

DANILO MOREIRA SIMÕES

Análise das principais dimensões estratégicas para novos entrantes do mercado brasileiro de diálise

Trabalho de formatura apresentado à Escola Politécnica da Universidade de São Paulo para a obtenção do diploma de Engenheiro de Produção.

São Paulo

2017

DANILO MOREIRA SIMÕES

Análise das principais dimensões estratégicas para novos entrantes do mercado brasileiro de diálise

Trabalho de Formatura apresentado à Escola Politécnica da Universidade de São Paulo para a obtenção do diploma de Engenheiro de Produção.

Orientadora: Prof.^a Titular Marly Monteiro de Carvalho

São Paulo

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Simões, Danilo Moreira

Análise das principais dimensões estratégicas para novos entrantes do mercado brasileiro de diálise / D. M. Simões -- São Paulo, 2017.

-129 p.

Trabalho de Formatura - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia de Produção.

1.ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA 2.INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA 3.SAÚDE I.Universidade de São Paulo. Escola Politécnica. Departamento de Engenharia de Produção II.t.

Aos amigos Gabriel Menegotto, Stella Rosa e Gabriel Delage.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Prof.^a Marly Monteiro de Carvalho, pelo aceite tardio de orientação e pela dedicação durante a realização do trabalho de formatura.

Para conhecer uma pessoa, é necessário conhecer suas origens. Contra todas as probabilidades, meus pais, Lucimar e Carlos, proporcionaram-me um ambiente de valorização dos estudos e do trabalho duro. Somando os incentivos, os esforços e o cuidado que demonstraram durante toda a minha vida, vocês têm a minha gratidão. Minha avó, Marlene, e minha tia, Iris, também tiveram um papel enorme na minha formação humana e, por isso, merecem meus agradecimentos.

A jornada na Escola Politécnica foi desafiadora. A transferência, de Santos para São Paulo, só foi vencida graças ao apoio dos meus amigos, em especial, Henrique e Chun, muito obrigado: vocês me receberam e me ensinaram muito. Um agradecimento especial aos amigos Bariani, Henrique e Salles: minha carreira profissional começou alegre e ao lado de vocês.

O período na *Arts et Métiers* não foi menos conturbado. As dificuldades da vivência na França só foram superadas com o apoio de um grupo de pessoas que compartilharam seus dias comigo: Menegotto, Stella, Delage, Penas, Júlia, Marina, Flávio e Caio. Muito obrigado, meus amigos, vou carregar as memórias que dividimos durante toda a minha vida.

Agradeço aos colegas de trabalho da L.E.K. Consulting pelas conversas e ensinamentos que motivaram o presente trabalho de formatura e pela compreensão de que, quando, para concluí-lo, tive de me ausentar.

A Elabora Consultoria e o Morgan Stanley também tiveram um papel importantíssimo na minha formação profissional, portanto, agradeço às instituições e aos colegas de trabalho.

Muito obrigado a todos os que dividiram seus lares comigo e que ainda não foram citados, em especial à Luciana, à Natasha e à Priscila, que partilharam as alegrias e tristezas do dia-a-dia, pelos conselhos e pelas broncas: vocês foram o meu suporte durante grande parte dessa jornada.

Por fim, meus agradecimentos à Escola Politécnica da USP e à *Arts et Métiers ParisTech* e seus professores pelos ensinamentos que possibilitaram meu desenvolvimento profissional e humano.

“First learn to not lose, then the wins will come”

(Karpov, Anatoly)

RESUMO

O presente trabalho de formatura teve, como objetivo, formular a estratégia competitiva para um grupo de *private equity* caracterizado como novo entrante do mercado brasileiro de diálise, examinando o ambiente competitivo da indústria. A revisão da literatura trouxe diversos *frameworks* de elaboração de estratégia e, baseado neles, a abordagem metodológica do trabalho de formatura foi dividida em três etapas. A primeira etapa consistiu na análise estrutural da indústria para avaliar os principais fatores que levam a lucratividade, sendo o poder de barganha dos clientes e a ameaça de novos entrantes os mais relevantes. A segunda etapa consistiu na análise estrutural dentro da indústria para entender as diferenças entre os resultados das estratégias competitivas das diferentes firmas; foram identificadas três dimensões mais relevantes: especialização no segmento de pacientes do sistema de saúde privado, especialização no segmento de pacientes de hemodiálise e integração vertical. A partir dessas dimensões, foram construídos mapas de grupos estratégicos para identificar estratégias similares e embasar a formulação da estratégia do potencial entrante. A terceira etapa consistiu na formulação da estratégia competitiva, propriamente dita; essa etapa é apresentada como o resultado final do trabalho, recolhendo insumos de todas as seções anteriores. A estratégia competitiva recomendada é a de consolidação do mercado por meio de diversas aquisições, priorizando o foco em pacientes de hemodiálise do sistema privado de saúde. Para complementar a estratégia, recomendou-se o estabelecimento de parcerias com planos de saúde e hospitais. O estudo da viabilidade financeira da tese de consolidação não fez parte do escopo desse estudo.

Palavras-chave: diálise, estratégia competitiva, análise estrutural da indústria, grupos estratégicos.

ABSTRACT

This study aimed to formulate the competitive strategy of a private equity firm, potential entrant of the Brazilian dialysis market, by exploring the competitive environment. The literature review brought methods to competitive strategy elaboration and, based on that, the study's methodological approach was divided in three steps. First step consisted in structural analysis of industry to evaluate the main drivers to industry profitability, which showed that the most relevant are the bargaining power of buyers and the threat of potential entrants. Second step consisted in structural analysis within industry to understand the main differences of competitive strategy that drive players' performances; three strategic dimensions were identified: private patients' specialization, hemodialysis patients' specialization and vertical integration. From these, several strategic group maps were built to identify similar strategies and support company's decisions about its own strategy. Third step consisted in competitive strategy formulation; this step is the result of this study and receives inputs from all the other sessions. The competitive strategy recommended is the market consolidation by acquiring several small firms, focusing in hemodialysis clients from private health companies. To complement this strategy, it was recommended the partnership with private health companies and hospitals. The financial viability analysis of the consolidation thesis was not part of this study.

Keywords: dialysis, competitive strategy, structural analysis of industry, strategic groups.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura do trabalho	21
Figura 2 – Sistema de valor ilustrativo	24
Figura 3 – Forças conduzindo a competição na indústria	25
Figura 4 – Barreiras da indústria, lucratividade e risco	29
Figura 5 – Matriz de poder entre fornecedores e clientes.....	31
Figura 6 – Mapa de grupos estratégicos conceitual	35
Figura 7 – Visão geral dos métodos de pesquisa utilizados no Trabalho de Formatura	42
Figura 8 – Modelo de tratamento dos dados.....	46
Figura 9 – Processo de polarização das cidades.....	48
Figura 10 – Fluxo de pacientes	49
Figura 11 – Processo de agregação de mercados pelo LOFI.....	50
Figura 12 – Processo de agregação de mercados pelo LIFO	50
Figura 13 - Mercados relevantes para tratamentos dialíticos	52
Figura 14 – Sistema de valor do mercado de diálise	54
Figura 15 – Participação do médico no diagnóstico e tratamento do CKD5	55
Figura 16 – Diagrama das cinco forças condutoras da concorrência na indústria de diálise.....	58
Figura 17 – Número de pacientes no mercado brasileiro de diálise	59
Figura 18 – Distribuição dos pacientes de diálise entre os estados brasileiros	60
Figura 19 – Distribuição dos pacientes de diálise entre as Regiões Brasileiras.....	60
Figura 20 – Distância percorrida pelos pacientes de hemodiálise, Brasil	61
Figura 21 – Distância percorrida pelos pacientes de diálise peritoneal, Brasil	62
Figura 22 – Histograma do número de cidades de acordo com o número de clínicas existentes	62
Figura 23 – Rota do paciente para a escolha do pagador do tratamento	64

