada de produto e serviço que entrega valor em uso.
Cuidado baseado em valor	Forma de gestão em saúde que tem como objetivo central maximizar o valor para os pacientes, atingindo os melhores resultados com o custo mais baixo possível.

Fonte: Elaboração própria

3 METODOLOGIA

Esse capítulo tem por objetivo apresentar a metodologia utilizada para realização desse trabalho, detalhando a abordagem da pesquisa, caracterização da instituição hospitalar escolhida, e descrição de como foi realizada a coleta de dados para posterior análise dos dados.

3.1 Abordagem da pesquisa

Para esse trabalho, a abordagem de pesquisa foi qualitativa. Esse tipo de pesquisa é um meio para explorar e entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano (Creswell, 2010). Ainda segundo Creswell (2010) o processo de pesquisa envolve as questões e os procedimentos que emergem, os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, a análise de dados indutivamente construída a partir das particularidades para os temas gerais e as interpretações feitas pelo pesquisador acerca do significado dos dados. Sendo assim, essa abordagem foi considerada a mais adequada já que a pergunta de pesquisa envolve a busca em como a servitização de dispositivos médicos impacta a percepção de valor em uma instituição hospitalar privada. As principais fontes de dados foram as entrevistas com diferentes profissionais e a análise de dados ocorreu em paralelo à realização das entrevistas, ou seja, após cada entrevista era realizada a sua análise. Esta sistemática permitiu aprender ao longo do processo e adequações ao roteiro de entrevista foram realizados para adequação ao contexto.

A abordagem foi o estudo de caso, assim outras fontes de informação foram usadas além das entrevistas tais como análise de documentos internos da instituição, relatórios e publicações da ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados) e o website da instituição. As entrevistas foram realizadas com diferentes stakeholders, em especial gerentes de diferentes áreas da instituição.

Esse tipo de estudo de caso oferece relatório bastante acurado com cobertura e complexidade substancial em processos organizacionais e individuais (Woodside, 2010). Creswell (2010) afirma que estudos de caso são uma estratégia de investigação em que o pesquisador explora profundamente um fenômeno em um contexto relevante, e essa pesquisa buscou justamente isso, o aprofundamento do tema de percepção de valor quanto a processos de servitização dentro do contexto de uma instituição hospitalar, a BP – Beneficência Portuguesa de São Paulo.

3.2 A escolha da instituição e dos entrevistados

Para esse estudo de caso foi escolhido o mercado da saúde devido a sua importância para a sociedade e por estar no centro de uma discussão quanto a sustentabilidade desse setor. Porter (2008) coloca que o problema fundamental no cuidado em saúde é o valor criado pelo sistema, e nesse sentido, novos modelos de remuneração e uma relação mais transparente com foco na conformidade e ética (*compliance*) entre os atores do mercado, seja hospitais, indústria ou fonte pagadora são assuntos amplamente discutidos. Nesse sentido, a relação entre hospitais e seus fornecedores de dispositivos médicos, especialmente quanto a percepção da proposta de valor nos serviços e produtos oferecidos está como foco central desse estudo.

Para isso foi escolhida a BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, uma instituição privada fundada em 1859 por um grupo de empresários e representantes do governo de Portugal preocupados com a assistência médica da população e também das gerações futuras. Essa instituição foi escolhida pelo pesquisador devido ao seu renome no mercado, sua importância para a cidade de São Paulo e por se tratar do maior polo de saúde privado da América Latina em número de leitos (BP, 2018). São 1.084 leitos hospitalares, 7.000 colaboradores e 3.000 médicos, atendendo a mais de 1,8 milhão de pessoas por ano, sendo 24 mil cirurgias de alta complexidade e 4 mil transplantes.

A BP possui mais de 220 mil m² de construção em oito edifícios, em duas regiões de São Paulo, nos bairros do Paraíso e Penha, estando dividida em 7 unidades de negócio: O Hospital BP (atual complexo principal na Rua Maestro Cardim), referência em casos de alta complexidade e pronto-socorro geral atendendo clientes de planos de saúde e particulares; BP Hospital Filantrópico, dedicado a oferta de cuidado humanizado para clientes do Sistema Único de Saúde – SUS (antigo Hospital Santo Antônio); o BP Essencial, para atendimento de alta complexidade para clientes de planos de saúde básicos; o BP Mirante, hospital com corpo clínico renomado, hotelaria personalizada para clientes particulares e de convênios tipo premium (antigo Hospital São José); BP Medicina Diagnóstica, centro diagnóstico e de terapias completo, que oferece exames laboratoriais, de imagem, entre outros; BP Vital, que é uma rede de clínicas com diversas especialidades médicas, atuando de forma integradas com outros serviços da instituição; e o BP Educação e Pesquisa, focado na formação de profissionais de saúde com cursos, especializações, e responsável por estudos e pesquisas na área da saúde.

Os hospitais BP e BP Mirante são associados titulares da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), uma entidade representativa dos principais hospitais privados de

excelência no Brasil. Para ser um associado titular, o hospital precisa cumprir alguns requisitos: Ser privado com ou sem fins lucrativos; não ser administrado por operadora de saúde; ter 60% ou mais do seu faturamento bruto originado da saúde suplementar (planos de saúde); ter acreditação de excelência (ONA III, ACI, JCI ou NIAHO) (ANAHP, 2017). O Hospital BP possui acreditação ONA III e o BP Mirante a acreditação internacional da *Joint Commission International* (JCI). Esse foi mais um motivo que reforçou a escolha pela instituição, uma vez que esse grupo seletivo de hospitais preocupados com creditações, qualidade de produtos e serviços tendem a ser mais propensos a receber e considerar como diferencial propostas com valor agregado.

Apesar da amplitude de oferta de serviços de saúde, para esse estudo o interesse principal está nas quatro (4) unidades hospitalares, não de forma individualizada ou específica, e que são geridas por áreas corporativas comuns, o que foi confirmado nas primeiras conversas com a instituição sobre a possibilidade de realizar o estudo. Atualmente, não existem diferenças significativas quanto a protocolos, uso de produtos e dispositivos dentro das unidades hospitalares. De qualquer forma, reforça a escolha dessa instituição, os diferentes hospitais que a compõe, abrangendo desde o segmento de atendimento público focado no SUS, planos de saúde mais básicos, convênios premium, até o atendimento particular.

Para a coleta de dados por meio das entrevistas foram escolhidas algumas áreas foco tanto operacionais quanto estratégicas de forma a buscar uma maior abrangência de pontos de vista quanto a percepção de valor. As áreas foram escolhidas de modo que tivessem interação com fornecedores de dispositivos médicos, independente se for em maior ou menor grau, ou de forma direta ou indireta.

Vale considerar que o contato inicial com a instituição foi realizado por meio do escritório de projetos e posteriormente com o marketing corporativo que auxiliaram nas aprovações internas para a realização do estudo. A partir da aprovação, os agendamentos das entrevistas ocorreram por meio do escritório de projetos, que foi um parceiro importante nessa etapa do estudo. Para a escolha dos entrevistados deu-se preferência para as gerências de áreas corporativas, ou seja, que tem sob sua responsabilidade a instituição como um todo, mas nos casos que isso não foi possível, o gestor de um dos hospitais BP foi escolhido considerando a disponibilidade para entrevista. Um ponto importante é que nas interações com o escritório de projetos surgiram oportunidades de incluir entrevistados e áreas que poderiam contribuir com a coleta de dados, mas que não estavam inicialmente mapeadas, esse foi o caso da área de planejamento e logística.

Outro ponto é que a área de práticas médicas é a única com dois entrevistados e isso ocorreu porque foi realizado o agendamento com as duas gerências de práticas médicas, tanto do hospital BP, como da área corporativa da instituição BP e no fim ambos tiveram disponibilidade para responder. As áreas incluídas nesse estudo são apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 - Áreas, entrevistados

Código	Área	Função do entrevistado	Racional de escolha
E1	Assistência a pacientes	Gerência de Unidade de Internação da BP	ligação direta com a operação e o uso de produto e serviços com o paciente;
E2	Bloco Cirúrgico	Gerência do Bloco Cirúrgico do Hospital BP	interação com fornecedores de equipamentos e dispositivos como rotina dentro do centro cirúrgico e central de materiais e esterilização
E3	Engenharia Clínica	Gerência de Engenharia Clínica da BP	contato próximo com fornecedores na manutenção de dispositivos e equipamentos, atualização de inventário e parque instalado de máquinas, avaliação técnica de novos produtos
E4	Compras	Gerência de Suprimentos	relação próxima a fornecedores em questões operacionais e de negociação financeira
E5	Clínica Médica	Gerência de práticas médicas da BP	contato com os diferentes produtos e serviços oferecidos pelos fornecedores, utilizando em pacientes
E6		Gerência de práticas médicas do Hospital BP	
E7	Planejamento e Logística	Gerência de planejamento da BP	quaisquer problemas nos processos de um fornecedor como atrasos de entrega, impactam diretamente a operação

Fonte: Elaboração própria

Os entrevistados são todos gestores de suas unidades, com experiência no mercado de saúde e sendo a maioria corporativa da BP, com exceção de um entrevistado que era gestor médico executivo do hospital BP.

O entrevistado 1 (E1) é gerente de unidade de internação e do grupo de atenção a pele, está na BP a 15 anos, sendo responsável pela gestão de um time de 400 enfermeiros e técnicos de 2 unidades de internação. O segundo (E2) é gerente do bloco cirúrgico e central de materiais e esterilização (CME) há três anos, tendo como principais responsabilidades o acompanhamento da programação cirúrgica, gestão das equipes de enfermagem do centro cirúrgico e CME, além de resolução de eventuais necessidades e especificidades das equipes médicas. O entrevistado

3 (E3) é o gerente de engenharia clínica, está na instituição a 20 anos e tem como rotina de trabalho o acompanhamento de fornecedores especialmente de equipamentos no pós-venda com análise de desempenho, mas também a homologação técnica na incorporação de novos produtos. O quarto (E4) é gerente de suprimentos de, com 18 anos na área da saúde e 5 anos na instituição tendo como rotina a participação de negociações estratégicas, fechamento de acordos comerciais e contratos de fornecimento. O quinto entrevistado (E5) é gerente médico corporativo, com 3 anos na função, tendo como foco principal o alinhamento entre as unidades da BP em termos de práticas de segurança do paciente, ou seja, com os serviços de controle de infecção, qualidade, práticas de segurança, serviço de apoio ao médico (SAM) e serviço de apoio ao médico estatístico (SAME), e gestão de clínicas médicas, se envolvendo também em projetos especiais de seleção de fornecedores. O sexto (E6) é gerente médico executivo da unidade hospital BP, está na instituição a 1 ano e 8 meses, porém tem mais de 30 anos de experiência em gestão de saúde. E o entrevistado 7 é gerente de planejamento de demanda e estoque corporativo sendo responsável pelo planejamento e gestão logística dos materiais, incluindo OPME (órgãos, próteses e materiais especiais), com 3 anos na função.

3.3 Coleta de dados

Uma abordagem de entrevista não estruturada foi escolhida pelo caráter mais aberto, permitindo que exista um fluxo como ocorre em um diálogo, oferecendo aos entrevistados espaço para falar (Fischer, Castilhos, & Fonseca, 2014), tendo estes oportunidade para abordar temas não previstos antecipadamente.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado, que é apresentado no Apêndice 1. Esse roteiro é constituído de perguntas abertas e construídas com foco na teoria, porém, com o objetivo de estimular os entrevistados a relatarem de forma livre as suas experiências e percepções. No sentido de estimular a discussão, o roteiro foi dividido em seis (6) partes.

A primeira parte voltada para apresentação do entrevistador e da pesquisa, além de informações gerais como a confidencialidade dos dados e apresentação do termo de consentimento esclarecido informado. Já a segunda apresenta perguntas sobre o entrevistado, como nome, área em que atua e função, especialmente para iniciar o diálogo, deixando o entrevistado mais à vontade para apresentar as suas respostas.

A terceira parte considera a situação atual com perguntas sobre a percepção sobre fornecedores de dispositivos médicos. Esse bloco foi construído com tópicos de forma a estimular a pessoa a falar sobre serviços ofertados, identificação e atendimento de necessidades, criação e cocriação de valor, e valor agregado na forma de serviços, ou servitização.

O quarto segmento são os cenários, em que são propostos diferentes níveis de servitização estimulando o entrevistado a discorrer sobre aquela situação em particular, qualificando sua percepção. Os cenários foram criados a partir dos níveis de servitização apresentados por Spring & Araujo (2009) e Tukker (2004), sendo os detalhes apresentados na base teórica. Considerando esses autores foi possível identificar 10 diferentes níveis de servitização. Com isso, o pesquisador adaptou para cenários dentro do contexto do mercado da saúde. O Quadro 6 apresenta as informações teóricas e os cenários criados.

Quadro 6 - Níveis de servitização e cenários.

Servitização	Níveis	Tukker	Spring & Araujo	Cenários
Orientada a Produto	1	Serviço relacionado a produto	Serviço de suporte	Cenário 1: manutenção equipamentos
	2	Informação e consultoria		Cenário 2: Consultoria em <i>lean</i>
	3		Bundling (pacote)	Cenário 3: Pacote de produtos
	4		Oferta	Cenário 4: Itens separados para compor kits
Orientada ao Uso	5	Arrendamento de produto		Cenário 5: Comodato de equipamento
	6	Aluguel ou compartilhamento de produto	Sistema produto serviço (PSS)	Cenário 6: Aluguel por curto espaço de tempo
	7	Agrupamento de produto		Cenário 7: Ferramenta online para compartilhamento
Orientada a Resultado	8	Gestão de atividade / terceirização		Cenário 8: Terceirização
	9	Pagamento por unidade de serviço	Logística baseada em desempenho	Cenário 9: Pagamento por hora da ressonância
	10	Resultado funcional	Integração de sistemas	Cenário 10: Pagamento por resultado final (Cura arritmia cardíaca)

Fonte: Elaboração própria

Ainda em relação aos cenários, em alguns momentos foi necessária uma maior interação entre o entrevistador e o entrevistado de forma a explicar melhor o cenário, evitando uma interpretação equivocada, o que poderia comprometer a coleta de dados. Apesar disso, a explicação era mínima também para evitar que o entrevistado fosse influenciado na sua resposta. Um exemplo disso foi no cenário 3, pacote de produtos, que foi detalhado que o pacote também poderia ser composto por produtos e serviços.

A quinta parte da entrevista considera a situação desejada pelo entrevistado, com perguntas com foco no valor agregado e sugestões de possíveis melhorias dos fornecedores. Apesar de alguns desses aspectos poderem aparecer na parte 3, essas perguntas têm por objetivo complementar as informações coletadas. E por fim, a sexta e última parte é o fechamento da entrevista.

As entrevistas foram realizadas dentro do Hospital BP em uma sala de reuniões do escritório de projetos. O primeiro segmento envolvia a apresentação da pesquisa e do entrevistador, entregando o termo de consentimento esclarecido informado (Apêndice 2) e explicando a sua função e a importância para a utilização dos dados na pesquisa e registrando a liberdade do entrevistado quanto aos dados que são passados. Outro ponto importante de esclarecimento por uma questão de ética, a informação de que o pesquisador também é profissional do mercado e que trabalha em um dos fornecedores que atuam dentro da BP. Apesar desse detalhe, o pesquisador reforçou que qualquer identificação do fornecedor não seria considerada na análise de dados.