Figura 24 – <i>Breakdown</i> de pacientes de acordo com o pagador	65
Figura 25 – Valores de reembolso da hemodiálise convencional.....	66
Figura 26 – Valores de reembolso do APD.....	67
Figura 27 – Valores reais de reembolso do SUS para hemodiálise convencional ajustados para 2017	67
Figura 28 – Valores reais de reembolso do SUS para diálise peritoneal automatizada ajustados para 2017	68
Figura 29 – Matriz de poder entre o SUS e as clínicas de diálise	68
Figura 30 – Matriz de poder entre os planos de saúde e as clínicas de diálise.....	69
Figura 31 – Número de vidas cobertas de acordo com a categoria do plano de saúde.	70
Figura 32 – Diferenças dos valores de reembolso da seção de hemodiálise em função do tipo de plano de saúde.....	71
Figura 33 – Relação entre o número de pacientes e de clínicas no Brasil.....	72
Figura 34 – Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de tratamento	73
Figura 35 – Taxa de ocupação média das máquinas de hemodiálise	73
Figura 36 – Causas primárias da Doença Renal Crônica no Brasil.....	74
Figura 37 – Prevalência de tratados da CKD5 para diversos países	75
Figura 38 – Prevalência de tratados, para diversos países, das doenças: diabetes, hipertensão e obesidade.....	76
Figura 39 – Distribuição dos médicos nefrologistas	77
Figura 40 – Número de pacientes transplantados e em tratamentos dialíticos.....	82
Figura 41 – Estimativa de pacientes em fila de espera para transplante renal	83
Figura 42 – Matriz de poder entre fornecedores e as clínicas de diálise.....	84
Figura 43 – Diagrama da intensidade das cinco forças competitivas na indústria de diálise...	85
Figura 44 – Relação entre as barreiras de entrada e saída do mercado	86
Figura 45 – Número de clínicas dos principais competidores.....	88
Figura 46 – Distribuição geográfica das principais redes de clínicas.....	89

Figura 47 – Distribuição das empresas conforme o percentual de tratados em hemodiálise ...	93
Figura 48 – Curva de faturamento médio por paciente de hemodiálise por tipo de pagador ...	95
Figura 49 – Distribuição das clínicas conforme o percentual de pacientes do sistema privado.....	95
Figura 50 – Estratégia de integração vertical dos principais competidores.....	97
Figura 51 – Distribuição de empresas em especialização em pacientes de hemodiálise e do sistema privado	99
Figura 52 – Grupos estratégicos em especialização em pacientes de hemodiálise e do sistema privado.....	100
Figura 53 – Distribuição das empresas em integração vertical e especialização em pacientes do sistema privado	102
Figura 54 – Grupos estratégicos em interação vertical e especialização em pacientes do sistema privado	103
Figura 55 – Distribuição das empresas em integração vertical e especialização em pacientes de hemodiálise	104
Figura 56 – Grupos estratégicos em integração vertical e especialização em pacientes de hemodiálise	105
Figura 57 – Histograma das clínicas de diálise de acordo com o número de pacientes	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Plano para pesquisa primária	43
Tabela 2 – Cidades com mais de 10 clínicas.....	63
Tabela 3 – Valores de reembolso pagos de acordo com o sistema de saúde.....	65
Tabela 4 – Comparativo entre os métodos de tratamentos da CKD5	81
Tabela 5 – Classificação das forças competitivas	85
Tabela 6 – Descrição dos principais competidores	90
Tabela 7 – Classificação na dimensão de especialização em pacientes de hemodiálise para os principais competidores da indústria	94
Tabela 8 – Classificação na dimensão de especialização em pacientes do sistema privado para os principais competidores da indústria.....	96
Tabela 9 – Classificação na dimensão de integração vertical para os principais competidores da indústria	98
Tabela 10 – Estatísticas das dimensões estratégicas selecionadas	99
Tabela 11 – Síntese dos grupos estratégicos e as principais empresas	106
Tabela 12 – Número de pacientes nos mercados relevantes por cidade polo.....	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDT	Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APD	Diálise Peritoneal Automatizada (<i>Automated Peritoneal Dialysis</i>)
CAGR	Taxa de crescimento anual composta (<i>Compound Annual Growth Rate</i>)
CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (<i>Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis</i>)
CKD	Doença Renal Crônica (<i>Chronic Kidney Disease</i>)
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
GFR	Taxa de Filtração Glomerular
HD	Hemodiálise
NFK	<i>National Kidney Foundation</i>
PD	Diálise Peritoneal
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
DataSUS	Departamento de Informática do SUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Apresentação do estágio.....	16
1.2	Apresentação da empresa.....	16
1.3	Contexto.....	17
1.4	Objetivos.....	18
1.5	Justificativa.....	19
1.6	Estrutura.....	19
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1	Competição e estratégia.....	22
2.2	Sistema de valor.....	23
2.3	Análise estrutural da indústria.....	24
2.4	Análise estrutural dentro da indústria.....	33
2.5	Sinais do mercado e movimentos competitivos.....	36
2.6	Estratégia competitiva em indústrias fragmentadas.....	37
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	42
3.1	Coleta de dados e informações.....	42
3.2	Análise das informações.....	44
3.3	Análise dos dados.....	46
4	ANÁLISE ESTRUTURAL DA INDÚSTRIA.....	54
4.1	Sistema de valor.....	54
4.2	Forças condutoras da concorrência na indústria.....	57
5	ANÁLISE ESTRUTURAL DENTRO DA INDÚSTRIA.....	88
5.1	Descrição dos principais competidores.....	88
5.2	Dimensões estratégicas.....	91
5.3	Mapas de grupos estratégicos.....	98
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	108
6.1	Objetivos do Grupo.....	108
6.2	Fragmentação da indústria.....	108
6.3	Estratégia competitiva para o Grupo.....	110
6.4	Riscos envolvidos.....	113
7	CONCLUSÃO.....	114
7.1	Comentários sobre os resultados obtidos.....	114
7.2	Propostas para trabalhos futuros.....	116

8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
	APÊNDICE A – MERCADOS LOCAIS RELEVANTES	122

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo apresenta o estágio do aluno, a empresa-alvo do trabalho, a contextualização do problema abordado, os objetivos do trabalho, sua justificativa e sua estrutura.

1.1 Apresentação do estágio

O aluno realizou estágio na consultoria estratégica L.E.K. Consulting, empresa global, líder em consultoria de alta gestão, fundada em 1983 e presente em 20 escritórios ao redor do mundo. A L.E.K. Consulting realiza projetos para as principais empresas de múltiplas indústrias, com o objetivo de auxiliá-las a enfrentar seus desafios dentro das áreas: Estratégia Corporativa e Financeira, Marketing e Vendas, Serviços Transacionais, Operações e Organizações. O escritório brasileiro foi inaugurado em 2013 e hoje é responsável pelas operações na América Latina (L.E.K. Consulting, 2017).

No contexto do estágio, o aluno participou de diversos projetos com clientes de múltiplos setores da economia. Dentre eles, um projeto em saúde que motivou o presente trabalho de formatura.

1.2 Apresentação da empresa

O contratante do projeto da L.E.K. Consulting será denominado “Grupo” ao longo deste trabalho.

O Grupo é uma empresa de *private equity* de escala global, que não está presente no Brasil e que tem interesse em clínicas de diálise em múltiplos países. A empresa está avaliando a entrada no mercado brasileiro e, para isso, contratou um projeto de avaliação de empresas-alvo para aquisição.

Outras informações sobre o Grupo serão mantidas em sigilo para respeitar o acordo de confidencialidade assinado junto a ele.

1.3 Contexto

O contexto de realização do trabalho é o do mercado brasileiro de diálise, com foco na oferta de serviços por meio do sistema privado.

Os procedimentos dialíticos são empregados no tratamento da Doença Renal Crônica (CKD), que é caracterizada pela perda gradual de funções do rim (NKF, 2017a), como a remoção de substâncias do sangue, balanceamento dos fluídos corporais, liberação de hormônios que regulam a pressão sanguínea, a produção de vitamina D e o controle da produção de glóbulos vermelhos (NKF, 2017b).

As principais causas da CKD são a diabetes, a alta pressão sanguínea e, em alguns casos, a predisposição genética. A diabetes, principal causadora da CKD, é uma doença tipificada pela insuficiência na produção de insulina, o que implica num aumento da pressão sanguínea arterial e dificulta o exercício das funções renais (NKF, 2017b). Essas doenças estão, por sua vez, ligadas à obesidade e ao envelhecimento. Como a obesidade deve crescer devido à piora nos hábitos alimentares e a população brasileira tende a envelhecer, essas doenças devem estar cada vez mais presentes e, conseqüentemente, influenciarão o crescimento da CKD.

A CKD é segmentada em cinco estágios, de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular (GFR), um indicador que mede a função renal (BRITO, OLIVEIRA e SILVA, 2016).

O quinto nível (CKD5) é o estágio final da Doença Renal Crônica (NKF, 2015). Quando esse estágio é atingido, os rins não conseguem mais exercer nenhuma função e o tratamento por meio de diálise ou de transplante renal é imprescindível (NKF, 2017c).

O transplante renal é considerado a melhor alternativa de tratamento da CKD5, entretanto, a dificuldade de encontrar um doador leva a maior parte dos pacientes a realizar os procedimentos de diálise (SBN, 2016b).

A pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2016, revelou que existiam 123 mil pacientes dialíticos no Brasil. Esse número apresentou um crescimento de aproximadamente 35% nos 5 anos anteriores à pesquisa (em 2011, havia 91 mil pacientes em tratamento). Desses pacientes, 24% estão na fila de espera para transplante renal. O número de clínicas que oferecem os serviços, entretanto, não acompanhou esse intenso crescimento; em 2016, existiam 747 clínicas e o número cresceu apenas 16% desde 2011, quando havia 643 clínicas (SBN, 2016a). Além disso, apenas 7% dos municípios brasileiros oferecem tratamentos

(ALTAFIN, 2017), o que dificulta o acesso ao tratamento e concentra os atendimentos em determinados polos.

O mercado de diálise possui forte integração com o Sistema Único de Saúde (SUS), 90% dos tratamentos é financiada pelo Ministério da Saúde (ALTAFIN, 2017), segundo o presidente da Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante (ABCDT). Em 2015, o SUS destinou 2,8 bilhões de reais para o custeio de serviços de nefrologia, onde a diálise se enquadra (FRASÃO, 2016). Apesar disso, apenas 10% das unidades de tratamento de diálise são de natureza pública; a maior parte dos recursos é destinada às unidades de tratamento privadas por meio de reembolso do tratamento (SBN, 2016a). Os gastos com diálises representam 10% do orçamento do Ministério da Saúde (NEFROCARE, 2017).

O grande número de unidades privadas e a obrigatoriedade do reembolso pelo SUS poderiam indicar uma grande atratividade para os negócios desse mercado. Apesar disso, discussões recentes entre a ABCDT e o Ministério da Saúde implicaram em sessões especiais no Senado para discutir os valores de reembolso pagos pelo SUS (ALTAFIN, 2017). Hoje, a situação é complexa, a ABCDT elaborou um estudo orçamentário das clínicas e chegou à conclusão que o montante do reembolso não é suficiente para garantir sustentação financeira às clínicas, o que tem implicado no descredenciamento das clínicas da rede SUS e provocando, portanto, redução nas opções de tratamento do paciente dialítico (ABCDT, 2016).

1.4 Objetivos

O presente Trabalho de Formatura tem o objetivo de recomendar a estratégia competitiva de um potencial entrante do mercado brasileiro de diálise.

O trabalho é organizado em dois momentos: análise do ambiente e a discussão dos resultados que busca a formulação da estratégia competitiva do Grupo. A análise do ambiente, por sua vez, será dividida em dois graus de granularidade: análise estrutural da indústria e análise estrutural dentro da indústria.

Como o Grupo procurou a L.E.K. Consulting para realizar uma análise local das clínicas, o presente trabalho de formatura possui o objetivo secundário de complementar o projeto desenvolvido na consultoria.

1.5 Justificativa

A importância do trabalho é justificada em diversas dimensões: para o Brasil; para a empresa onde o aluno realiza o estágio; para o aluno; e para a academia.

Para o Brasil, a discussão sobre a entrada de um provedor de saúde privado com os atuais níveis dos valores de reembolso pagos pelo SUS pode auxiliar a ABCDT no confronto com o Ministério da Saúde.

Para a L.E.K. Consulting, o trabalho faz parte de uma das divisões em que é reconhecida como líder mundial: “*Life Sciences*” (Ciências da vida). Além disso, a empresa será beneficiada por se tratar de um trabalho que poderá ser incorporado ao projeto.

Para o aluno, o desenvolvimento do projeto entra em sintonia com a dupla formação de Engenheiro de Produção pela Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, e de Engenheiro Generalista com ênfase em Empreendedorismo e Desenvolvimento de Negócios pela *Arts et Métiers ParisTech*, contribuindo na formação acadêmica e realizando a interface entre a academia e a carreira profissional.

Os temas desenvolvidos ao longo do trabalho se relacionam com as disciplinas ministradas pelo Departamento de Engenharia de Produção (PRO), em especial, à “Gestão Estratégica da Produção (PRO2803)”, na qual o âmago do trabalho de formatura é observado; e com as disciplinas ministradas pela *Arts et Métiers ParisTech*, em especial ao *Master 2*, em que as disciplinas “*Environnement de l’entreprise*” (Ambiente que tange a empresa) e “*Management Stratégique*” (Gestão estratégica), forneceram insumos importantes para a elaboração do presente trabalho.

O trabalho, como um todo, traz contribuições para o entendimento do mercado brasileiro de saúde, que apresenta um grande número de dados, mas, ainda, pouco explorados academicamente sob perspectiva estratégica.

1.6 Estrutura

Para atender aos objetivos, esse trabalho será, portanto, dividido em 7 capítulos, segundo mostra a Figura 1.