A condução das entrevistas ocorreu sem a necessidade de abordar a totalidade dos tópicos incluídos no roteiro, com duração variando de 45 a 60 minutos. Elas foram gravadas por meio de dois gravadores de áudio de forma a ter maior segurança na coleta das informações e permitir a transcrição dos dados, para posterior análise. Todo o contato com os entrevistados foi realizado através do escritório de projetos da BP, uma área corporativa que abrange todos os hospitais do grupo. As pessoas que seriam entrevistadas foram designadas pelo escritório de projetos a partir do mapa das áreas necessárias apresentado na seção racional de escolha da instituição e dos entrevistados.

3.4 Análise de dados

De acordo com Creswell (2010), a análise de dados trata-se de um processo permanente envolvendo reflexão contínua sobre os dados, formulando questões analíticas e escrevendo

anotações durante todo o estudo. Ainda segundo Creswell (2010), a análise de dados qualitativos em geral é conduzida concomitantemente com a coleta dos dados, e isso foi realizado nesse trabalho. Dessa forma, foi possível avaliar a qualidade da coleta de dados na entrevista, possibilitando realizar alguns ajustes para que a coleta de dados pudesse ser melhorada.

Os dados levantados por meio de observações, documentos internos, relatórios e website da BP, além de publicações da ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados) foram utilizados para caracterizar a instituição hospitalar de forma a demonstrar o contexto dos entrevistados, bem como apresentar algumas informações relevantes quanto a rotina hospitalar e como isso impacta a relação com os fornecedores.

As transcrições das entrevistas serviram como base para a análise dos dados por codificação. Segundo Gibbs (2007), a criação de códigos envolve identificar e registrar uma ou mais passagens do texto ou outros itens de dados como parte de figuras, que, de alguma forma, exemplifica a mesma ideia teórica ou descritiva. Os códigos propostos foram criados a partir da teoria, ou como classifica Gibbs (2007) código direcionado a partir do conceito (*concept-driven*), além de outros que surgiram durante o processo de análise. Além disso, a codificação foi realizada de forma a considerar a análise de entrevistas posteriores para revisão da codificação das entrevistas iniciais, isso com o intuito de se obter resultados melhores a cada análise.

A análise dos dados foi realizada primeiramente com o intuito de agrupar informações aderentes quanto a criação e destruição de valor, e também na parte dos cenários de forma a identificar a percepção dos entrevistados quanto aos diferentes níveis de servitização. De forma a garantir a validação dos dados foi utilizada a confiabilidade entre avaliadores, sendo as análises realizadas divididas e revistas por dois outros pesquisadores, sendo um deles o orientador, de forma a atestar e reduzir o viés analítico de um único pesquisador.

As informações levantadas foram separadas por códigos. Esses dados foram então agrupados de forma a facilitar a análise do conteúdo. A intenção desse agrupamento foi buscar como os diferentes códigos e tópicos se apresentam para os diferentes stakeholders, cada um representando uma das áreas da instituição hospitalar. Os assuntos da base teórica que direcionaram a criação de códigos foram valor, criação e percepção de valor, cocriação de valor, servitização e lógica dominante de serviço.

Os códigos utilizados foram adaptados conforme a análise das entrevistas foram sendo realizadas. Inicialmente, eram 14 códigos: descrição área e função (1); percepção positiva do cliente (2); percepção negativa do cliente (3); interação sem percepção de valor (4); processo de melhoria (5); criação de valor através da identificação de oportunidades (6); proposição e resolução a pedido do cliente (7); cocriação de valor (8); servitização como valor (9); servitização orientada a produto (10); lógica dominante do serviço (11); oportunidades para fornecedor (12); valor em uso (13) e valor na troca (14). Eles foram refinados e combinados de forma a se chegar em 9 que de fato foram utilizados para a análise, são eles: descrição área e função (1); percepção de criação de valor (2); percepção de destruição de valor (3); processo de melhoria (4); oportunidades para criação de valor (5); proposição de serviços a pedido do cliente (6); cocriação de valor (7); servitização (8); lógica dominante de serviço (9).

Apesar dos diferentes códigos criados para facilitar a análise, os resultados apresentam as informações agrupadas em percepção de criação e destruição de valor. Com exceção da codificação (1) descrição área e função, que foi utilizada para auxiliar na caracterização dos entrevistados dentro dessa seção de metodologia, mas que também foi utilizada na caracterização da instituição BP na seção de atividades do hospital.

Com relação aos cenários, durante a análise, identificou-se a necessidade de uma abordagem mais direta quanto a percepção de valor dos entrevistados. Para isso foram utilizados cinco (5) códigos: percepção de criação de valor (1), percepção de destruição de valor (2), sem percepção de valor (3), valor em uso (4) e valor na troca (5). Os três primeiros códigos são mais diretos quanto a utilização. Já os outros dois códigos, valor na troca e valor em uso, foram utilizados como forma de entender como a percepção do stakeholder está frente aos processos e oportunidades de servitização. Eles surgiram a partir da análise preliminar da entrevista, onde o pesquisador identificou que alguns entrevistados apresentavam a sua percepção de valor ligada ao processo de utilização e operação (valor em uso), ou seja, mais conectado a lógica de serviços, enquanto outros percebiam o valor no processo de negociação, ou seja, valor na troca, mais aderente a lógica de produtos.

O quadro 7 detalha a evolução dos códigos até o resultado final da análise.

Quadro 7 – Evolução dos códigos

	Códigos iniciais	Códigos refinados	Dados qualificados	
Entrevista completa	descrição área e função interação sem percepção de valor	descrição área e função	instituição Hospitalar BP	
	percepção negativa do cliente	percepção de destruição de valor	percepção de destruição de valor	
	percepção positiva do cliente criação de valor através da identificação de oportunidades	percepção de criação de valor		
	processo de melhoria	processo de melhoria		
	proposição e resolução a pedido do cliente	proposição de serviços a pedido do cliente		
	cocriação de valor	cocriação de valor		
	servitização como valor servitização orientada a produto	servitização	percepção de criação de valor	
	lógica dominante do serviço	lógica dominante de serviço		
	oportunidades para fornecedor	oportunidades para criação de valor		
	valor em uso	- (agrupado com criação de valor)		
	valor na troca	- (agrupado com criação de valor)		
	Cenários		percepção de criação de valor	
			percepção de destruição de valor sem percepção de valor	níveis de servitização e a percepção de valor
		valor em uso		
		valor na troca		

Fonte: Elaboração própria

4 RESULTADOS

Os resultados desse estudo foram estruturados em quatro (4) seções. A primeira sobre a instituição hospitalar BP, caracterizando a instituição e se dividindo em 2 subseções: relacionamento com fornecedores; e desafios da instituição e modelos de negócio. A segunda seção descreve as informações encontradas nas entrevistas quanto a percepção da criação de valor. A terceira descreve as percepções dos entrevistados quanto a destruição de valor. E a quarta e última apresentando os diferentes níveis de servitização descritos nos cenários e a percepção do valor por eles criado.

4.1 A Instituição Hospitalar BP

A BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo com 149 anos de existência é um polo de saúde privado localizado na cidade de São Paulo. Possui vocação para atendimentos de alta complexidade, sendo referência em oncologia, cardiologia e neurologia (BP, 2016). A organização passou, nos últimos 3 anos, por uma reformulação de sua marca, passando a se chamar BP com uma nova identidade visual. A criação dessa nova marca não significou apenas uma reestruturação visual, mas também uma revisão de todos os fluxos e processos, com mudanças estruturais com a intenção de oferecer melhor qualidade assistencial e de atendimento aos pacientes. Nesse sentido, acredita-se que “[...] A nova arquitetura de marca pretende tornar a família de serviços mais clara e delimitada, facilitando o entendimento para os diversos públicos, além de dar a dimensão das diferentes disciplinas que o complexo combina.” (BP, 2016). Com isso, todas as unidades de negócios atuais e futuros serão posicionadas sob essa nova marca.

A instituição possui uma rotina não previsível, encontrando dificuldades no planejamento de seus produtos onde mais da metade do portfólio tem mais de 50% de variação, sendo assim, a rotina e a disciplina dos fornecedores em entregar dentro dos acordos de nível de serviço é crítica. “[...] parte do time fica só fazendo essas alterações de entrega para evitar que eu tenha uma ruptura e para evitar que eu tenha excessos desnecessariamente.” (E7).

A estruturação em áreas corporativas permitiu troca de informações e padronização de protocolos e materiais entre os diferentes hospitais da BP, fazendo com que não houvesse distinções entre as unidades. Isso contribuiu inclusive para uma melhor negociação com os fornecedores uma vez que eram considerados os volumes de todas as unidades. A decisão de compra ou a substituição de produtos ou fornecedores é feita de forma interativa entre diferentes

áreas como planejamento, corpo clínico e propriamente suprimentos. Outro aspecto importante está na influência no processo de tomada de decisão, já que ela é pautada em uma série de parâmetros que vão além do produto, envolvendo aspectos técnicos, financeiros, de atendimento e serviços adicionais. “[...] quando as áreas começaram a ser corporativas isso nos ajudou muito porque assim, é bem isso: é ou não é. Não tem ‘ah, serve metade’. [...] Então, hoje a gente ganhou forças com isso e, conseqüentemente, a gente conseguiu uniformizar a questão de produto.” (E4).

Além disso, muito da rotina de vários entrevistados é o acompanhamento do nível de serviço acordado com os fornecedores, de forma a diminuir e tentar mitigar falhas que possam ocorrer. Porém, muitas vezes os acordos não são cumpridos e que podem comprometer a rotina hospitalar e conseqüentemente o atendimento de um paciente. “[...] o que é que ficou determinado? Que até às 21:00 do dia anterior à cirurgia, essas empresas têm que nos entregar o material para ser processado. E infelizmente isso não acontece. [...] voltava aqui eram 23:00, meia-noite.” (E2).

Apesar desses problemas, alguns fornecedores têm uma proatividade em ajudar na rotina e dia a dia do hospital, como por exemplo, o auxílio nas análises de resultado, parceria para resolver problemas, junto com análise de desempenho e nível de serviço reportados, gerando discussões quanto a situação atual e como melhorar ainda mais o serviço. “[...] fornecedores que começam a entrar até o final mesmo, até o consumo do produto para entender onde é que a gente consegue ser mais ágil para reduzir o lead time.” (E7).

Sendo assim, apesar das dimensões e importância da instituição BP, muitos fornecedores não conseguem atender dentro do acordado, que pode causar grandes impactos na rotina e nos pacientes. Apesar disso, algumas empresas têm boas iniciativas para melhorar o nível de serviço. Nem sempre é fácil identificar o melhor fornecedor, mas o pior aparece mais facilmente, uma vez que é o que mais prejudica o dia a dia do hospital. “[...] Teve fornecedor que às vezes ele dá tanta dor de cabeça que eu preciso da ajuda do compras: ó, comercial, me ajuda porque ou troca esse cara, ou aperta ele porque está impactando o assistencial.” (E7)

O desenvolvimento de capacidade interna para avaliação dos fornecedores, de forma a aumentar a eficiência e o nível de exigência no desempenho é algo que exige troca de informação e conexão entre as diferentes áreas da instituição. Nesse sentido, a viabilidade de uma proposta é avaliada por diversos profissionais do hospital de forma a ser cada vez melhor e mais eficiente

“[...] uma incorporação de tecnologia, eu também tenho que fazer entrevista com os stakeholders envolvidos naquela tecnologia para entender o que a gente quer trazer para dentro da nossa casa.” (E3).

4.1.1 Relacionamento com fornecedores

Os processos de fornecimento são manuais e aparentemente com ineficiências. Sendo assim, fornecedores podem se utilizar disso para construir propostas e serviços focados nas necessidades e característica da organização. Em relação às propostas, a cocriação pode ocorrer entre fornecedores e hospitais, porém a oferta é decidida pelo fornecedor na maior parte dos casos. Isso também se reflete no foco no médico já que os produtos têm forte ligação com o usuário, sendo necessária uma curva de aprendizado e treinamento para a utilização, com isso as propostas tendem a estar menos alinhadas com a instituição. Sendo assim, fornecedores de materiais cirúrgicos e implantáveis tendem a se aproximar do médico, em contrapartida, fornecedores de itens de consumo, por não dependerem de treinamento e maior interação com o médico, tendem a se aproximar mais do hospital.

Quanto a percepção de qualidade e valor, o médico necessita de um embasamento técnico com avaliação mais voltada para aspectos técnicos, enquanto áreas de operação relatam dificuldade na percepção de valor, pois entendem caber ao fornecedor a demonstração de quanto o valor é agregado dentro de suas propostas, produtos ou serviços.

Nesse contexto, gera preocupação a relação da instituição com seu corpo clínico, sendo que uma das principais melhorias foi o ajuste no honorário médico para contribuir com a diminuição da pressão por *compliance* na relação com fornecedores. Essa diminuição na pressão ocorre uma vez que diminui a influência de vantagens oferecidas por alguns fornecedores para o uso de produtos médicos.

Quanto às necessidades e oportunidades, todos os entrevistados relatam que em maior ou menor grau, existem fornecedores com a capacidade de identificar problemas da instituição hospitalar. Apesar de serem poucos que têm essa habilidade, os entrevistados relatam que alguns buscam entender a cadeia como um todo de forma a oferecer soluções customizadas com a intenção de resolver problemas da instituição e não necessariamente essas soluções estão ligadas a produtos. “[...] há fornecedores que começam a entrar até o final mesmo, até o consumo do produto para entender as necessidades” (E7). Há, no entanto, ressalvas sobre esse enfoque. As soluções

oferecidas nesses processos, em geral, não são viáveis financeiramente o que acaba sendo um desperdício de esforços. “[...] você vê nitidamente que é a gente gastando esforço para falar qual é o problema que o hospital tem que a gente pode resolver” (E3). Apesar disso, foi relatado que os fornecedores têm grande dedicação para identificar as necessidades dos médicos e não da BP, fazendo com que a relação seja mais personificada que institucional. Essa abordagem está ligada à grande influência que o médico tem atualmente sobre a escolha do produto que será utilizado em um procedimento e que nem sempre está aderente a estratégia e objetivos da instituição.

4.1.2 Desafios da instituição e modelos de negócio

De acordo com as observações dos entrevistados, esse modelo de venda de produtos para o médico com foco no procedimento – o chamado *fee for service*, ou pagamento por procedimento – se encontra esgotado. “[...] tabelas e serviços e as tabelas de materiais e medicamentos, elas continuaram soltas. Esse modelo se esgota agora. Não tem. Não tem mais como isso sobreviver.” (E6). O médico então vem perdendo autonomia na decisão sobre fornecedor, já que ele possui conhecimento para julgamento dos aspectos técnicos, mas não quanto a questões operacionais, logísticas e estratégico-comerciais. “[...] ele [o médico] tem que ter uma autonomia profissional no diagnóstico, no tratamento, na indicação. Mas ele tinha autonomia operacional o que não é algo bom porque ele não foi treinado para isso, ele não foi treinado para seleção de fornecedor.” (E5). Em parte, isso é causado pelo fornecedor que busca identificar necessidades, mas essa ocorre de forma fragmentada pelo maior contato comercial com o médico, o que não reflete as necessidades da instituição. Nesse sentido, novos modelos com foco no resultado do paciente são vistos como grande força criadora de valor. Para que isso ocorra é necessário a construção de uma relação de confiança entre os atores da cadeia, com fornecedores focados na ética e *compliance* e buscando se aproximar mais da instituição hospitalar de forma a entender profundamente suas necessidades.