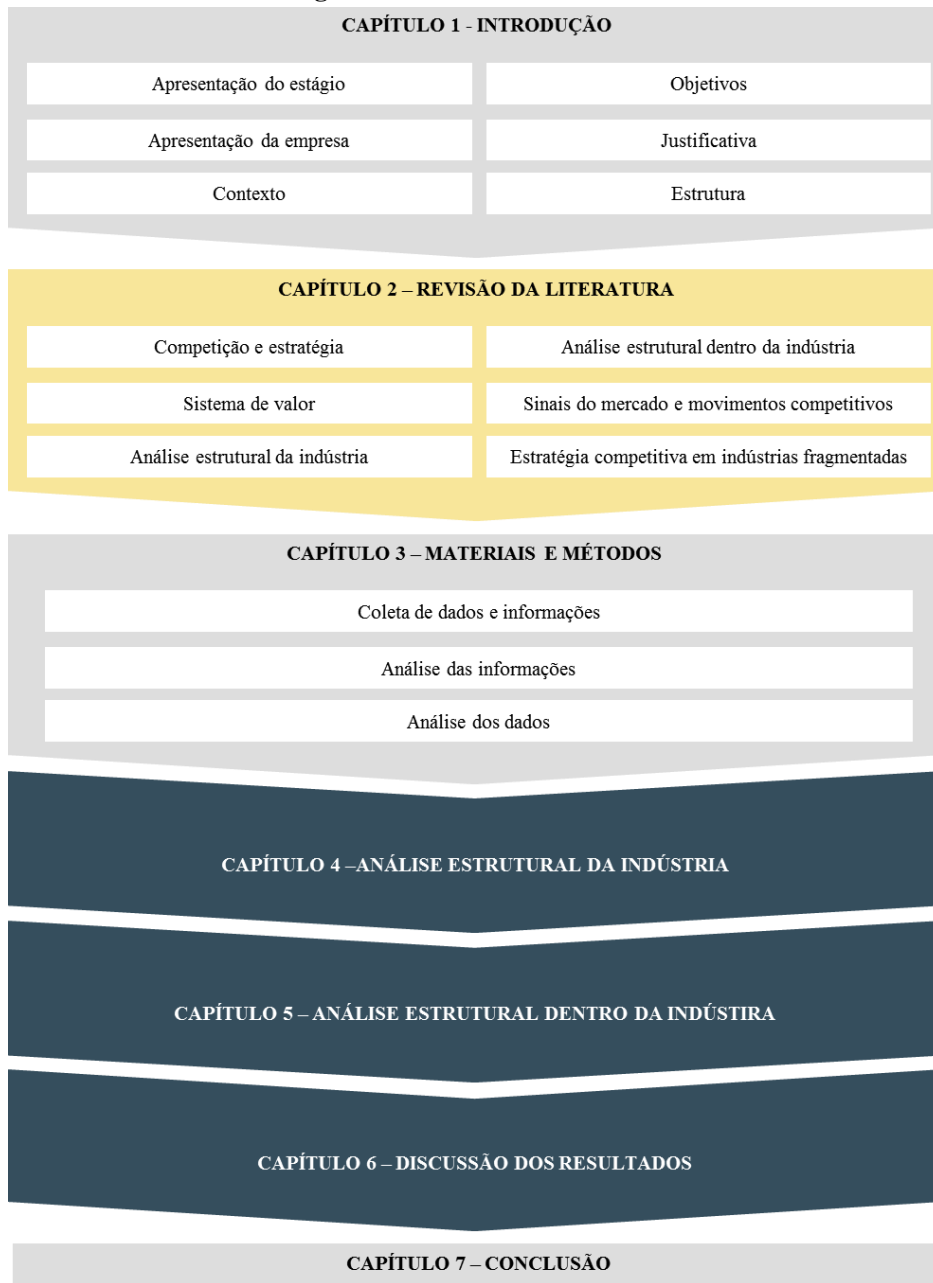
O Capítulo 2, Revisão da literatura, apresenta a revisão dos principais temas abordados durante o trabalho: competição e estratégia, sistema de valor, análise estrutural da indústria,

análise estrutural dentro da indústria, sinais do mercado e movimentos competitivos e formulação da estratégia competitiva sob a perspectiva de uma indústria fragmentada.

O Capítulo 3, Materiais e métodos, detalha a abordagem metodológica seguida durante a evolução do trabalho e as principais fontes de dados.

Os Capítulos de 4 a 6 trazem os resultados do trabalho. O Capítulo 4, Análise estrutural da indústria, apresenta os resultados da análise, que serão insumos para o prosseguimento do trabalho. O Capítulo 5, Análise estrutural dentro da indústria, apresenta os resultados da análise dos competidores que serão insumos para a formulação da estratégia competitiva. O Capítulo 6, Discussão dos resultados, consolida os resultados e apresenta a proposta de estratégia competitiva, sob a perspectiva do Grupo, para entrar no mercado brasileiro de diálise.

Finalmente, o Capítulo 7, Conclusão, consolida as principais conclusões do trabalho e sugere trabalhos relacionados que podem ser desenvolvidos a partir deste.

Figura 1 – Estrutura do trabalho

Fonte: elaborado pelo autor

2 REVISÃO DA LITERATURA

O presente capítulo busca revisar a literatura sobre os principais temas de estratégia que serão abordados neste trabalho. Ele se divide em: competição e estratégia; sistema de valor; análise estrutural dentro da indústria; sinais do mercado e movimentos competitivos; e formulação de estratégia em indústrias fragmentadas.

2.1 Competição e estratégia

Para formular uma estratégia competitiva, é necessário recorrer a conceitos fundamentais, que nortearão toda a discussão presente no trabalho de formatura.

Em 1934, o professor C. F. Gause da *Moscow University*, conhecido como “pai da biologia matemática” publicou os resultados de um experimento realizado com dois protozoários de mesmo gênero, em um frasco com alimento. Ele constatou que, se os animais fossem de espécies diferentes, eles conseguiriam ter sobrevivido; como eram da mesma espécie, não conseguiram. Esse experimento deu origem ao “princípio da exclusão competitiva”, ou, “Lei de Gause”: duas espécies idênticas não podem coexistir de maneira idêntica (HENDERSON, 1989).

Competição, então, é um conceito que existe muito antes da palavra estratégia e foi iniciado com a própria criação da vida. Na verdade, a maior parte da vida na Terra não possui estratégia para a tomada de decisões, mas utiliza a observação e os instintos, que resultam na própria teoria de seleção natural de Darwin.

A palavra “estratégia” vem do termo grego “*strategos*”, que significa “general”. Ao longo da história, esse termo teve diversos significados, desde aplicações militares até econômicas e políticas (CARVALHO e LAURINDO, 2012, p. 3-4).

No contexto dos negócios, Henderson (1989) afirma que estratégia é a busca deliberada por um plano de ação para desenvolver vantagens competitivas e compor os negócios. Por vantagens competitivas, entendem-se os atributos que permitem que uma empresa possa obter melhores resultados que seus rivais.

Henderson e Porter fazem parte da escola de pensamento do posicionamento enquanto estratégia, com a visão da formulação da estratégia enquanto um processo analítico

(CARVALHO e LAURINDO, 2012, p. 15). O conceito de estratégia vai ser abordado, durante o trabalho de formatura, a partir dessa escola.

Para Porter (1996), a maior parte das empresas combina alguns fatores como preço, função, tempo para entrega e lugar da entrega, para se diferenciar e competir no mercado; o conjunto das escolhas forma as estratégias competitivas das empresas.

A essência da estratégia é, portanto, escolher as atividades a serem priorizadas de forma diferente dos rivais, sendo que o posicionamento estratégico representa essa escolha. O posicionamento estratégico pode ser baseado nas necessidades dos consumidores, na sua acessibilidade ou numa variedade de produtos ou serviços da empresa (PORTER, 1996).

As escolhas devem ser vistas como *trade offs* (compromissos, escolha de uma opção em detrimento da outra). Isso ocorre devido à incompatibilidade que algumas atividades apresentam e, portanto, o sucesso depende da limitação da oferta da empresa.

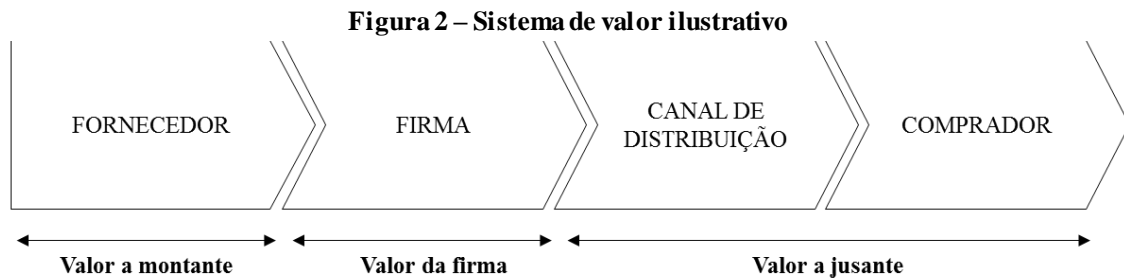
A consistência das escolhas estratégicas deve implicar num conjunto de vantagens competitivas que apresente grande dificuldade de replicação pelos rivais e que forneça bons resultados à empresa (PORTER, 1996).

2.2 Sistema de valor

Antes de estudar o sistema de valor, é necessário entender o conceito que o originou: a cadeia de valor.

A cadeia de valor representa a organização sequenciada das atividades de natureza tecnológica e econômica distintas que estão presentes na operação. A cada uma dessas atividades, é atribuída a qualidade de “atividade de valor”, sendo que, ao se conectarem, constituem a cadeia de valor. Dessa forma, segundo Carvalho e Laurindo (2012, p. 101): “A cadeia de valor compõe-se de uma série de atividades independentes conectadas através das ligações, que ocorrem sempre que uma atividade afetar o custo ou a eficiência das outras atividades”.

O sistema de valor é uma visão amplificada da cadeia de valor proposta por Porter e Millar (1985). O sistema de valor inclui as cadeias de valor dos fornecedores, da empresa, dos canais de distribuição e dos compradores. A visão sistemática das atividades traz oportunidades de criação de vantagens competitivas por meio da otimização e coordenação de esforços entre seus diversos elos. A Figura 2 apresenta um sistema de valor ilustrativo.



Fonte: adaptado de Porter e Millar (1985)

A construção do sistema encadeado pode apresentar algumas dificuldades: a primeira delas vem da ideia de linearidade implicitamente contida dentro do seu conceito, que nem sempre corresponde à realidade da indústria tratada; a segunda dificuldade é decorrente da limitação de nomenclaturas para descrever as diferentes atividades da cadeia; a terceira dificuldade está na integração das cadeias produtivas por atividades que, aparentemente, não possuem integração, mas que estão presentes na mesma indústria (MONFORT, 1983).

2.3 Análise estrutural da indústria

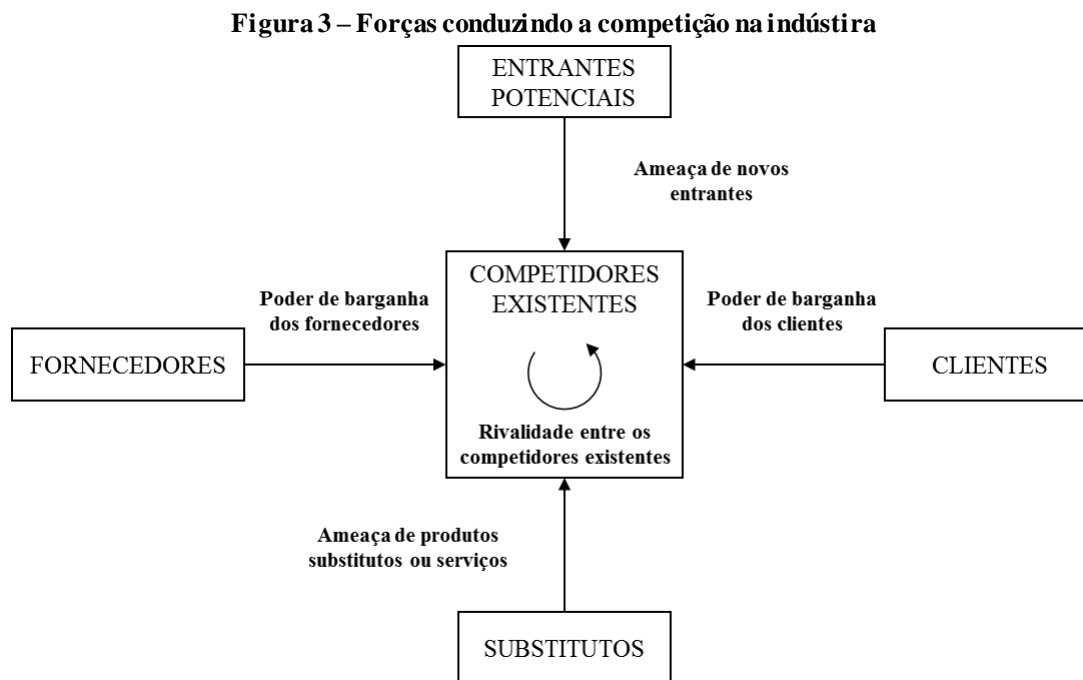
Para formular uma estratégia competitiva, é necessário estudar o ambiente onde a empresa está inserida, afinal, é necessário entender quais são as regras que regem a indústria, no objetivo de se aproveitar das oportunidades existentes e se proteger de potenciais ameaças. Para Porter (1979), a análise da indústria não deve ser utilizada para declará-la atrativa ou não-atrativa, mas para entender o que conduz a competitividade e quais são os fatores que levam a lucratividade.

A competição na indústria é enraizada na estrutura de fatores econômicos e vai muito além do comportamento dos competidores atuais, devendo ser analisada de forma sistêmica em todas as dimensões que possam lhe afetar.

Em 1979, Porter publicou, na *Harvard Business Review* (HBR), o artigo “*How Competitive Forces Shape Strategy*” (Como as forças competitivas formam a estratégia), que continha a metodologia de análise estrutural da indústria, buscando identificar os principais condutores da lucratividade de uma indústria; ele os nomeou “Cinco forças competitivas”.

As cinco forças competitivas são segmentadas entre membros do sistema de valor: clientes, fornecedores e os competidores existentes; e causadores de distúrbios no sistema:

entrantes potenciais e substitutos. A Figura 3 mostra o diagrama das cinco forças competitivas contendo a interação entre os atores da indústria.