Uma visão mais integrada da cadeia, estreitando as áreas de apoio do hospital e dos fornecedores, em conjunto com um aumento da confiabilidade na informação, cumprimento dos acordos de nível de serviço, contribuem para construir uma relação mais próxima e de confiança. Além disso, a avaliação dos fornecedores pela qualidade de seus produtos e serviços entregues, permite um melhor acompanhamento do desempenho das empresas, e direcionando para possíveis trocas quando necessário. Outro ponto crítico é o pós-venda, em especial para instrumentais reutilizáveis e equipamentos devido a seu tempo de vida útil maior, sendo então

uma relação de longo prazo. Então, caso o serviço não seja adequado certamente terá impacto negativo em uma próxima negociação. A parceria foi uma constante em praticamente todos os entrevistados, eles entendem que o fornecedor parceiro que auxilia na resolução de problemas e está presente nos maus momentos é aquele que é lembrado em um processo de decisão.

4.2 Percepção de Criação de Valor

Nessa seção procurou-se trazer os relatos, experiências, afirmações e aspirações dos entrevistados em relação a sua percepção de criação de valor. Também foram consideradas informações relativas à cocriação de soluções e propostas gerando valor.

Nas entrevistas foram citadas três formas de construção de ofertas de produtos e serviços, sendo a primeira a partir da solicitação da instituição, a segunda partindo da identificação de necessidades e oferta diretamente pelo fornecedor e, por fim, a terceira com a construção conjunta de soluções. O entrevistado 3 acredita que ambos os lados, fornecedores e hospitais, buscam parcerias e ele percebe que alguns fornecedores buscam genuinamente entender as necessidades da instituição e esta fica responsável por fornecer o direcionamento de forma que as soluções sejam construídas conjuntamente, ou seja, ambos cocriam as soluções.

Nesse sentido, foram apresentados dois exemplos concretos de cocriação. O primeiro seria a necessidade de o hospital ter ainda maior espaço de armazenamento de produtos, quando um fornecedor de alto volume percebeu essa necessidade e juntos chegaram à solução de fracionar as grandes entregas, aumentando a frequência e diminuindo a quantidade por entrega, de forma a reduzir a pressão por espaço de armazenamento e diminuindo custos da instituição com locação de espaços extras. “Deixei de ter a entrega lá no armazém, deixei de pagar armazenagem lá e comecei a ter entregas diárias [...], ele me agregou serviço.” (E4). O segundo exemplo foi que a partir da solicitação da instituição, um fornecedor criou um novo modelo de carrinho de medicamentos, com a BP participando do projeto de forma a atender uma necessidade específica, o que foi percebido como de grande valor. “[...] eu chamei de novo [o fornecedor] e falei assim ‘preciso que você me ajude a bolar um carrinho que atenda esta necessidade, mas a um preço que eu acho que a instituição consiga pagar’. [...] Ele fez um protótipo, a gente testou, atendeu, consegui aprovação e a gente colocou em todas as unidades do SUS.” (E1).

Fica evidente pelas entrevistas que o nível de atendimento do fornecedor impacta diretamente na operação do hospital. Sendo assim, melhorias dos serviços logísticos tais como entregas mais

fracionadas que permitem maior otimização de espaço de armazenagem, unitarização dos produtos retirando das embalagens maiores para facilitar o recebimento, recolhimento das caixas de transporte reduzindo a quantidade de lixo para o hospital e possível reaproveitamento; e consignação para aumentar a disponibilidade de produtos críticos foram colocadas como forma de agregar valor para a cadeia como um todo, mesmo que de forma indireta.”[...] é um benefício, sem dúvida alguma, porque reduz o restante da cadeia, o custo do restante da cadeia. Não diretamente, mas indiretamente. (E4).

Ainda nesse sentido, os entrevistados afirmam entender que essas mudanças causam grande impacto na operação do fornecedor, sendo necessário grandes esforços de flexibilização e adaptação e, por esse motivo, a instituição percebe grande valor quando essas mudanças ocorrem.

A educação continuada aliada ao suporte técnico e treinamento por parte dos fornecedores foi outro ponto levantado mesmo que de forma indireta por todos os entrevistados. A transparência no processo de educação continuada oferecido pelos fornecedores de dispositivos, focando no desenvolvimento do profissional médico, reduzindo assim o potencial conflito de interesses é algo importante a ser considerado.

[...] outra coisa que fideliza demais é a educação continuada. Então vários colegas, às vezes eles falam o seguinte: ‘olha, eu estou tendo a chance’ – inclusive agora eles têm aquelas questões do cuidado de anunciar antes. ‘Olha, fui convidado para fazer um curso de um instrumental X ali em Salvador ou eventualmente fora. Posso fazer? Está dentro? Não vou receber nada pelo curso. Eu só vou mesmo aprender a lidar com tal instrumental. (E5).

Outro ponto levantado foi a oferta de treinamentos e certificação quanto a determinada técnica ou metodologia. Esse tipo de certificação agrega muito valor quando ocorre sem ligação direta com o produto e com foco no desenvolvimento do profissional de saúde. Sendo assim, o treinamento deve ser realizado de forma a melhorar as habilidades e conhecimento técnico do profissional de saúde, ajudando na melhoria do atendimento do paciente. No fim, o fornecedor acaba se beneficiando já que a vivência com o produto e a boa experiência pode criar uma fidelização por parte do usuário dentro do campo da ética.

[...] Essa percepção dele de que “puxa, me levaram para um lugar X e eu aprendi a usar aquele instrumental” acaba fidelizando até porque ele cria

experiência manual com aquilo. E na hora H ele vai usar aquilo que ele tem experiência. Então, a impressão que eu tenho é, assim, a disputa vai ser deslocada, a disputa vai ser serviço e educação continuada. (E5)

O pós-venda é algo que apareceu na maioria das entrevistas como algo essencial. A instituição BP está num processo de melhoria contínua, o que tem implicado na análise, de forma mais efetiva, das oportunidades, realizando uma autoanálise de seus processos. Isso faz com que busquem fornecedores que promovam melhoria no atendimento, funcionando como uma seleção natural.

[...] o fornecedor tem vindo bater à minha porta e buscado isso, ‘a gente quer te vender o que você realmente precisa.’ e a gente tem sinalizado muito para alguns fornecedores até que não caíram ainda nessa onda, vamos dizer: ‘olha, atenção. Porque não é mais isso que a gente está querendo. A gente está buscando isso e acorda senão a onda vai te levar’. (E3)

É citado ainda que a crise no setor de saúde afeta todos os participantes desse mercado e aqueles fornecedores que mantiverem o seu corpo técnico em detrimento do comercial levam vantagem, pois melhora a percepção de qualidade do atendimento. Um ponto importante é que a percepção de qualidade ou valor do fornecedor passa pelo pacote como um todo, incluindo produto e serviço, seja na proposta ou no pós-venda, com o fornecedor participando de forma mais efetiva no dia a dia e rotina do hospital, sendo isso algo muito bem visto e bem-vindo.

Quando está tudo bem, você me visita, quando as coisas estão ruins, você não lembra de mim. [...] é aqui que você tem que mostrar que você está do meu lado, porque as coisas mudam tão rápido no jogo que na próxima você pode ser vencedor por conta disso que você fez, [...], por conta dessa proximidade, por você ter buscado isso [...]. (E3)

Ainda sobre esse tema, outro ponto crítico é quanto as instrumentais reutilizáveis e equipamentos que por sua longa vida útil, invariavelmente, torna uma relação duradoura (de longo prazo) e caso o serviço atrelado a esse tipo de produto não esteja adequado, certamente terá impacto negativo em uma próxima negociação.

Quanto às propostas de soluções por parte dos fornecedores, existe um direcionamento da instituição sobre o que necessita ou não, de forma a customizar o pacote de produtos e serviços. Isso foi citado nas entrevistas como essencial para que a instituição hospitalar pague somente

pelo que for necessário, diminuindo a ineficiência. “[...] não quero comprar nada mais do que aquilo que eu preciso.” (E3). Apesar da customização das soluções propostas, é importante a flexibilização do atendimento em casos de urgência ou necessidade como forma de fortalecer a parceria e aumentar a confiança. Essa afirmação coloca uma responsabilidade a mais para o fornecedor, isso porque a proposta foi construída de forma customizada aderente a necessidade da instituição, então possíveis problemas e urgências poderiam ser mapeados e considerados no processo de negociação.

Independente disso, o tema de flexibilidade dos fornecedores seja comercial ou operacional foi considerada como aspecto essencial para o desenvolvimento de uma parceria duradoura com a instituição e que cria valor. Nesse sentido, flexibilização dos acordos de nível de serviço para atendimento de urgências, ajustes de prazo de entrega de forma a auxiliar na gestão de estoque do cliente. Mais um item foi a flexibilização nas propostas e pacotes de produtos e serviços. Esse último ponto apareceu de forma significativa para que o fornecedor possa atender à necessidade da instituição com que ela precisa e não com o que o fornecedor tem a oferecer. “Eu como cliente quero comprar aquilo realmente que eu vou usar [...] você não pode ter que comprar aquelas vendas casadas, que implica comprar um negócio e depois nós vamos ver.” (E3)

Interessante considerar a dualidade entre padronização que permite reduzir custos e a customização que permite atender melhor a instituição. E para isso foi apresentado o exemplo das caixas ortopédicas que são padronizadas para atender toda e qualquer necessidade no ato cirúrgico, porém, causa um grande problema no pós-cirúrgico, para entender o que foi utilizado. Como relatado, “sabe-se o que foi utilizado pelo o que desapareceu na caixa” (E5). Então a demora no fechamento da cirurgia causa uma ineficiência significativa no processo, que poderia ser resolvido pela customização de alguns dos itens nas caixas.

Existem formas diferentes de abordar os problemas que permitem gerar soluções e propostas mais flexibilizadas de forma a atender melhor às necessidades dos clientes, com um custo mais atrativo dentro do que é necessário, ao contrário do cenário comum de propostas prontas dentro de um pacote. Por exemplo, quando uma empresa cria e adapta um produto de forma a atender exclusivamente a instituição, indo muito além do esperado. Esta situação pode ser ilustrada pelo exemplo de um produto implantado em um paciente que apresentou problemas, a empresa fornecedora, de forma proativa, internou novamente o paciente, resolvendo a situação sem ônus para nenhuma das partes. Esse algo a mais, fora do escopo normal que é visto como gerador de

muito valor: “Olha, quebrou o equipamento aqui da instituição. Você consegue me disponibilizar o teu equipamento? ‘a gente vai se virar. Vamos ver’. E às vezes a gente consegue realmente isso.” (E2).

A parceria foi uma constante entre os entrevistados, eles entendem que o fornecedor parceiro é aquele que auxilia na resolução de problemas, está presente nos maus momentos e, por isso, é lembrado em um processo de decisão. Além disso, troca de informações e integração na rotina do hospital só tem a contribuir para melhorar a relação entre esses atores do mercado. O entrevistado 1 cita inclusive que os fornecedores são utilizados como fonte de informação de mercado.

Durante as entrevistas foi possível verificar que a colaboração abrange desde a troca de informações e ferramentas entre o fornecedor e a instituição hospitalar de forma a melhorar a eficiência logística e de estoque; passando por troca de informações e boas práticas dentro do mercado e entre hospitais para melhorar a eficiência da cadeia; até modelos colaborativos entre fornecedores de forma a melhor atender o mercado. Se analisarmos em relação ao modelo DART de Prahalad e Ramaswamy (2004) quanto a cocriação é possível perceber três dos pilares: acesso a informação, diálogo com clientes e transparência. Nesse sentido, a colaboração apresentada como algo bastante positivo é uma base para a cocriação de valor, onde fornecedores e clientes interagem de forma a criar conexões entre os pilares do modelo, como por exemplo, acesso a informação e diálogo com cliente; ou ainda acesso a informação e transparência.

Há ainda a possibilidade de colaboração mais estratégica entre fornecedores e a instituição hospitalar de forma a atingir resultados melhores em conjunto, como por exemplo, o objetivo do hospital em atingir a marca de 1.000 procedimentos cardiológicos, onde ambos investem de forma a garantir ganhos para ambas as partes.

Portanto, a instituição valoriza uma abordagem mais cooperativa e compartilhada, e deseja construir parcerias com os fornecedores para poder enfrentar os desafios de mercado que vislumbra.

O tema de *compliance*, que significa estar em conformidade com as regras, também abrange aspectos como a transparência e a ética, apareceu como ponto relevante para percepção de criação de valor. O *compliance* é visto como algo proveniente do amadurecimento das relações entre empresas e sociedade e que alguns fornecedores já estão iniciando como uma forma de

ver o mercado como interações diferenciadas para melhorar sua qualidade e eficiência. As relações entre fornecedores e clientes estão mudando por uma pressão da sociedade e do próprio setor. “[...] Você tem um histórico bastante perverso, e só que isso acabou. Isso, você tem hoje uma pressão do mercado, da sociedade e de hospital também para que você tenha regras bastante claras. Então isso é muito positivo [...]” (E5).

Por fim, a transparência aliada à presença e proximidade do fornecedor como fonte de construção de uma parceria de longo prazo. A separação da parte comercial dos serviços e soluções agregadas é ainda mais bem vista, pois reduz o conflito de interesse.

A dualidade entre preço ou custo e qualidade ou valor percebido também foi citado pelos entrevistados como algo relevante. O balanço adequado como diferencial competitivo das empresas fornecedoras é apontado. Cita-se que só existem três alternativas estratégicas: custo/preço; exclusividade de tecnologia e produto; ou serviços e valor agregado. Nessa temática, propostas em que são compartilhados riscos entre hospital e fornecedor, agregam muito valor, sendo também diferenciais competitivos, pois descola da variável preço. Em um mercado onde os produtos caminham para a comoditização é necessária a diferenciação para ser competitivo. E os serviços agregados pesam na tomada de decisão e geralmente é o que desempata uma disputa, quanto demais condições se assemelham.

Apesar disso, existe também a percepção que atualmente a competição ainda está muito no preço, sendo assim a percepção do valor agregado acaba ficando em segundo plano, pois no momento ainda se discute muito as relações e *compliance* entre os atores do mercado e que a qualidade e valor agregado seriam os próximos pontos de discussão.

[...] a competição hoje está muito em preço, preço e preço. E aí você corre o risco de eventualmente os agregados de qualidade não importar. [...] Então assim, é por isso que eu acho assim, à medida que você resolve compliance, você vai caminhar para a discussão de qualidade. (E5)

Assim, é possível que no momento atual o mercado da saúde no Brasil ainda não esteja buscando qualidade e valor agregado, porque ainda não superou um estágio anterior que demanda aspectos mais elementares para o negócio.

Sendo assim, a percepção de criação de valor passa por muitas vertentes dentro do universo do hospital, se destacando a expectativa da instituição por meio do desejo de seus gestores de

aumentar o nível de parcerias com os fornecedores, de forma transparente e ética, com troca de informações para melhorar o mercado de saúde e reduzir o custo da cadeia.

4.3 Percepção de Destruição de Valor

Essa seção traz a interpretação do pesquisador quanto a percepção de destruição de valor por parte dos fornecedores, podendo inclusive levar à substituição de fornecedor, utilizando para isso informações apresentadas pelos entrevistados.