Fonte: adaptado de Porter (1980, p. 4)

O termo “indústria” empregado durante o trabalho de formatura merece uma definição funcional específica: indústria representa o grupo de firmas que produzem produtos ou serviços que são semelhantes o suficiente para serem caracterizados como substitutos quase-perfeitos entre si e os membros do sistema de valor. Por substitutos, entendem-se os produtos que estão nas fronteiras geográficas, de processo e de produto do mercado (PORTER, 1979).

O entendimento da intensidade de cada uma das forças competitivas “ameaça de novos entrantes”, “intensidade da rivalidade entre os competidores existentes”, “ameaça de produtos substitutos ou serviços”, “poder de barganha dos clientes”, “poder de barganha dos fornecedores” é crucial para determinar a competição na indústria, sendo que a mais intensa entre elas deve ser essencial para formular a estratégia competitiva (PORTER, 1980, p. 4).

2.3.1 Ameaça de novos entrantes

A ameaça apresentada pelos novos entrantes é decorrente do aumento da capacidade produtiva do mercado, ânsia por *market share* (parcela de mercado) e, ocasionalmente, recursos para investimento.

Essa ameaça deve ser observada sob duas perspectivas: as barreiras para a entrada na indústria e as reações potenciais dos concorrentes existentes (PORTER, 1980, p. 7).

As barreiras de entrada vão determinar a dificuldade que os potenciais entrantes vão enfrentar caso decidam por realizar a entrada. Segundo Porter (1980, p. 7), existem seis principais fontes de barreiras de entrada, são elas: economias de escala, diferenciação de produto, necessidade de capital, acesso aos canais de distribuição, desvantagem em custo independentemente do tamanho e políticas governamentais.

As economias de escala se referem à diminuição dos custos unitários de produção em decorrência do aumento do volume de produção; elas são uma barreira de entrada por forçar os potenciais entrantes a entrarem com grande capacidade produtiva, o que pode representar investimentos e riscos elevados. A diferenciação de produto significa que os competidores existentes possuem reconhecimento de marca e lealdade dos consumidores; isso implica numa barreira de entrada por forçar os novos entrantes a vencer a fidelidade às empresas para acessar os clientes. A necessidade de capital é definida como o investimento financeiro requerido para obter os recursos para entrada no mercado e representam uma barreira de entrada devido aos riscos associados e aos próprios valores. O acesso aos canais de distribuição são uma barreira de entrada quando são bem estabelecidos e dominados pelos concorrentes existentes. A desvantagem em custo independentemente do tamanho é associada a tecnologias proprietárias, acesso privilegiado à matéria prima, posição geográfica favorável, subsídios governamentais e experiência na indústria; esses fatores são difíceis de serem replicados por potenciais entrantes e, portanto, determinam um tipo de barreira de entrada. A última das barreiras de entrada se refere à interferência do governo na competição natural da indústria, que ocorre por diversas razões, como: necessidade de licenças para obtenção de matéria-prima, regulações referentes à concentração do mercado, restrições em termos de poluição e segurança, necessidade de aprovação por alguma entidade do governo, etc. (PORTER, 1980, p. 7-13).

Essas barreiras de entrada apresentam, ainda, duas propriedades: elas não são estáticas e as decisões individuais dos competidores podem influenciar toda a indústria, tirando-a de seu

equilíbrio, como, por exemplo: desenvolvimento de novas tecnologias, expansão geográfica melhorias na distribuição, aumento de escala, etc. (PORTER, 1980, p. 15).

A previsão das reações dos concorrentes existentes da indústria enuncia os principais riscos, em termos de competição, que um potencial entrante pode sofrer. A expectativa sobre as reações dos competidores também vai influenciar a intensidade da ameaça de novos entrantes, já que, quando as expectativas de retaliação forem altas, a ameaça deve diminuir.

Para avaliar a probabilidade de retaliação, deve-se procurar, na indústria, fatos que possam ajudar na previsibilidade. Os principais fatos a serem analisados, segundo Porter (1980, p. 14), são: histórico de retaliação contra novos entrantes; firmas estabelecidas na indústria com recursos substanciais que podem financiar uma disputa de preços; firmas estabelecidas com ativos de baixa liquidez e com grande comprometimento à indústria; e o baixo crescimento da indústria, que diminui sua capacidade de absorver um novo competidor sem implicar na diminuição dos resultados dos concorrentes existentes.

A retaliação pode ocorrer por meio da criação de barreiras de entrada; sendo a deterioração de preços a mais comum entre elas, por impedir que o novo entrante apresente resultados positivos no início de suas operações (PORTER, 1979).

2.3.2 Intensidade da rivalidade entre os competidores existentes

A batalha por posicionamento entre os competidores existentes deve ser observada sob diferentes perspectivas. As firmas podem se valer de estratégias de preço, propaganda, introdução de produtos, melhoria na qualidade dos serviços e de garantias, etc., para obter um melhor posicionamento. A busca pela melhoria do posicionamento estratégico implica no aumento da rivalidade da indústria (PORTER, 1979).

É notável que, na maior parte das indústrias, os movimentos competitivos de uma empresa implicam em movimentos dos demais concorrentes. Os movimentos competitivos serão estudados na seção 2.5.

Algumas formas de competição são insustentáveis a longo prazo, como a diminuição drástica dos preços, que pode contribuir para a deterioração significativa da indústria, já que são facilmente copiados por outras empresas e podem dar origem a uma disputa de preços, maléfica para todos os competidores.

A intensidade da rivalidade entre os competidores existentes deve ser analisada a partir dos fatores que a influenciam. Além disso, podem ser observadas relações entre as barreiras de entrada e saída da indústria.

Os principais fatores que aumentam a rivalidade entre os competidores existentes, segundo Porter (1980, p. 18), são: numerosos competidores, competidores igualmente balanceados, crescimento lento da indústria, altos custos fixos ou de armazenamento, falta de diferenciação, aumento da capacidade em grandes incrementos, diversidade dos competidores, alta importância estratégica e barreiras de saída importantes.

Quando numerosas, as firmas geralmente acreditam que podem realizar movimentos sem serem percebidas; mesmo com a existência de poucas firmas, se os competidores estiverem igualmente balanceados em termos de tamanho e recursos percebidos, é criada instabilidade devido à disputa por clientes. O crescimento lento da indústria também implica numa competição interna maior, já que as firmas que estão buscando expansão precisam captar *market share* (parcela de mercado) das outras firmas. Os elevados custos fixos ou de armazenamento pressionam as firmas a preencherem a capacidade produtiva ao máximo, o que rapidamente leva a cortes de preço na presença de capacidade ociosa. Quando o produto ou serviço é percebido como uma *commodity* ou próximo a uma, a escolha dos clientes é determinada pelo preço, isso faz com que as empresas compitam de forma mais intensa. Quando as economias de escala estão presentes na indústria, é necessário que a capacidade produtiva seja aumentada em grandes incrementos, o que implica em desequilíbrios eventuais entre as curvas de oferta e demanda do mercado; a abundância de oferta implica no aumento da rivalidade entre os competidores existentes. Os competidores podem possuir diversas estratégias competitivas, o que leva à dificuldade de previsão das intenções e consenso sobre as “regras do jogo”. A rivalidade entre as empresas também aumenta quando existe uma necessidade de atingir uma posição sólida num mercado por razões estratégicas; uma empresa diversificada, por exemplo, pode dar grande importância para uma determinada indústria para constituir sua estratégia corporativa. Por fim, as barreiras de saída, que possuem diversas naturezas: econômicas, estratégicas e emocionais; quando altas, aumentam a rivalidade entre os competidores existentes. As barreiras de saída econômicas mais usuais são: existência de ativos especializados para a indústria, elevados custos fixos para sair, coordenação com a estratégia corporativa da empresa, vontade de permanecer do mercado por parte da diretoria e restrições sociais e governamentais (PORTER, 1980, p.18-21).