O que mais se destacou nas entrevistas como fatores de destruição de valor no relacionamento entre fornecedor e cliente foram falhas e problemas no atendimento. Falhas na entrega e reposição sem alinhamento prévio causa problemas na cadeia como um todo podendo gerar desabastecimento que coloca em risco o atendimento e refletindo diretamente no bem-estar do paciente.

Os entrevistados apresentaram não ser possível contar que os acordos de nível de serviço sejam cumpridos, sendo necessário o acompanhamento dos fornecedores para que o nível de serviço seja entregue dentro de um mínimo aceitável e conforme negociado e acordado. Relatam também que apesar de alguns fornecedores serem proativos quanto a identificação de necessidade, conforme colocado anteriormente neste documento, a maioria não está preparada para atender o nível identificado, sendo necessário um direcionamento do que a instituição precisa, ou ainda a abertura de chamados para a resolução de problemas. Nesse sentido, utilizam muito do aprendizado na relação com os fornecedores para melhorarem a experiência e dessa forma direcionar a qualidade do atendimento ou buscar a substituição de fornecedores quando necessário. “[...] já temos isso elaborado no escopo. Ah, hoje ele funciona bem. E se a gente mudar de fornecedor? [...] Então quem tiver essas qualificações vai nos atender.” (E4).

Nesse sentido a troca de fornecedores ocorre muito em virtude de problemas causados pelas próprias empresas na operação do hospital, tanto que a BP avalia o fornecedor pelo seu desempenho independente da marca que carrega, tanto que é citada crença de que alguns hospitais de alto padrão colocam a marca como um dos aspectos de escolha de fornecedores, mas que isso não acontece na BP. “[...] qual que é a visão do hospital top? É a marca. Então, e para a gente não é só questão de marca. E eu tenho outras que substituem plenamente a questão de qualidade.” (E4).

A instabilidade do mercado brasileiro fazendo com que as empresas reduzam custos e, por isso, caiam em nível de atendimento é um problema importante pois a instituição se vê obrigada a desenvolver fornecedores que consigam atender a demanda, algo que entende não ser de sua responsabilidade. Além disso, os altos custos de manutenção da maioria dos fornecedores de equipamentos são percebidos como destruição de valor.

A falta de flexibilidade no atendimento e em situações de urgência de forma a mitigar problemas do hospital também impacta na percepção de qualidade dos fornecedores e é visto como algo que pode direcionar a sua substituição.

Detalhes simples como a falta de cuidado com os processos no preenchimento de uma nota fiscal, por exemplo, pode impactar o recebimento de materiais e destruir valor. “[...] ele agiliza a entrega, mas muitas vezes ele entrega a nota errado. Então, a velocidade é inimiga da perfeição nesses casos. Então, você vê que na tratativa muitas vezes do que eu tenho de divergência no recebimento, ele é muito mais demorado” (E7). Ainda nesse sentido, educação continuada da equipe comercial das empresas é extremamente relevante para evitar que comportamentos inadequados que comprometam e afetem o relacionamento do fornecedor com a instituição hospitalar.

A dualidade de customização e padronização além de ser descrita na percepção de valor positiva, também aparece como negativa, uma vez que a alta customização aumenta os custos, enquanto a padronização permite a melhoria do planejamento e organização, mas diminui a flexibilidade. Sendo assim, a busca pelo balanço ideal precisa ser constante nos fornecedores. “[...] Modelo de saúde não consegue reduzir custos se ele for personalizado médico a médico, paciente a paciente.” (E6).

A percepção de estar preso a um fornecedor que tem desempenho abaixo do esperado influenciou na percepção de valor de alguns cenários como os de comodato e aluguel, uma vez que entendiam que esses modelos além de prenderem o hospital a um contrato, diminuem a liberdade de escolha e acarretam o aumento de custo devido os insumos serem mais caros.

Ainda nessa questão do modelo atual, o poder de decisão está na mão do médico, que é o usuário e tem formação para avaliação clínica do produto, porém, não tem formação operacional para entender se atende a instituição, e isso faz com que se tenha um quadro de fornecedores muito fraturado e com baixo vínculo com a instituição. Apesar disso, entende-se que o modelo atual está esgotado e a tendência é que ocorra uma melhoria significativa.

Quanto a habilidade de os fornecedores em identificarem as necessidades dos hospitais, existe uma diferença grande no mercado onde alguns fornecedores conseguem identificar as necessidades dos hospitais, mas outros não. Apesar disso, percebe-se que a busca por áreas de apoio como a logística ocorre somente para resolver problemas do próprio fornecedor e não para ajudar de fato o hospital. Ainda nesse sentido, a identificação de necessidades é limitada, e quando ocorre, falha-se na execução, sendo necessário maior proximidade e presença nos hospitais.

Nesse sentido, muito da percepção de destruição de valor está ligada a aspectos de relacionamento entre fornecedores e tomadores de decisão. Além disso, um foco apenas para a venda de um produto ou a busca de necessidades do hospital, que enderecem apenas problemas inerentes a relação com aquele fornecedor, são vistos como desfavoráveis em um momento em que a instituição relata buscar parceiros de longo prazo.

4.4 Níveis de Servitização e a percepção de valor

Essa seção envolve situações onde a servitização se apresenta como ferramenta potencial para a criação de valor. Considerando o contexto dessa temática, são apresentados cenários que foram desenhados para corresponderem a diferentes níveis de servitização e foram usados para capturar a percepção de valor da instituição por meio de seus gestores.

4.4.1 Cenário 1 – Manutenção de equipamentos

O cenário 1 é o primeiro nível de servitização orientada a produto onde se relaciona o serviço com o produto. Considerava a manutenção de equipamentos hospitalares sendo realizada pelo próprio fornecedor.

Esse cenário foi avaliado de forma positiva por todos os entrevistados e que o valor foi percebido mais ligado à transação que ao uso. Isso ocorreu pela percepção de que o fornecedor detém a expertise quanto ao equipamento e, por esse motivo, poderia entregar o melhor serviço, porém, existiu uma preocupação com o custo, uma vez que a percepção é que teria um preço mais alto que se realizado por um terceiro ou internamente.

O entrevistado 3 coloca que esse modelo é ideal, mas que são analisados caso a caso dependendo do equipamento, isso porque são avaliados os riscos da não manutenção, contingência, ou se pode ser realizado por outra empresa. O entrevistado 4 defende que o

fornecedor do equipamento deve oferecer a manutenção e que a proposta da manutenção já é avaliada durante a negociação do equipamento e faz parte do processo de decisão. O entrevistado 5 coloca que uma boa manutenção respalda a escolha de um fornecedor, isso porque é necessária uma relação de confiança, uma vez que ao adquirir um equipamento cria-se uma relação por um longo período. Esse modelo não se aplica para qualquer tipo de dispositivo médico, sendo mais direcionado para fornecedores de instrumentais reutilizáveis e equipamentos, mas não para os descartáveis.

Entende-se que equipamentos muito especializados requerem mão de obra especializada que precisa ser executada ou direcionada pelo fornecedor. Segundo Payne et al. (2008), se o fornecedor quer ser mais competitivo, precisa desenvolver capacidades que sejam relevantes para o cliente. Nesse sentido, a manutenção dos equipamentos pelo próprio fornecedor é tida como padrão mínimo.

4.4.2 Cenário 2 – Serviço de Consultoria ou Treinamento

Segundo nível de servitização ainda orientada a produto, considera um serviço agregado de consultoria ou treinamento na metodologia *lean* para alguma área do hospital atrelado ao uso de produtos da empresa.

Esse cenário foi percebido como criando valor pela a maioria dos entrevistados, com valor no uso. Um indicativo para esse resultado é que todos os entrevistados associaram esse tipo de suporte como uma forma de melhoria de processos, especialmente em casos de hospitais em desenvolvimento ou em transição.

Destaca-se nesse cenário a percepção do entrevistado 3 tanto como positiva quanto negativa. Isso porque o entrevistado entende que, apesar de muito positiva a iniciativa e os resultados advindos dela, é necessária uma maturidade da cadeia, para que os serviços agregados oferecidos não venham a ferir o código de *compliance* da instituição, sem conflito de interesses. O entrevistado 7 entende que geraria satisfação pela melhoria de processo e ainda sem impacto aparente adicional de custo.

Outras ressalvas quanto a esse cenário foram quanto à necessidade de uma adaptação de linguagem para os diferentes stakeholders e principalmente em ser um programa mais abrangente, envolvendo mais áreas e de forma mais ampla, fomentando iniciativas futuras pela própria instituição, além de permitir uma visão sistêmica dos processos. Sendo assim, o

entrevistado 5 reforça que só vê como atrativa se ocorrer uma transferência das capacidades da metodologia, possibilitando ser internalizada pelo hospital.

4.4.3 Cenário 3 – Pacote de Produtos

O terceiro nível de servitização orientado a produto é um cenário que envolve um pacote de produtos onde o preço de 2 ou 3 linhas de produto juntas é mais barato que as linhas sendo vendidas separadamente. Vale ressaltar que o modelo da literatura em se baseou o cenário prevê que o pacote pode envolver também serviços junto com produtos, ou somente serviços.

A maioria dos entrevistados teve uma percepção de criação de valor, com valor na transação. Um indicativo para o resultado positivo e também quanto ao valor na transação foi o sentimento de economia financeira que o próprio cenário sugere. O entrevistado 7 apresenta percepção de criação e destruição de valor. Isso porque apesar de entender que pode permitir uma boa negociação de preço, pode impactar o inventário e nível de estoque. Sendo assim, a condicional para o cenário seria não existir volume atrelado a proposta, caso contrário pode fazer com que o hospital se estoque de um dos itens que crie um problema de estocagem e de armazenagem que não existia. Esse ponto também foi levantado pelo entrevistado 5 quanto a cesta de produtos e volumes atrelados. Este modelo acaba por ser mais adequado para produtos de menor valor transacional e de uso de rotina, não sendo adequado para equipamentos.

Com exceção desse comentário, no geral foi avaliado de forma bastante positiva como uma situação ganha-ganha, onde aumenta o poder de barganha do hospital na negociação, enquanto o fornecedor aumenta o volume de vendas e ainda pode trabalhar com as margens de lucratividade dentro do mix de produtos e serviços.

4.4.4 Cenário 4 – Fornecimento de Partes para Construção de Kits

O quarto cenário é ainda orientada a produto. Se refere ao fornecedor entregar itens separados para que o próprio hospital possa combiná-los a fim de formar kits customizados.

O cenário em geral foi avaliado de forma positiva em sua maioria, com valor no uso. Isso sugere que uma possível customização com kits e com as peças em separado podem melhor atender o hospital quanto às necessidades e ao uso nas rotinas.

Quanto à percepção de criação de valor, os comentários mais relevantes sugerem uma maior flexibilidade de uso, podendo utilizar os kits e as peças em separado, evitando precisar abrir

“kits prontos” com peças sobrando sem uso. Apesar disso, uma preocupação recorrente foi por aumentar a dificuldade na gestão da instituição, pois aumentaria o portfólio de itens a serem controlados. O entrevistado 3 vai além, sugerindo uma possível colaboração entre fornecedores mesmo concorrentes onde cada um poderia se especializar em uma das partes para composição do produto final.

Uma percepção de destruição de valor foi levantada pelo entrevistado 6 que reforçou a necessidade de profundo conhecimento técnico sobre os produtos e as partes de forma a garantir a qualidade do resultado final. Entende que o poder de avaliação não é bom quanto a evidências de que essa construção de kits atenda a qualidade. Sendo assim, modelos colaborativos, com a cocriação desses kits, poderia combinar a necessidade da instituição com a expertise do fornecedor de forma a ter um produto final de qualidade. Isso pode criar mais complexidade na relação cliente-fornecedor, mas da mesma forma aumenta a demanda pela expertise do fornecedor em relação as atividades do hospital.

4.4.5 Cenário 5 – Aluguel ou Comodato de Equipamento para Uso Exclusivo

O próximo nível de servitização é orientado ao uso, e esse quinto cenário se refere ao comodato de um equipamento com o pagamento mensal, seja por meio de insumos ou serviço, para uso exclusivo no hospital.

A percepção desse cenário foi dividida entre criação e destruição de valor, mais voltado para valor na troca. Um ponto importante que apareceu nas entrevistas foi a dualidade entre a não necessidade de investimento, mas com uma percepção de aumento no custo, especialmente dos insumos.

Quanto aos aspectos positivos do cenário se destacam a não obsolescência do equipamento, já que a responsabilidade de renovação, atualização ou substituição passa a ser do fornecedor. Além disso, o entrevistado 3 coloca que o risco passa a ser compartilhado já que é de interesse de ambas as partes que o equipamento permaneça funcionando, ficando a empresa mais atenta a rotina do hospital. Por fim, em geral não ocorre custos quanto a manutenção do equipamento.

Em geral, os entrevistados colocam que para uma instituição como a BP com capacidade financeira, a compra acaba sendo a melhor opção já que existem alternativas como importação direta, e ainda mais pela instituição ser filantrópica, existem uma série de benefícios fiscais para

aquisição. Mas, o ponto principal que apareceu em quase todos os entrevistados foi a necessidade de analisar caso a caso, realizando estudo de viabilidade técnico-financeira.

4.4.6 Cenário 6 – Aluguel de Equipamento por Curto Período

O sexto cenário se refere a servitização orientada ao uso e é um aluguel de um equipamento por um curto período de tempo e que será devolvido para o fornecedor após esse período, sendo uma torre de vídeo utilizada como exemplo.

Os entrevistados divergiram nesse cenário e os resultados sugerem uma dualidade entre a viabilidade financeira do modelo reagindo com desconfiança e, do outro lado, como algo interessante para situações pontuais.

Aqueles que citaram aspectos positivos colocam a questão da sazonalidade como um fator importante de aderência ao cenário. Isso porque em eventuais picos de demanda, em casos de contingência, para que não sejam perdidos procedimentos e que os pacientes possam ser atendidos de forma efetiva, esse modelo se encaixa bem. Essas justificativas também se encaixam bem na percepção de valor em uso.

Quanto a visão negativa, o entrevistado 3 entende não ser um bom negócio para uma instituição grande como a BP, pois com poucos meses de aluguel de um equipamento pode ser possível a aquisição, então esse modelo entra como algo paliativo. Nesse sentido, o entrevistado apresenta apenas uma visão transacional desse modelo, o que não traduz os possíveis benefícios que pode trazer como não ter a necessidade de investimentos, a obsolescência dos equipamentos num ambiente de altas mudanças tecnológicas e colocar esse como um custo variável da operação. Já o entrevistado 4 relata uma percepção de preços mais altos, não só do aluguel, mas também dos insumos, e que além do maior valor pode restringir o uso do insumo de outros fornecedores, reduzindo a liberdade de escolha da instituição.

Esse modelo de negócio junto com o proposto pelo cenário 5 não mudam muito a relação entre o fornecedor e hospital quanto a forma de gastos, apenas alterar-se-ia a posse do bem. Nesse sentido, questões de confiança e baixa flexibilidade pode também ter contribuído para a avaliação. Apesar disso, entende-se que podem ser modelos atrativos por serem de fácil implantação, em geral não requerem elevados investimentos iniciais.

4.4.7 Cenário 7 – Aluguel de Ferramenta Online de Gerenciamento de Dados

O sétimo cenário ainda como servitização orientada ao uso trata do aluguel de uma ferramenta online para o gerenciamento de dados compartilhada por vários hospitais que a utilizam ao mesmo tempo, sendo pago por uso, seja hora, mês ou relatório gerado. Um ponto importante que foi alertado aos entrevistados é que não necessariamente as informações são compartilhadas, mas sim a ferramenta.