Analisar o relacionamento entre as barreiras de entrada e saída auxilia no entendimento do nível de risco de entrada na indústria e o retorno esperado. A Figura 4 mostra a relação entre as barreiras e o risco-retorno esperado.

Figura 4 – Barreiras da indústria, lucratividade e risco

		BARREIRAS DE SAÍDA	
		Baixas	Altas
BARREIRAS DE ENTRADA	Baixas	RETORNOS BAIXOS E ESTÁVEIS	RETORNOS BAIXOS A ALTO RISCO
	Altas	RETORNOS ALTOS E ESTÁVEIS	RETORNOS ALTOS A ALTO RISCO

Fonte: adaptado de Porter (1980, p. 22)

O melhor cenário ocorre quando as barreiras de entrada são altas e, as de saída, baixas; nesse caso, é esperado que poucas firmas se aventurem a entrar na indústria, enquanto que as firmas que não obterem sucesso vão deixá-la sem grandes problemas. O pior cenário, ocorre no inverso, quando os riscos são elevados, mas o mercado não apresenta elevado retorno. Quando ambas, barreira de entrada e saída são baixas, a indústria é, usualmente, composta por um grande número de players, que não possuem incentivos para deixar ou entrar no mercado, devido aos retornos baixos, mas estáveis. Quando ambas são altas, a tomada de decisão de entrada no mercado é motivada pelo alto retorno esperado, mas deve levar em consideração o alto risco (PORTER, 1980, p. 22-23).

2.3.3 Pressão por parte dos produtos substitutos

A indústria, vista sob o sentido amplo, possui produtos que apresentam o mesmo propósito que os produtos da indústria, mas com outra base tecnológica, são os chamados produtos substitutos (CARVALHO e LAURINDO, 2012, p. 48).

A pressão exercida por parte dos produtos substitutos limita o retorno potencial da indústria ao introduzir um preço máximo para os produtos da indústria; se esse preço for ultrapassado, os clientes migrarão para os produtos substitutos (PORTER, 1980, p. 23).

Os produtos que devem ser observados com maior atenção são aqueles que (1) estão sujeitos às tendências de melhoramento na relação desempenho-preço em comparação ao produto da indústria; ou (2) são produzidos em indústrias que possuem alta lucratividade (PORTER, 1980, p. 24).

2.3.4 Poder de barganha dos clientes

Numa indústria qualquer, o objetivo dos clientes é o de obter o maior valor, desembolsando a menor quantidade de dinheiro possível. Para escolher a melhor relação valor-preço, o cliente vai, então, investigar as empresas que compõem a indústria e, portanto, incentivar a competição entre as firmas (PORTER, 2008).

O poder de barganha de cada grupo de clientes depende de uma série de características da indústria e da importância relativa do valor de suas compras, em comparação com o total da indústria. Um grupo de clientes com alto poder de barganha possui, segundo Porter (1980, p. 25-27), as seguintes características: o grupo é concentrado ou compra grandes quantidades em comparação com as vendas da empresa; os produtos comprados pelo grupo representam uma fração significativa dos custos da empresa; os produtos da indústria são padronizados ou possuem pouca diferenciação; o comprador possui muita informação para realizar sua escolha.

2.3.5 Poder de barganha dos fornecedores

O poder de barganha exercido pelos fornecedores é decorrente da ameaça do aumento de preços e redução da qualidade dos insumos e serviços oferecidos (PORTER, 1980, p. 27). Fornecedores que possuem uma grande força podem diminuir significativamente a lucratividade da indústria, que, ao observar o aumento dos custos, deve aumentar os preços e, dependendo da curva de elasticidade-preço da demanda, pode alterar significativamente os resultados

As condições que tornam o poder de barganha de um grupo de fornecedores relevante são semelhantes às do grupo de clientes da seção anterior. Segundo Carvalho e Laurindo (2012, p. 45), elas são: o produto dos fornecedores é um insumo crítico; o grupo de fornecedores é

constituído por poucas companhias e mais concentrado do que a indústria em análise; a indústria, como um todo, não representa um cliente importante para o grupo de fornecedores; os produtos dos fornecedores são diferenciados e não concorrem com produtos substitutos; os fornecedores são uma ameaça concreta de integração a jusante.

Para determinar o poder de barganha entre compradores e fornecedores, Cox et. al (2001) propõe avaliar os fornecedores sob as dimensões de poder do comprador sobre o fornecedor e poder do fornecedor sobre o comprador. Essa matriz está disposta na Figura 5.

Figura 5 – Matriz de poder entre fornecedores e clientes

		PODER DO FORNECEDOR SOBRE O CLIENTE	
		Baixas	Altas
PODER DO CLIENTE SOBRE O FORNECEDOR	Baixas	INDEPENDÊNCIA	DOMINÂNCIA DO FORNECEDOR
	Altas	DOMINÂNCIA DO CLIENTE	INTERDEPENDÊNCIA

Fonte: adaptado de Cox et al. (2001)

2.3.6 Governo enquanto força de competição

As discussões sobre os impactos das ações governamentais são geralmente relacionadas às barreiras de entrada. Porter (1980, p. 28-29) sugere que o governo pode ser visto como um potencial influenciador na estrutura da indústria por meio de regulamentações que restringem o comportamento de fornecedores e clientes, incentivos tributários e restrições competitivas.

É incentivado que o impacto do governo seja analisado junto às forças competitivas da indústria, mas, em algumas situações, a análise do governo enquanto uma força de competição pode ser feita de forma independente (PORTER, 1979).

2.3.7 Críticas ao modelo

Existem diversas críticas ao modelo das cinco forças competitivas proposto por Porter (1979). Dentre elas, Duhan; Levy e Powell (2001) observam que a utilização do modelo pode apresentar desafios para indústrias, nas quais o sistema de valor é menos evidente, devido à integração dos processos, o que dificulta o apontamento das atividades de valor. Em empresas que possuem o conhecimento como base (ex.: consultorias, empresas de base tecnológica, serviços financeiros, etc.), a observação é ainda mais pertinente: o principal ativo dessas empresas é o capital humano, no conhecimento individual dos especialistas, usualmente repassados de forma informal. Esse conhecimento pode gerar vantagens competitivas importantes, difíceis de serem replicadas e que não são observadas no modelo de Porter.

Johnson; Scholes e Whittington (2009) defendem, ainda, que a utilização de um *framework* genérico de análise pode comprometer a acurácia dos resultados. Os autores defendem que, para maior parte das indústrias, analisar os clientes de forma genérica pode comprometer completamente a análise, devendo, assim, segmenta-los em *clusters* para promover uma visão coerente com a realidade da indústria. Dessa forma, o modelo seria melhor aplicado para indústrias de estrutura simples, com poucos segmentos de clientes. Thurlby (1998) aponta, ainda, que o modelo proposto é estático e não compactua indústrias, nas quais a competição possui caráter dinâmico.