Alguns entrevistados preferiram não responder, uma possibilidade é que as abstenções podem ser explicadas pelo modelo ser disruptivo o que inibe uma resposta ou ainda por não ter conhecimento de que tal modelo é utilizado ou não na BP. Além disso, os entrevistados colocaram como de extrema importância o uso de informação em benefício do hospital.

Apesar de o cenário ter sido construído considerando apenas o compartilhamento de um produto ou ferramenta, os três entrevistados com percepção positiva ressaltaram que o modelo poderia ser mais colaborativo ao invés de competitivo, trocando informações, boas práticas por meio de indicadores de forma a melhorar o mercado como um todo. O entrevistado 5 vai além, trazendo a possibilidade de compartilhamento de recursos entre hospitais para que juntos pudessem ter uma gestão financeira mais eficiente, e para isso citou o exemplo de São Paulo ser uma das cidades com o maior número de equipamentos para realizar ressonâncias no mundo, sendo que muitas possivelmente são subutilizadas. Segundo Prahalad e Ramaswamy (2004), muitas empresas não conseguem utilizar a nova estrutura de cocriação, pois desafia os papéis tradicionais de empresa e consumidor, e se considerarmos os modelos colaborativos com o mercado e até mesmo concorrentes, entende-se porque é desafiador cocriar nessa nova estrutura.

Ainda nesse sentido, ressalta-se que a ferramenta online seria apenas um meio para se obter o resultado, afirmação que exemplifica a base da servitização. Já o entrevistado 6 coloca que esse poderia ser um modelo interessante para ferramentas únicas e especializadas como o Watson da IBM. Além disso, estimula os fornecedores a pensar em forma inovadoras de vender sistemas que ajudem os hospitais a analisar seus bancos de dados, pois muitas vezes eles não sabem como utilizar a informações que possuem.

4.4.8 Cenário 8 – Terceirização de Serviços

O oitavo nível de servitização agora orientada a resultado é um cenário que se refere a terceirização de serviços próprios do hospital, e como exemplos foram citadas a central de materiais e esterilização (CME) e a lavanderia.

Os entrevistados divergiram em opinião e essa divisão pode ser explicada por terem citado que esse tema de terceirização ser visto com resistência dentro da instituição BP por alguns gestores.

Entre as percepções positivas quando a esse modelo estão a especialização que permite ganho de eficiência, redução na complexidade de gestão, para que o hospital possa direcionar esforços para áreas que são foco. Outro ponto citado foi que uma empresa externa ficaria mais fácil cobrar os acordos de nível de serviço e a produtividade, reduzindo as influências entre os diferentes setores do hospital. Uma ressalva seria a necessidade de equipe de gestão da instituição acompanhando e gerenciando o serviço, de forma que os objetivos sejam cumpridos.

Porém, alguns entrevistados colocaram que apesar de o serviço parecer interessante, para hospitais com filantropia como a BP não se justifica, já que o custo de mão de obra é mais baixo se comparado com outras empresas, isso devido a isenção de diversos impostos como PIS, COFINS e INSS patronal. Isso demonstra uma visão mais transacional, não considerando o custo da governança na composição da avaliação. Outro ponto ressaltado pelo entrevistado 1 são as particularidades e especificidades da instituição, e que fornecedores terceirizados precisariam realizar um mapeamento profundo dos microprocessos de forma a atender de forma efetiva.

4.4.9 Cenário 9 – Pagamento por Hora de Uso de Equipamento

O nono e penúltimo nível de servitização orientada a resultado e cenário é a instalação de um equipamento no hospital em que o pagamento se dá por hora de uso ou por exame realizado, por exemplo, em um equipamento de ressonância.

Os entrevistados também tiveram opiniões diversas quanto a esse cenário e isso pode ter vindo dualidade de visão entre o custo por exame ser possivelmente maior, ou o benefício operacional de ter o custo somente quando o equipamento for utilizado.

O entrevistado 4 coloca de forma interessante que o custo estando ligado ao uso ou exame força o hospital a padronizar e organizar melhor a agenda de forma a otimizar o uso. Isso indica que

os modelos de servitização poderiam forçar organizações a maior nível de organização e maior transparência e isso talvez implique numa revolução nas práticas de gestão. Já outros entrevistados veem o modelo com desconfiança, considerando um bom modelo para hospitais menores com baixa capacidade de investimento. Para grandes instituições, que possuem giro de pacientes, a percepção é que comprando o custo por exame será menor. Por fim, o entrevistado 1 reforça que a instalação de grandes equipamentos requer grandes investimentos em área e estrutura, mesmo não investindo no equipamento.

Um ponto interessante é que este modelo de alto nível de servitização e que descola do modelo tradicional da troca por produto não teve uma percepção de criação de valor alta. Uma possível explicação seria a desconfiança dos entrevistados de como o modelo poderia ser rentável para o fornecedor, ou seja, condicionaria maior custo para o usuário. Além disso, essa ruptura com a lógica de produto pelo maior grau de serviços agregados demonstra que a percepção de valor dos clientes não apresenta uma relação linear com o nível de servitização.

4.4.10 Cenário 10 – Pagamento por Desempenho

O décimo e último nível de servitização orientada a resultado e cenário se refere ao pagamento de um serviço por desempenho ou resultado, então o exemplo é um dispositivo médico como um cateter de ablação para arritmia cardíaca e que será cobrado apenas se atingir o resultado esperado que é a cura da doença. Um ponto importante é que foi descrito aos entrevistados que poderia ser cobrado um valor mínimo e caso entregasse o resultado, um valor complementar.

Este cenário apresenta percepção de criação de valor elevada. Esse resultado sugere que o modelo é atrativo, especialmente pelo apelo de garantir o resultado proposto. Alguns entrevistados colocam esse como um modelo do futuro, que o mercado caminha para isso, mas segundo o entrevistado 4 ainda está distante da realidade. Ressaltam como positivo observar o resultado no paciente, indo além do produto em si, sendo ele apenas uma ferramenta. Além disso, ocorre o compartilhamento de riscos entre o hospital e o fornecedor, sendo uma importante forma de reduzir custos na cadeia.

Foi citado que o modelo permite que a empresa prove as afirmações e reivindicações técnicas, podendo servir como ferramenta de tomada de decisão entre diferentes produtos, reduzindo a influência do médico quanto a escolha de um fornecedor, ajudando o mercado no campo da ética e *compliance*. Mas, um ponto que o entrevistado 6 reforça como importante a ser adicionado é a avaliação da indicação correta, de forma a tornar o modelo ainda mais eficiente.

Por colocar o paciente como foco, no centro do tratamento, pagamento ocorrer por desempenho, com compartilhamento de riscos, alguns entrevistados fizeram referência ao *Value-Based Care*, do Porter, que tem sido discutido amplamente no mercado da saúde, e pelo relato dos entrevistados este pode ser o modelo do futuro, ajudando na redução de custos na cadeia, e direcionando os atores do mercado a colocar a saúde do paciente como foco principal.

Observando os diferentes entrevistados e considerando que alguns exercem funções mais operacionais, enquanto outros têm atuação mais estratégica, foi possível identificar diferenças significativas nas respostas. Em geral, quando não houve entendimento do cenário e o entrevistado preferiu não responder ou não relatou percepção de criação ou destruição de valor, essas respostas estavam mais concentradas em gestores de funções mais operacionais. Os gestores mais estratégicos tiveram mais facilidade para entender os diferentes níveis e estiveram mais à vontade para opinar e questionar sobre o cenário, aprovando ou não.

Quando considerados o valor em uso e valor na transação, dados sugerem que gestores de áreas mais operacionais, como planejamento e suprimentos tiveram percepções quanto ao valor mais ligadas a transação. Já os gestores de áreas mais assistenciais, ligadas ao paciente e, consequentemente mais ligadas ao uso dos materiais médicos, tiveram percepções mais de valor em uso. Por fim, a engenharia clínica, que durante o processo de entrevistas foi possível perceber que funciona como uma interface entre as áreas assistenciais e a área operacional, obteve um resultado dividido dentro dos cenários. Vargo et al. (2008) coloca que o valor em uso está ligado a utilização de um produto ou serviço (áreas assistenciais), enquanto o valor na transação ocorre quando há a transferência de posse do produto ou serviço (áreas operacionais responsáveis por compras e logística).

Considerando essa diferença entre gestores operacionais e estratégicos, podemos inferir que gestores operacionais podem ser mais receosos em correr riscos, tendo uma visão mais de curto prazo, da rotina hospitalar. “Esse (cenário) eu não saberia te dizer. Eu não tenho [...] situações para [...] para poder validar” (E4, inserção do autor).

Já os gestores mais estratégicos têm uma visão mais ampla do negócio, pensam mais a médio e longo prazo, buscando alternativas, discutindo e criticando os cenários: “Poderia agregar a indicação correta [...] Isso é agregar um valor. Puxa, mas é o médico. Vai questionar? Vai questionar sim. Porque o médico não é o senhor do conhecimento. O senhor do conhecimento é o que tem de evidência científica [...]” (E6).

5 DISCUSSÃO

Esse estudo teve por finalidade buscar compreender a percepção de valor pela servitização, por meio da análise do fornecimento de dispositivos médicos. Neste sentido, foi analisado como a oferta de serviços pode ter um impacto na percepção de valor e como o aumento no nível de servitização e sua conseqüente complexidade no processo de tomada de decisão do cliente dificulta sua implantação ou aceitação.

5.1 Serviços agregados como potencial de diferenciação

Os fornecedores têm buscado na servitização uma nova forma de ver o mercado e agregar valor a seus clientes. A relação entre fornecedor e cliente varia grandemente, porém percebe-se que os clientes esperam que suas necessidades sejam identificadas e conseqüentemente atendidas. Apesar da crença que nem todos os fornecedores estão capacitados para identificar as “dores” do cliente, muitos já buscam de forma genuína entender quais são as necessidades de forma a propor soluções que consiga entregar o que o cliente precisa.

Nesse sentido, é possível que exista ainda ineficiências no processo, uma vez que fornecedores buscam como forma de diferenciação, agregar valor em suas propostas. Porém, não necessariamente isso está alinhado às necessidades do cliente, dificultando a percepção de valor, já que este pode concluir que a proposta ou solução é muito boa, porém, ultrapassa o que é necessário e por esse motivo traz um custo que ele não está disposto a pagar. Portanto, é necessário que os fornecedores identifiquem as necessidades reais do cliente e customizem suas soluções de forma a atender o que o cliente necessita, sem serviços que o cliente não percebe valor. Uma vez que a criação de valor é relativa ao cliente e ocorre ao longo da sua experiência de consumo (Grönroos, 2011), o atendimento de necessidades é tema central para a percepção de valor.

A identificação de necessidades deve se estender ao pós-venda e por todo o uso do produto ou serviço, isso porque o valor é criado não pela troca, mas pelo uso. O nível de serviço percebido impacta na imagem do fornecedor e influencia na continuidade do relacionamento fornecedor-cliente. Inclusive as falhas recorrentes e problemas no atendimento de rotina são relatadas pelos entrevistados como uma das principais formas de destruição de valor. Payne et al. (2008) destacam que o processo de criação de valor ocorre quando o cliente consome, ou usa, um produto ou serviço e não durante sua produção, ou seja, o valor está no uso, além disso, a percepção de valor é de interesse do processo relacional da solução (Macdonald,

Kleinaltenkamp e Wilson, 2016). Nesse sentido, a forma que o cliente interage com a solução durante o uso é determinante para a percepção de valor, podendo impactar na relação comercial entre a instituição e o fornecedor, de forma a buscar pela substituição daqueles que não estão atendendo dentro de um limite mínimo aceitável. Sendo assim, caso o fornecedor não atenda os acordos de nível de serviço ele está destruindo valor, da mesma forma o cliente quando não está integrado, acompanhando e gerenciando a empresa fornecedora contribuindo para um prejuízo na relação comercial e conseqüentemente destruindo valor.

Nesse sentido, o entrevistado 3 cita o exemplo de que em momentos de crise as empresas muitas vezes precisam realizar uma escolha entre manter o corpo técnico ou comercial. E que muitos fornecedores optam com manter o time comercial em detrimento do técnico com a intenção de aumentar as suas vendas, porém, isso acaba por refletir negativamente na percepção da qualidade do atendimento, uma vez que o time de suporte técnico é quem acompanha o cliente no dia a dia, realizando o pós-venda, e também tem conhecimento para melhor identificar as necessidades dos clientes. Então, quando possível e for necessário realizar uma escolha, manter o corpo técnico pode garantir o atendimento dos clientes atuais e possibilitar que a relação se mantenha saudável, inclusive para negociações futuras.

A identificação das necessidades dos clientes e a busca por soluções deve ocorrer dentro da parceria, ou seja, é um processo de construção compartilhado, ou seja, cocriado pelas partes. Segundo Prahalad e Ramaswamy (2004), consumidores fornecem feedback, exigindo mudanças de fornecedores, que por sua vez criam propostas de valor superiores.

A cocriação é uma forma bastante robusta de aumentar a percepção de criação de valor, especialmente em processos de servitização, quando ambas as partes se unem de forma a criar valor. Para que isso ocorra é necessário a construção de confiança mútua, de forma a trocar informações relevantes suficientes para que possam cocriar. Nesse sentido, alguns exemplos foram citados, como o desenvolvimento de sistemas integrados, permitindo que o fornecedor auxilie na análise de estoque, disparando pedidos, reduzindo o volume de estoque parado, aumentando a rentabilidade e reduzindo os custos do hospital.

Se considerarmos os antecedentes da confiança e do comprometimento descritos por Morgan e Hunt (1994), podemos considerar que para a cocriação se observa os benefícios advindos da relação, uma vez que ambos buscam colaborar para agregar valor; uma comunicação clara alinhando percepções; e um comportamento oportunista no sentido de aproveitarem as

oportunidades para benefício mútuo. Ainda no mesmo sentido, a teoria dos contratos relacionais (MacNeil, 2000), cita que toda transação é envolvida de relações complexas, e que são necessários: uma comunicação compreensível para ambas as partes, que cada um entenda o seu papel, e que exista um sistema de garantias de cumprimento dos acordos. Nesse sentido, uma relação de confiança para a cocriação precisa que os participantes se comuniquem de forma a entender o que cada um necessita fazer alinhando possível desentendimentos, com transparência (Prahalad e Ramaswamy, 2004) e que ambos se sintam seguros que a outra parte irá cumprir com a sua obrigação, seja por meio de um contrato formal ou de um contrato social construído pelo relacionamento, de forma que no fim todos se beneficiem.

5.2 Flexibilização e Padronização

Outro ponto bastante relevante que é percebido como de alto valor agregado é a flexibilidade de processos e de modelos comerciais. Sendo assim, seja na entrega de forma mais recorrente, fracionamento de pedidos, recolhimento de embalagens, amplitude no horário de atendimento de manutenção, seja em propostas que permitem um ajuste mais adequado à necessidade do hospital inclusive com compartilhamento de riscos; essas são iniciativas de alto valor agregado na percepção da instituição. Nestes exemplos, o modelo de servitização se aproxima mais da orientação a produto, mas a cocriação pode ocorrer se existir confiança e cooperação entre as partes para melhor atender o cliente tendo a melhor experiência ao longo do processo. Macdonald, Kleinaltenkamp e Wilson (2016) cita que o valor em uso surge de uma solução que facilita ou dificulta o atingimento dos objetivos do consumidor, ou seja, quanto mais aderente ou customizada a necessidade própria dele, maior o valor.

Apesar do alto valor percebido na customização e flexibilização, também é necessário considerar que se perde poder de diluição de custos de forma a atender as particularidades, aumentando os custos para o fornecedor e, conseqüentemente, para a instituição onerando a cadeia. Nesse sentido, é necessário certo grau de padronização que melhora a previsibilidade e organização. Sendo assim, vê-se necessário a busca constante por um balanço, em que se pode ganhar com atendimento às necessidades do cliente por meio da flexibilidade, sem perder os benefícios da padronização. Ainda de acordo com a flexibilidade, Prahalad e Ramaswamy (2004) citam que a competição está centrada nas experiências de cocriação personalizadas resultando em valor que é realmente único para cada indivíduo. “[...] Modelo de saúde não consegue reduzir custos se ele for personalizado médico a médico, paciente a paciente.” (E6).

5.3 Empresas e a percepção de valor do cliente

Como já apresentado na seção de resultados, cita-se que só existem três alternativas competitivas para as empresas: preço; exclusividade de tecnologia e produto; serviços e valor agregado. Em um mercado como o de dispositivos e equipamentos médicos onde os produtos carregam alta tecnologia, em geral com alto nível de qualidade, além de um nivelamento quanto a atendimento, preço, pós-venda e *compliance*, entende-se que são as soluções com serviços agregados que criam um potencial competitivo, diferenciando fornecedores de seus concorrentes. Grönroos (2011) coloca que o fornecedor precisa desenvolver a sua capacidade de adicionar competências relevantes para o cliente, e essas capacidades de agregar valor que são diferenciais e sustentáveis sobre os concorrentes (Baines e Lightfoot, 2013).

Serviços de valor agregado, modelos de pagamento por desempenho, pacotes de oferta para aumentar a eficiência financeira e de processos, são percebidos como criando valor para o cliente e o mercado.

Aparece um questionamento sobre o papel das empresas em fornecer mais informações de como suas soluções agregam valor, tangibilizando, quantificando e monetizando se possível. Pois, em muitos casos o valor percebido não equaliza com a proposta financeira, levando a uma tomada de decisão desfavorável por entender que a solução ofertada tem o custo muito alto. O conceito de valor é relativamente abstrato e encontra dificuldades no entendimento dos impulsionadores do valor percebido pelo consumidor (Macdonald, Kleinaltenkamp & Wilson, 2016).

Ainda nesse sentido, é um desafio demonstrar o valor de um serviço agregado, ou seja, fazer com que o cliente perceba o valor de fato de um processo de servitização. Essa interpretação apareceu no cenário 2 – serviço de consultoria – com um dos entrevistados em que considerou esse cenário como um serviço de consultoria puro e não como algo relacionado a um produto. Isso descola da servitização que segundo Vandermerwe e Rada (1988), é vista como o processo de aumentar o valor pela adição de serviços a produtos, ou seja, é condicional que esteja ligada a produto. Nesse sentido, acredita-se na possibilidade de uma interpretação errada do cenário, uma vez que o exemplo utilizado para a construção do cenário não deixar muito claro a relação com o produto. Apesar disso, o que chama a atenção é que o cenário representaria um nível mais baixo de servitização – mais orientada a produto –, e comparando-o com a Figura 3 proveniente de Tukker (2004), pode-se verificar que o serviço estaria no outro extremo dentro

de uma escala partindo do produto, passando pelos diferentes níveis de sistema produto-serviço, e chegando até o serviço puro.

Nesse sentido, entende-se que é possível identificar como a criação ou destruição de valor pode ser decisivo na escolha por um fornecedor em detrimento de outro, e como a percepção da criação de valor pelo cliente é importante para a competitividade.

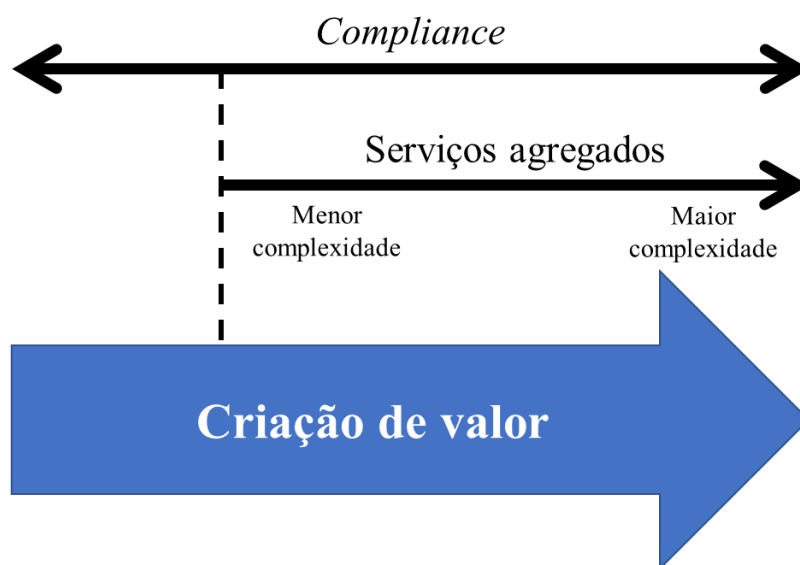
Foi relatado que o modelo atual do mercado da saúde, com venda de produtos com foco no procedimento – *fee for service*, ou pagamento por procedimento – gera muita ineficiência e está esgotado. Esse tipo de modelo permite que pacientes permaneçam mais tempo dentro da instituição hospitalar realizando procedimentos que poderiam ser evitados, dessa forma tem custos maiores, onerando mais as fontes pagadoras, que por sua vez repassam esse custo para os clientes desses planos de saúde. Isso gera uma grande ineficiência no sistema como um todo. “[...] Esse modelo se esgota agora. Não tem. Não tem mais como sobreviver isso.” (E6). Como o foco da cobrança está no procedimento, o médico tem grande influência na decisão do dispositivo ou produto médico a ser utilizado. Isso dá margem para problemas relativos a atendimento de necessidades, uma vez que os fornecedores gastam esforços para atender o profissional médico em detrimento da instituição, além de questões de *compliance*. O mercado caminha para um foco mais centrado no tratamento do paciente, com o médico perdendo força no processo decisório sobre fornecedores. Isso é positivo, uma vez que ele é capacitado para avaliação técnica, mas não quanto a aspectos operacionais e estratégicos. “[...] ele (o médico) tem que ter uma autonomia profissional no diagnóstico, no tratamento, na indicação. [...] Mas ele não foi feito para seleção de fornecedor.” (E5).

Além disso, os serviços agregados oferecidos devem ser observados para não ferir o código de *compliance* da instituição. “[...] fornecedor (oferecendo) consultoria desde que estejam claras essas expectativas dentro do nosso código de *compliance* interno.” (E3). Isso reforça uma preocupação ou desconfiança de quais seriam as segundas intenções do fornecedor em oferecer esse serviço agregado. Morgan e Hunt (1994) colocam que um dos precursores de uma relação de confiança são os valores compartilhados, ou seja, caso instituição hospitalar e o fornecedor tenham uma política de *compliance* alinhada do ponto de vista de valores, isso pode ajudar no reforço da relação. Além disso, a teoria dos contratos relacionais coloca em sua segunda proposição que para uma transação ser compreendida é necessário o entendimento de todos os elementos envolvidos na relação que podem afetar a transação de forma significativa (MacNeil, 2000). Isso se torna importante, pois caso a relação seja transparente e a comunicação seja

efetiva de forma a todos entenderem os elementos pertinentes da relação, possíveis desconfianças com relação a ofertas de serviços agregados podem ser minimizadas.

A Figura 4 abaixo mostra a ideia de que a criação de valor e a sua percepção aumentam conforme se aumenta a complexidade, no sentido de atender de forma mais customizada com serviços agregados os desejos e necessidades da instituição. Ainda nesse sentido, se vê necessária que a vertente do compliance, permeie toda o processo, uma vez que isso é visto como essencial na relação fornecedor-cliente. Ainda considerando esse aumento de complexidade, isso pode ocasionar uma maior dificuldade na compreensão por parte dos gestores, fazendo com que eles não consigam perceber o valor agregado e dessa forma destruindo valor. Sendo assim, apesar de entender que o aumento na complexidade pode determinar um aumento na percepção de criação de valor, o mesmo pode destruir valor dependendo do gestor e do contexto comercial.

Figura 4 - *Compliance* e serviços agregados na criação de valor



Fonte: Elaboração própria

5.4 Pagamento por desempenho e o Cuidado baseado em valor

A mudança que está em processo no mercado de saúde, saindo do modelo tradicional de pagamento por serviço ou procedimento, e caminhando para formas diferenciadas como o pagamento por desempenho de tratamento, deve fazer com que insumos, medicamentos e produtos médicos sejam vistos como meios para atingir o resultado clínico esperado dos

tratamentos. “[...] Qual que é o resultado que você espera de uma ressonância, de um exame de ressonância? É ter um diagnóstico ou assim, a ausência de uma patologia.” (E6).

O processo de mudança do mercado traz um enfoque maior na saúde da população como um todo, saindo da esfera da venda do produto, onde os atores da cadeia tendem a ter melhores resultados financeiros conforme melhora a saúde da população. Essa abordagem está ligada ao “*Triple Aim*” do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) que tem por objetivo otimizar o desempenho do sistema de saúde, e está apoiado em três pilares: experiência no cuidado, saúde da população e custo per capita (IHI, 2018). É importante atentar que o entrevistado 6 acredita que em um novo modelo no mercado de saúde quem mais tem a perder é a indústria do ponto de vista de lucratividade e para resolver isso é necessário buscar a eficiência. Isso é possível melhorando processos e serviço de forma mais próxima a instituição, com melhor alocação dos investimentos na prevenção de doenças e menos no tratamento. “[...] hoje dentro do nosso mercado quem ganha mais é a indústria que produz material, medicamentos. Ela é um dos principais perdedores, é o principal perdedor, na realidade. Então, vai ter um efeito negativo nela.” (E6).

Foi citado nas entrevistas que o sistema de saúde atual brasileiro beneficia muito os fornecedores. Ocorrendo um direcionamento em influenciar o interesse do médico com um foco maior na divulgação e promoção do que em evidências e pesquisas científicas. Outro ponto de crítica ao atual sistema é o foco no tratamento paliativo e não em uma abordagem que promova a saúde dos pacientes, é citado que que 80% dos gastos em saúde são nos últimos 2 anos de vida dos pacientes. Esse dado corrobora com o encontrado em Rodrigues e Afonso (2012), apresentando que os gastos per capita com os pacientes não sobreviventes representam o dobro dos gastos com indivíduos sobreviventes.

Corroborando a isso, surgiu nas entrevistas a informação que a compra de um equipamento para realização de exames era realizada a partir da decisão pela compra, e então era necessário aumentar o número de exames para viabilizar e pagar o investimento. Já hoje existe um foco estratégico na decisão por atingir um volume de exames e se para isso for necessário adquirir outro equipamento, então este é comprado. Quanto a esse exemplo, o interessante é que no primeiro momento em que o foco era comprar um equipamento para então se buscar pacientes para realizar exames obedece a lógica dominante do produto, que o propósito da transação econômica é fabricar e distribuir coisas que serão vendidas (Vargo, Maglio e Akaka, 2008). Já no segundo momento quando a decisão parte da necessidade de realizar exames, está aderente

a lógica dominante de serviço que coloca como central para todas as transações o serviço; e que todos os recursos, inclusive produtos, são agentes responsáveis por transmitir serviço para o cliente (Vargo & Lusch, 2004). Nesse sentido, a aquisição de um novo equipamento seria uma ferramenta de realizar mais exames.

Novos modelos, que priorizam o paciente, requerem uma quebra no modelo atual, e para isso é necessário a construção de uma relação de confiança entre os atores da cadeia, e isso se torna possível aproximando fornecedores, hospitais e planos de saúde buscando entender profundamente as suas necessidades e também as do paciente. Isso é possível pela compreensão dos elementos da relação entre as partes (MacNeil, 2000), pela comunicação efetiva, clara e a compreensão dos benefícios da relação (Morgan & Hunt, 1994), e pela transparência (Prahalad & Ramaswamy, 2004) de forma a construir confiança. Um modelo que busca justamente criar essa abordagem é o cuidado baseado em valor, proposto por Porter (2008). Para ele são quatro os princípios essenciais para a criação de um sistema de saúde com entrega de alto valor. Primeiro é colocar o valor como objetivo central e não a redução ou aumento de custos; segundo, organizar o cuidado do paciente de forma integrada para que valor seja criado (unidades de prática integrada (IPU)); terceiro, medir o valor e os resultados por todo o ciclo de cuidado e não de forma fragmentada ou em silos; e quarto, alinhar o reembolso e a remuneração dos atores com a criação de valor, ou seja, beneficiar mais os criadores de valor em detrimento dos destruidores de valor.

Ainda nessa temática, um dos entrevistados defende que o ganho financeiro dos atores da cadeia deveria estar diretamente ligado a melhoria na saúde da população, saindo da esfera do atendimento por procedimento de um paciente. Pacientes deveriam ser atendidos observando todo o ciclo de cuidado, com detecção precoce da doença e tratamento apropriado, trazendo benefícios, seja por uma redução nos custos no ciclo de vida do paciente, seja pela melhoria na sua qualidade de vida. A medida que pacientes são atendidos com foco no ciclo de cuidado, toda a população se beneficia. Ainda coloca como essencial a inclusão da indicação correta e real necessidade do procedimento a fim de evitar ineficiências. Porém, se nos basearmos nos pilares do cuidado baseado em valor como um modelo de pagamento por desempenho, essa preocupação sobre a indicação não se aplica, porque já está previsto de forma indireta a eficiência na cadeia de forma a ter o valor como objeto central, medindo e remunerando de acordo com a criação de valor. E é por conta dos pilares propostos que esse modelo está sendo discutido a alguns anos no mercado da saúde e vem ganhando forma como uma alternativa para ajudar na sustentabilidade do sistema.

Apesar de não ter sido possível identificar se na instituição estão sendo aplicados esses modelos diferenciados, alguns entrevistados afirmam ainda estão distantes de ocorrer no mercado de forma consistente. Essa resistência quanto a aplicabilidade de novos modelos pode estar ligada a necessidade de ruptura do modelo atual, o que gera insegurança. E para que isso ocorra de forma consistente, provendo a experiência de maior valor para o paciente, é necessário que todos os atores trabalhem de forma conjunta por meio da colaboração, transparência por meio de uma relação de confiança. E em virtude da necessidade da relação de confiança entre as partes, acredita-se que o modelo de cuidado baseado em valor não se aplicaria a todo o mercado, especialmente em um momento de transição que se vive no momento. O modelo de cuidado baseado em valor coloca o valor como objetivo central, com o paciente no centro da discussão e seu cuidado organizado de forma integrada. Isso é aderente a lógica dominante de serviço de Vargo & Lusch (2016) nas premissas 10 e 11 em que o valor é sempre determinado pelo beneficiário (o paciente), e que a cocriação de valor é coordenada pelas instituições e gerada por atores e arranjos organizacionais. Neste caso extremo (cenário 10), a oferta passa a estar na iminência da transição para ser um serviço puro, só não é pois ainda utiliza um produto para atingir um resultado. Para que este modelo ocorra, a adoção da lógica dominante de serviço é essencial, diferente dos modelos anteriores que podem ou não adotar tal posição, gerando mais ou menos valor. Neste caso é condição que os atores no sistema estejam integrados como um ecossistema de serviços e cocriando valor (Vargo & Lusch, 2016). A mudança de uma díade (fornecedor e hospital) para um ecossistema de serviços parece ser necessário neste cenário, pois o sucesso ocorre com todos cocriando valor pela integração de seus recursos, sejam eles médicos, hospitais, fontes pagadoras, governo, fornecedores, pacientes, familiares.