Tapscott (2001) defende que a introdução da internet não é contemplada pelo modelo, mesmo após a publicação de Porter (2001) que avaliava o impacto da internet nas forças competitivas. Tapscott acredita que a competição, após a internet, é completamente diferente, já que novos modelos de negócio são criados e o conhecimento é a principal fonte de vantagem competitiva, enquanto que Porter acredita que a internet deve reforçar as vantagens competitivas da empresa e que não é necessária uma abordagem revolucionária para a formulação da estratégia. A indústria de diálise, entretanto, não é severamente impactada pelo uso da internet e, por isso, essa crítica não é tão relevante para o presente trabalho.

McGinn (2010) observa que o governo, no modelo de Porter, é observado como fator que altera a competitividade e não como uma força. Ele argumenta que o governo possui um papel muito maior e, ainda que não seja observado como uma força, pode alterar significativamente as regras da competição na indústria. A visão de McGinn está intimamente ligada com a indústria em questão, de diálise. O Governo, enquanto principal pagador da

indústria, possui muita influência, que deve ser vista com cautela, durante a aplicação do modelo.

2.4 Análise estrutural dentro da indústria

A análise estrutural da indústria traz perspectivas importantes sobre as naturezas da competição numa determinada indústria, buscando analisá-la como um todo. As diferentes firmas que compõem essa indústria possuem, entretanto, estratégias competitivas diferentes. Sendo assim, é necessário analisar as diferentes estratégias sobre a perspectiva das dimensões que as diferenciam.

A análise estrutural dentro da indústria busca explicar as razões de diferentes *performances* entre os competidores da indústria, por meio da análise dos grupos estratégicos.

2.4.1 Dimensões estratégicas

As dimensões das estratégias competitivas que podem ser alteradas para a obtenção de um posicionamento estratégico singular variam de acordo com a indústria a ser analisada. As principais dimensões, segundo Porter (1980, p. 127-129), são:

- Especialização: representa o grau de foco dos esforços em termos de variedade de produtos, segmento-alvo de consumidores e geografia;
- Identificação da marca: intensidade da busca por identificação de marca, em detrimento da competição baseada majoritariamente em preços ou outras variáveis. A identificação da marca pode ser obtida por meio de propaganda, força de vendas ou outros meios;
- Push versus pull: grau de importância dado pela empresa no desenvolvimento da identificação de marca junto ao consumidor, em detrimento da importância dos canais de distribuição para vender o seu produto;
- Seleção de canal: escolha dos canais de distribuição variando entre canais próprios e terceirização a empresas especializadas;
- Qualidade do produto: grau de qualidade do produto em termos de matéria-prima, especificações, aderência às tolerâncias, funções, etc.;

- Liderança tecnológica: intensidade da busca por liderança tecnológica em comparação com as opções de seguir ou imitar as tecnologias existentes;
- Integração vertical: extensão da adição de valor na cadeia refletindo a integração à montante e a à jusante da cadeia produtiva;
- Posição em custo: intensidade da busca por uma posição de baixo custo em termos de produção e distribuição por meio de investimentos em instalações e equipamentos que diminuam os custos totais;
- Política de preços: posicionamento relativo em preço. Esse posicionamento implica, geralmente, em outras dimensões estratégicas, como a de qualidade do produto e posição em custo, mas a política de preços é uma dimensão estratégica distinta, merecendo avaliação individual;
- Alavancagem financeira e operacional: intensidade da alavancagem financeira e operacional da empresa.

As decisões acerca de uma dimensão estratégica afetam, também, outras dimensões. Porter (1980, p. 129) explica que essas dimensões estão, na verdade, relacionadas, devido à necessidade de coerência nas decisões estratégicas, objetivando criar uma estratégia consistente e que seja capaz de gerar vantagens competitivas.

A escolha das dimensões estratégicas deve ser adaptada às particularidades da indústria, permitindo o agrupamento de empresas com estratégias similares e diferenciação dos grupos (MCGEE e THOMAS, 1986).

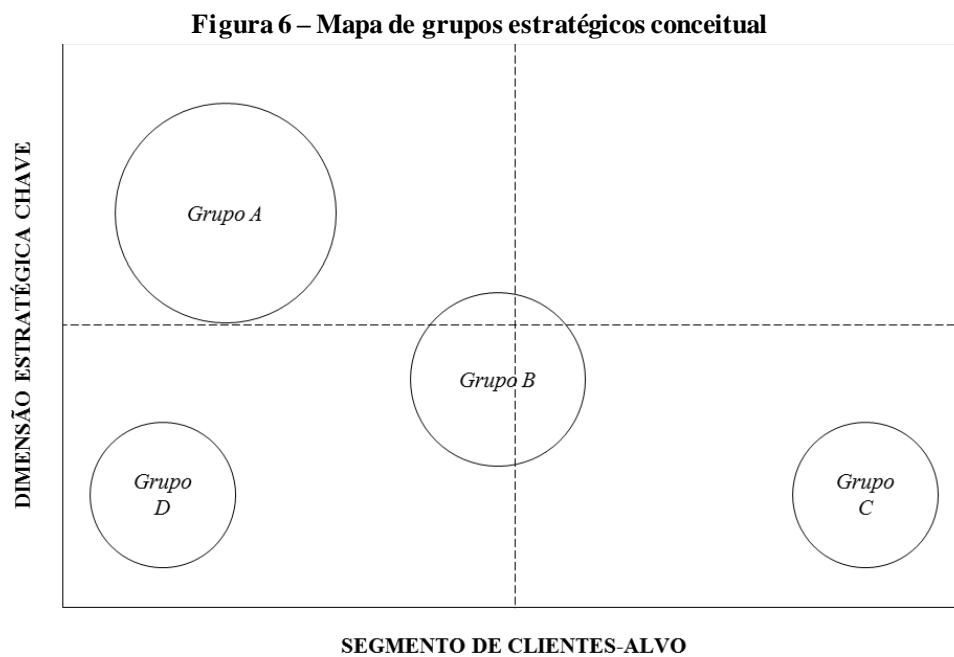
2.4.2 Grupos estratégicos

Pela definição de estratégia vista na seção anterior, é necessário que cada empresa encontre um posicionamento estratégico único para se diferenciar. Apesar disso, existem empresas que possuem estratégias similares em relação às dimensões estratégicas; essas empresas fazem parte, então, de um grupo estratégico (CARVALHO e LAURINDO, 2012, p. 51). Se, num extremo, todas as empresas seguem a mesma estratégia, diz-se que existe apenas um grupo estratégico; no outro, se cada empresa segue uma estratégia diferente, o número de grupos é igual ao de empresas na indústria (PORTER, 1980, p. 129).

2.4.3 Análise dos grupos estratégicos

A análise por grupos estratégicos é um recurso analítico que auxilia a análise estrutural dentro da indústria. Ela se apresenta como um *framework* intermediário entre a visão holística proposta na análise estrutural da indústria e a visão individual das empresas.

A análise através do mapa dos grupos estratégicos permite demonstrar, de forma gráfica, os diferentes grupos estratégicos posicionados de acordo com as dimensões escolhidas. A Figura 6 mostra um mapa de grupos estratégicos conceitual.



Fonte: adaptado de Porter (1980, p. 131