5.5 Níveis de servitização e a complexidade

Falando especificamente dos cenários, como já colocado anteriormente, eles foram criados a partir da teoria considerando diferentes níveis ou graus de servitização (Quadro 6). Sendo assim, partindo do produto puro, os níveis de servitização vão aumentando em grau de complexidade à medida que caminham em direção ao serviço puro. Essa complexidade crescente se refere especialmente para a tomada de decisão do cliente e não necessariamente quanto a operacionalização. Isso porque quanto mais se distancia de uma lógica dominante de produtos (*G-D logic*), maior a dificuldade na tomada de decisão já que ocorre uma ruptura com o modelo tradicional de transação envolvendo produto. Além disso, esse crescente pode não ser intuitivo para os clientes, uma vez que não obedece uma lógica linear, e passa pelos três grupos:

servitização orientada a produto (cenários 1 a 4), orientada ao uso (5 a 7) e orientada a resultado (8 a 10). Os cenários foram testados com produtos diferentes (equipamentos, insumos, produtos de uso rotineiro, entre outros), isso porque não faz sentido alguns modelos para determinados produtos. No caso de produtos de uso de rotina, parece que a adoção de um modelo orientado ao produto com serviços agregados pode gerar valor desde que seja desenvolvida uma confiança e colaboração entre os atores permitindo a cocriação de processos mais ágeis, muito aderente a perspectiva da lógica dominante de serviço (*S-D logic*). Já no caso de equipamentos com vida útil longa, um modelo orientado para resultado traz oportunidades de grande geração de valor ao setor e a lógica de serviço neste caso é condição básica para implantação do modelo, pois existe o pressuposto da existência de um ecossistema de serviço no qual os atores cocriam valor atuando conjuntamente no processo integrando recursos.

Quando consideramos em conjunto a percepção de criação ou destruição de valor com valor em uso ou de troca, dentro dos cenários, é possível observar uma tendência (ver Quadro 8). A percepção de criação de valor, em geral, acompanhou mais resultados com o valor em uso quanto maior foi a complexidade do cenário, o que sugere que os entrevistados tenderam a avaliar mais quanto a operacionalização ou resultado que a troca financeira. Já quando se observa as percepções de destruição de valor, ocorre justamente o contrário, quanto maior a complexidade do cenário, ocorreu uma tendência a avaliar mais quanto a troca que ao uso, sugerindo que a variável preço ou custo pode ter impactado na avaliação. Isso pode sugerir que os maiores níveis de servitização são percebidos como criadores de valor na medida que resolvem um problema da instituição e com isso é mais palpável a visualização do resultado final. Porém, no sentido oposto, ocorre uma dificuldade maior em perceber como ocorreria a transação financeira, considerando que modelos mais complexos devem aumentar o custo e impactar de forma negativa a instituição. Já os níveis mais baixos são mais facilmente compreendidos e por esse motivo com uma percepção de criação de valor, independente se na troca ou no uso. Sendo assim, a destruição de valor também pode ocorrer do lado do cliente devido à dificuldade na percepção de valor das ofertas do fornecedor, levando a tomada de decisão de forma desfavorável de algo que poderia agregar valor, mas não foi percebido como tal.

Quadro 8 - Cenários, criação de valor na troca e em uso

Complexidade do cenário	Valor de troca		Valor em uso
	baixa	Criação de valor	Criação de valor
alta	Destruição de valor	Criação de valor	

Fonte: Elaboração própria

O aumento da complexidade à medida que passa pelos diferentes níveis de servitização pode gerar um grau crescente de dificuldade de implantação. Tukker (2004) reforça que o desenho de sistemas produto-serviço requer estratégias para superar barreiras de implementação, especialmente para propostas que tem algo valor intangível como aquelas de maior nível e complexidade. Isso porque modelos mais complexos e disruptivos, como o próprio cuidado baseado em valor, reforça a necessidade de maior confiança, colaboração e integração (Neely, Benedetinni e Visnjic, 2011) entre fornecedores, hospitais, fontes pagadoras na busca de um melhor atendimento com foco no paciente. Outros desafios identificados que podem ser motivos para a não adoção são a dificuldade de entendimento das partes desse modelo e a falta de confiança entre os atores. Spring e Araujo (2009) levantam que combinações de elementos ou modelos podem aumentar a assimetria de informação a favor do fornecedor. Por isso uma relação de confiança (Morgan & Hunt, 1994) e acesso a informação e transparência (Prahalad & Ramaswamy, 2004) são essenciais para a viabilidade desses modelos.

Ainda nesse sentido, a lógica dominante de serviço traz que os recursos operantes, aqueles que agem por meio de outros recursos, são a fonte fundamental de benefício estratégico e que o valor é cocriado por múltiplos atores. Então, Vargo e Lusch (2016) ressaltam a importância do papel das instituições e arranjos institucionais fomentando comportamentos cooperativos e coordenados entre os atores em um ecossistema de serviço em desenvolvimento para se ter um retrato mais realístico e completo.

Apesar de mais desafiador, a percepção de criação de valor em um processo de cocriação entre todo parece também ser mais alta. Isso porque o cliente sempre cocria valor para que o resultado final seja uma entrega com sucesso (Bettencourt, Lusch & Vargo, 2014).

Os entrevistados estão inseridos em uma realidade de mercado e empresa que ainda se encontra na lógica dominante de produtos (*G-D logic*), apesar disso, esse setor econômico investe grandemente em tecnologia com o intuito de salvar vida. Esta mesma tecnologia cria complexidades enormes para a gestão, pois multiplica as possibilidades de tratamento e, conseqüentemente, de fornecimento. Quando associamos a isso possibilidades diferentes de entrega dos insumos necessários aos tratamentos (cenários), a complexidade só aumenta, gerando elevado grau de incerteza no gestor. Esta incerteza poderia ser reduzida pela adoção de estratégias de compartilhamento de riscos, troca de informação, flexibilidade, solução conjunta dos problemas, entre outros. Mas para isso ocorrer deve haver confiança entre comprador e fornecedor.

O Quadro 9 traz um resumo dos principais resultados desse trabalho.

Quadro 9 - Resumo dos principais resultados

-
1. Os serviços agregados podem ser considerados como potencial de diferenciação contribuindo para a competitividade.

 2. A dualidade entre flexibilização para atendimento das necessidades do cliente, e a padronização que permite reduzir custos.

 3. O foco das empresas em aumentar a percepção de valor do cliente, e o entendimento como sendo de responsabilidade desta

 4. Os cenários e o aumento na complexidade, exigindo maior grau de confiança entre atores. Gestores mais estratégicos com percepção de valor no uso, maior compreensão da complexidade e com visão de mais longo prazo.
Gestores mais operacionais com percepção de valor na troca, maior dificuldade de compreensão da complexidade e visão de curto prazo.

 5. Maior grau de servitização, que é o pagamento por desempenho e sua relação com o Cuidado Baseado em Valor
-

Fonte: Elaboração própria

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo se amparou na literatura existente quanto a criação e cocriação de valor; lógica dominante de serviço, servitização e seus diferentes níveis através de sistemas produto-serviço, e finalmente, no cuidado baseado em valor relacionado à saúde.

Com um mercado como o da saúde no qual a alta tecnologia está presente nos dispositivos e equipamentos médicos e muitas empresas concorrem com produtos de qualidade equivalentes, os serviços agregados acabam por ser o potencial de diferenciação das empresas. Nesse sentido, oferecer propostas de forma que a instituição hospitalar tenha a percepção de valor superior é o que faz a diferença na escolha de um fornecedor. Assim, os fornecedores, para serem competitivos, identificar as necessidades do cliente e oferecer propostas únicas de valor, pois, conforme citado por Grönroos (2011), o valor que não é intrínseco ao produto, mas é criado para cada cliente ao longo de sua experiência de consumo.

Na busca pela identificação e atendimento das necessidades do cliente, muitas empresas flexibilizam e customizam seus serviços agregados. Apesar de um primeiro momento isso parecer positivo, pode trazer um aumento de custo para o fornecedor e, conseqüentemente, para o hospital. Na contramão, padronização de propostas e serviços pode ser uma ferramenta para a redução de custos adicionais. Nesse sentido é necessário encontrar o balanço entre flexibilidade e padronização de forma a agregar valor para a cadeia como um todo.

Para aumentar a competitividade das empresas, vê-se necessário buscar aumentar a percepção de valor dos clientes das propostas de produtos e serviços agregados. Macdonald, Kleinaltenkamp e Wilson (2016) colocam que a percepção de valor é de interesse do processo relacional da solução, já Prahalad e Ramaswamy (2004) colocam que o valor é único para cada indivíduo. Nesse sentido, o relacionamento com o cliente é ponto chave no aumento da percepção de valor. Além disso, a oferta de serviços que somente atendam a necessidade, sem serviços agregados que o cliente veja valor também é algo essencial, evitando uma percepção de desperdício de recursos, oferecendo algo que não é preciso e conseqüentemente gerando destruição do valor.

A quantificação ou monetização do valor agregado foi proposto pelos entrevistados como forma de facilitar o processo de tomada de decisão do hospital em relação a servitização. É importante considerar que é fundamental para o fornecedor saber quanto custa para oferecer um serviço e ainda mais importante qual o seu valor. Uma possível alternativa para resolver tanto o desejo

do cliente em quantificar o valor proposto, quanto o fornecedor em ter ciência do valor da sua proposta seria este identificar quais são os principais problemas do hospital, quais os possíveis custos financeiros e de oportunidade decorrentes, e como a oferta de serviços agregados do fornecedor pode mitigar ou resolver esses problemas. Porém, isso é de difícil operacionalização e a oferta de propostas claras, que sejam aderentes as necessidades, criando valor, poderia resolver a questão da dificuldade na percepção de valor.

Isso porque, dentro dos diferentes níveis de servitização existem diferentes níveis de complexidade, de forma a atender mesmo clientes que tenham um perfil mais moderado e busque propostas menos complexas, até aqueles que buscam modelos bastante disruptivos. Portanto, diferentes níveis de servitização, com complexidades diferentes podem ser atrativos para diferentes perfis hospitalares.

Quanto maior o grau de complexidade, maior é o grau de confiança necessário entre os atores (fornecedores, hospitais e planos de saúde), devido a troca de informações, transparência das ações, diálogo necessário e avaliação de risco (Prahalad & Ramaswamy, 2004) de forma a uma implantação das soluções com sucesso. Além disso, é necessário a compreensão dos benefícios mútuos da relação (Morgan & Hunt, 1994), e a análise de todos os elementos relacionais significativos (MacNeil, 2000) de forma a se ter mais clareza dos papéis e responsabilidades de cada parte.

O nível de servitização mais alto e complexo que é o pagamento por desempenho tem grande aderência ao cuidado baseado em valor. É necessária prudência nessa associação, isso porque o trabalho analisa apenas dois atores do mercado (hospital e fornecedores de dispositivos médicos) que podem se relacionar através de modelos de pagamento por desempenho. Porém, quando se considera o cuidado baseado em valor, entende-se necessária a participação de múltiplos atores como hospitais, fornecedores, indústria, fontes pagadoras, profissionais de saúde e não apenas dois em uma relação cliente-fornecedor. Sendo assim, apesar de ter tido uma avaliação muito positiva por todos os entrevistados, esse modelo necessita de um alto grau de confiança e reorganização disruptiva, não se aplicando a qualquer perfil hospitalar.

Além dos diferentes níveis de servitização, também é percebido uma diferença de interpretação dos cenários propostos entre os entrevistados. Em geral, os gestores mais estratégicos tendem a perceber mais o valor em uso, de forma mais ampla e aberta em modelos mais complexos, com uma visão de longo prazo buscando a sustentabilidade do sistema. Já gestores operacionais

tendem a focar na troca financeira e produto (valor de troca). Além disso, tiveram visão mais de curto prazo, com foco no atingimento de metas e objetivos internos. Sendo assim, a abordagem com os diferentes perfis deve ser diferente, uma vez que o foco e entendimento não é o mesmo. Outro ponto é que a falta de compreensão de um modelo proposto devido a sua complexidade, como por exemplo em maiores níveis de servitização, pode levar a destruição de valor.

Apesar desse estudo ter foco no mercado da saúde, os achados podem ser generalizados para outros setores de complexidade semelhante, tais como de equipamentos para indústria, para construção civil, entre outras possibilidades.

6.1 Implicações gerenciais

Esse trabalho traz uma série de contribuições. Desde uma discussão de diferentes níveis de servitização dentro do mercado da saúde e como isso se conecta com o movimento de transformação do mercado partindo de um modelo de pagamento por procedimento para pagamento por desempenho. Ainda nesse sentido, a tradução dos diferentes níveis de servitização para o contexto do mercado da saúde pode auxiliar fornecedores a desenvolver estratégias de vendas e criar propostas de valor superiores mais adequadas e aderentes ao perfil do hospital e dos gestores tomadores de decisão.

Outro ponto importante foi a discussão quanto a variação na percepção de criação de valor dependendo do indivíduo ou área em que trabalha (operacional ou estratégico, visão de curto ou médio prazo), sendo necessário abordagens diferenciadas para cada perfil. Ainda nesse sentido, a relação da percepção de valor dos diferentes gestores, com o grau de confiança necessário e a complexidade crescente nos níveis de servitização, entende-se como uma importante contribuição desse trabalho.

Vê-se também necessário observar as possíveis implicações gerenciais na adoção de estratégias de servitização. Apesar de isso não estar delimitado como escopo do trabalho, ele pode fornecer subsídios em especial quanto o perfil dos profissionais e as competências necessárias para a oferta dos serviços, ou como pode ser estruturada a proposta considerando a matriz de tomada de decisão, com implicações voltadas para marketing, finanças, administrativo. Isso determina que o fornecedor que busca a servitização não necessariamente possui as competências necessárias e precisa desenvolvê-las.

A ideia da percepção de destruição de valor permeou o relato de alguns entrevistados, mas em sua maioria voltada para problemas relacionados ao fornecedor. Porém, foi possível perceber que na realidade essa destruição pode ocorrer de ambos os lados, seja por uma falta de habilidade do fornecedor em atender as demandas e identificar as necessidades do cliente, ou ainda da parte do cliente atuando de forma passiva em relação ao fornecedor, não desenvolvendo estratégias de aumentar a parceria e interação nas rotinas do dia a dia.

A discussão teórica dos conceitos de servitização, lógica dominante de serviço, criação e percepção de valor, e como elas se relacionam, e em alguns casos se conectam pode ser destacado. Por fim, quanto ao cuidado baseado em valor como uma sofisticação do pagamento por desempenho (Tukker, 2004), o nível mais alto de servitização, ressaltando-se a questão da participação de múltiplos stakeholders. Com isso, acredita-se que é possível verificar a importância da servitização em seus diferentes níveis.

6.2 Limitações do estudo

Entre os principais problemas encontrados nesse estudo foram na construção de alguns cenários, como, por exemplo, o cenário 2 – serviço de consultoria ou treinamento em metodologia *lean* para alguma área hospitalar, o cenário 3 – pacote de produtos onde o preço de 2 ou 3 linhas juntas é mais barato que vendidas separadas, e o cenário 7 – aluguel de uma ferramenta online para gerenciamento de dados compartilhada por vários hospitais que usam ao mesmo tempo, e pagam por uso. No caso do cenário 2, acredita-se que a forma que ele foi escrito pode prejudicar o entendimento ou criar margem para uma interpretação errada como um serviço puro e não um sistema produto-serviço relacionado a produto (Figura 3), dificultando assim, a análise dos dados referente a esse item. Com relação ao cenário 3, o exemplo utilizado envolvia três tipos de produtos, porém para deixar mais claro, poderia ter sido construído para envolver produtos e serviços. No caso do cenário 7, apesar de ele estar aderente ao proposto na teoria, o exemplo pode não ter sido dos melhores, gerando uma complexidade desnecessária.

Um outro detalhe seria a possibilidade de reduzir o número de níveis de servitização abordados e conseqüentemente o número de cenários propostos. Isso pode ter causado uma complexidade adicional para o entrevistado que precisava julgar cenários próximos, em alguns casos semelhantes, e que podem ter agregado pouco para o trabalho. A amostra de entrevistados pode ter sido uma limitação, pois continha prioritariamente gestores corporativos da BP. Acredito

que se fosse possível a realização com gestores de cada unidade hospitalar ter-se-ia uma amplitude maior de informações e possivelmente maior riqueza de dados.

Necessário também a realização de mais entrevistas testes, de forma a melhorar o roteiro antes de iniciar as entrevistas para coleta de dados, especialmente para a adaptação dos cenários, uma vez que a intenção é propor cenários factíveis com a realidade. O acesso a dados e documentos internos do hospital foi mais restrito, e com isso não foi possível um melhor aprofundamento do estudo de caso.

Por fim, a cocriação foi amplamente abordada e discutida ao longo do trabalho, porém, poderia ter sido melhor explorada a díade, cliente e fornecedor com as implicações, benefícios e desafios decorrentes da criação de valor conjunta.

6.3 Sugestões de estudos futuros

Com relação ao tema de percepção de valor da servitização, entende-se que alguns estudos podem contribuir com diferentes abordagens de forma a aumentar a amplitude do tema. Nesse sentido, segue abaixo sugestões de possíveis estudos futuros.

- 1) Estudar o aspecto de percepção e criação de valor na servitização do ponto de vista do fornecedor e das fontes pagadoras (planos de saúde e usuários finais). Dessa forma, é possível ter a visão dos atores do mercado.
- 2) Estudar outros perfis de hospitais com a mesma temática, sejam hospitais públicos, filantrópicos, privados de pequeno ou médio porte, grandes redes ou ainda hospitais de mais alto padrão.
- 3) Estudar a mesma temática dentro de um hospital privado semelhante a BP, porém com uma abordagem mais verticalizada, com gestores e profissionais de diferentes níveis, buscando entender as diferenças de percepção dos níveis de servitização. Isso para corroborar ou refutar a análise das diferenças entre gestores operacionais e estratégicos.
- 4) Estudar diferentes níveis de servitização em outras indústrias e mercados, de forma a entender como ocorre a percepção frente a lógica não linear e aumento de complexidade dos níveis de servitização.

7 REFERÊNCIAS

Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde (ABIMED). Sobre a ABIMED. Disponível em: <<https://www.abimed.org.br/>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Revista Observatório ANAHP 2017. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2017>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Processo de admissão de membros. Disponível em <<http://anahp.com.br/processo-de-admissao/admissao>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

Baines, T., Lightfoot, H., Peppard, J., Johnson, M., Tiwari, A., Shehab, E., & Swink, M. Towards an operations strategy for product-centric servitization. *International Journal of Operations & Production Management*, 29(5), 494–519. 2009.

Baines, T., & Lightfoot, H. Made to serve; Understanding what it takes for a manufacturer to compete through servitization and Product-Service Systems. *Hoboken: Wiley*, 2013.

Bettencourt L.A.; Lusch R.F.; Vargo S. L. A Service Lens on Value Creation: Marketing's Role in Achieving Strategic Advantage. *California Management Review*, v. 57, n. 1, p. 44-66, 2014.

BP – Beneficência Portuguesa de São Paulo. Histórico. Disponível em: <<http://www.bp.org.br/institucional/historico/>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

BP – Beneficência Portuguesa de São Paulo. Press release nova marca BP, 2016, Documento interno.

BP – Beneficência Portuguesa de São Paulo. Descrição instituição BP, 2018, Documento interno.

Creswell, J. W. *Projeto de pesquisa – métodos qualitativo, quantitativo e misto*, 3ª Ed., 2010.

Fischer, E.; Castilhos, R. B.; Fonseca, M. J. The Qualitative Interview in Marketing and Consumer Research: Paradigmatic Approaches and Guideline. *Revista Brasileira de Marketing*, v. 13, n. 4, p. 67–79, 2014.

Gibbs, G. *Analyzing Qualitative Data*. Vol. 6, 38-49, 2007.

Grönroos, C. Value co-creation in service logic: A critical analysis. *Marketing Theory*, v. 11, n. 3, p. 279–301, 2011.

Holbrook, M. Customer Value – A Framework For Analysis and Research. *Advances in Customer Research*, v. 23, 138 – 142, 1996.

IHI – Institute for Healthcare Improvement. The IHI Triple aim Initiative. Disponível em: <<http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

Kowalkowski, C.; Windahl, C., Kindström, D.; Gebauer, H. “What Service Transition? Rethinking Established Assumptions About Manufacturers’ Service-Led Growth Strategies,” *Industrial Marketing Management*, 44 (2), 59–69, 2015.

Levitt, T. Marketing Myopia. *Harvard Business Review*, v. September-October, p. 1-14, 1975.

Löfberg, N.; Witell, L.; Gustafsson, A. Service manoeuvres to overcome challenges of servitization in a value network. *Production Planning & Control*, v. 26, n. 14–15, p. 1188–1197, 2015.

MacDonald, E. K.; Kleinaltenkamp, M.; Wilson, H. N. How Business Customers Judge Solutions: Solution Quality and Value in Use. *Journal of Marketing*, v. 80, n. 3, p. 96–120, 2016.

MacNeil I. R. Relational Contract Theory: Challenges and Queries. *Northwestern University Law Review*, v.94, n. 3, p. 877-908, 2000.

Martín-Peña, M. L.; Bigdeli, A. Z. Servitization: academic research and business practice. *Universia Business Review*, n. 49, p. 18–31, 2016.

Morgan, R. M.; Hunt S. D. The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, v. 58, p. 20-38, 1994.

Neely, A. Exploring the Financial Consequences of the Servitization of Manufacturing. *Operations Management Research*, 1 (2), 103–118, 2008.

Neely A.; Benedetinni O.; Visnjic I. The servitization of manufacturing: Further evidence. In: European Operations Management Association Conference, 18., 2011, Cambridge. *Anais*. Cambridge, 2011.

Oliva, R., & Kallenberg, R. Managing the transition from products to services. *International Journal of Service Industry Management*, 14(2), 160–172, 2003.

Pawar K. S.; Beltagui A.; Riedel J. C. The PSO triangle: designing product, service and organization to create value. *International Journal of Operations & Production Management. Emerald*, v. 29, n. 5, p. 468-493, 2009.

Payne, A. F.; Frow, P.; Storbacka, K. Managing the co-creation of value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36, 83-96, 2008.

Porter M.E. Value-Based Health Care Delivery. *Harvard Business School, Annals of Surgery*, v. 248, n. 4, p. 144-150, 2008.

Porter M. E. What is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine. Perspective*, p. 2477-2481, Dec. 2010.

Porter M.E; Lee T. H. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*, Oct. 2013. Disponível em: <<https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

Prahalad, C.K.; Ramaswamy, V. Co-creating unique value with customers. *Strategy & Leadership*, 32(3) 4-9, 2004.

Rodrigues, C.G.; Afonso, L.E. O Efeito do Status de Sobrevivência sobre Gastos com Internações Hospitalares Públicas no Brasil em uma Perspectiva Temporal. *Est. Econ., São Paulo*, vol. 42, n.3, p. 489-510, jul.-set. 2012

Spring M.; Araujo L. Service, services and products: rethinking operations strategy. *International Journal of Operations & Production Management. Emerald*, v. 29, n. 5, p. 444-467, 2009.

Tukker A. Eight Types of Product-Service System: Eight Ways to Sustainability? Experiences from Suspronet. *Business Strategy and the Environment*, v. 13, p. 246-260, 2004.

- Ulaga, W. Capturing Value Creation in Business Relationships: A Customer Perspective. *Industrial Marketing Management*, 32 (8), 677–693, 2003.
- Vandermerwe, S., & Rada, J. Servitization of business: adding value by adding services. *European Management Journal*, 6(4), 314–324, 1988.
- Vargo, S. L.; Lusch, R. F. Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, v. 69, 1-17, 2004.
- Vargo, S. L.; Lusch, R. F. Service-dominant logic: Continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, v. 36, n. 1, p. 1–10, 2008.
- Vargo, S. L.; Lusch, R. F. Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic. *Journal of the Academy of Marketing Science*, v. 44, n. 1, p. 5–23, 2016.
- Vargo, S. L.; Maglio, P. P.; Akaka, M. A. On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European Management Journal*, v. 26, n. 3, p. 145–152, 2008.
- Wise R.; Baumgartner P. Go Downstream: The New Profit Imperative in Manufacturing. *Harvard Business Review*, Boston, p. 133-141 Sep./Oct. 1999.
- Woodside, A.G. Case Study Research; Theory, Methods, Practice. *Emerald*, 1a edição, 2010.

8 ANEXOS

8.1 Anexo 1 – Roteiro de entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

- 1) Apresentação: (a) apresentação pessoal do entrevistador; (b) da pesquisa; (c) a confidencialidade dos dados; e (d) termo de consentimento esclarecido informado.
- 2) Perguntas sobre o entrevistado: (a) função; (b) tempo nessa função; (c) qual rotina de trabalho; (d) contato com fornecedores.
- 3) Situação atual:

Observação: principais fornecedores de dispositivos médicos classificação ABC (importância em termos de valor / tamanho e/ou em termos de ser estratégico por fornecer produtos essenciais e que não podem faltar)

- i) Principais serviços ofertados? Eles atendem às necessidades do hospital?
- ii) Têm pontos positivos a destacar? E pontos negativos?
- iii) Qual a sua percepção da qualidade do fornecedor?
- iv) Qual a sua percepção quanto a habilidade dos fornecedores em identificar as necessidades do hospital? O mercado está preparado para esse tipo de abordagem?
- v) De alguma forma, o hospital participa do desenho das propostas ou é algo que já vem pronto do fornecedor?
- vi) No momento da entrega do serviço, os fornecedores entregam algo a mais que apenas o esperado ou algo a mais que se percebe como valor adicionado.
- vii) Ainda sobre os serviços, vou propor alguns cenários e pediria que avaliasse se esse tipo de serviço é ou já foi oferecido para o hospital (1); qual o impacto que gerou (positivo ou negativo) (2); e qual a sua percepção quanto a qualidade desses serviços (3) (tanto aqueles que já foram oferecidos para o hospital como aqueles que não).

CENÁRIO 1: Manutenção de equipamentos pelo próprio fornecedor (ressonância, esterilizador, arco em C, entre outros).

CENÁRIO 2: Serviço de consultoria ou treinamento de metodologia lean para alguma área hospitalar (por exemplo centro cirúrgico, suprimentos, OPME, entre outros).

CENÁRIO 3: Pacote de produtos onde o preço de 2 ou 3 linhas juntas é mais barato que vendidas separadas (ex. curativos especiais + fios de sutura + hemostáticos).

CENÁRIO 4: Fornecimento de itens separados para que o hospital faça a composição de kits cirúrgicos, por exemplo, kits customizados criados pelo hospital (e não kits prontos).

CENÁRIO 5: Leasing/aluguel/comodato de um equipamento com pagamento mensal para uso exclusivo do hospital.

CENÁRIO 6: Aluguel de uma torre de vídeo por um período curto e que será devolvida para o fornecedor após esse período.

CENÁRIO 7: Aluguel de uma ferramenta online para gerenciamento de dados compartilhada por vários hospitais que usam ao mesmo tempo, e pagam por uso (hora, mês, relatório, etc.).

CENÁRIO 8: Terceirização do serviço de esterilização (CME) ou lavanderia.

CENÁRIO 9: Instalação de equipamento de ressonância onde se paga por cada exame ou por hora de operação.

CENÁRIO 10: O hospital recebe um dispositivo médico (por exemplo, cateter de ablação para arritmia cardíaca) que será apenas faturado / cobrado pelo fornecedor caso entregue o resultado esperado (cura da arritmia).

4) Situação desejada:

Observação: principais fornecedores de dispositivos médicos classificação ABC (importância em termos de valor / tamanho e/ou em termos de ser estratégico por fornecer produtos essenciais e que não podem faltar)

- i) Quando se fala em valor ou valor agregado, o que isso representa para você?
- ii) Existe algo que você acredite que poderia ser adicionado ou ajustado as propostas que poderia melhorar algo ou simplificar algum processo, por exemplo?
- iii) Existe algo que poderia ser feito diferente e que faria com que melhorasse a sua percepção quanto a qualidade desses fornecedores?
- iv) Acredita que suas necessidades estão sendo atendidas?

5) Fechamento

- i) Tem algo que gostaria de comentar ou adicionar que ainda não foi colocado nessa entrevista?
- ii) Se pudesse deixar uma mensagem para seus fornecedores, qual seria?

8.2 Anexo 2 – Termo de consentimento esclarecido e informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG:

_____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) da pesquisa sobre servitização e percepção de valor na relação entre hospital privado e seus fornecedores de dispositivos médicos.

Estou ciente que:

- O objetivo da pesquisa é compreender a percepção de valor do cliente quanto a servitização de produtos da indústria de dispositivos médicos e a sua influência na decisão de escolha dos fornecedores em um hospital privado.
- Com esta pesquisa o autor deseja conhecer como o valor entregue pelo fornecedor através da servitização é percebido dentro de diferentes áreas do hospital, incluindo possíveis diferenças de percepção.
- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na pesquisa, sem penalização e sem prejuízo.
- Sou livre para interromper a qualquer momento minha participação nesta pesquisa.
- As informações coletadas e os dados obtidos são confidenciais e o sigilo sobre minha participação é assegurado.
- Os resultados desta pesquisa são para fins estritamente acadêmicos, sem qualquer identificação de indivíduos.
- A qualquer momento poderei entrar em contato com Thiago Vicenzi, pesquisador responsável, pelo telefone: (11) 90000-XXXX, para esclarecer quaisquer dúvidas.
- Este termo é feito em três vias, a primeira será arquivada pelo pesquisador responsável, a segunda via será entregue ao voluntário(a) e a terceira para a instituição.

São Paulo, _____ de _____ de 201_.

Assinatura do voluntário: _____

Nome pesquisador responsável: Thiago Rigo Vicenzi RG: 0.000.000-0 CPF: 000.000.000-00

Rua xxxxxxxxxxx, 000 – Bairro xxxxxxxx – São Paulo – SP Assinatura:
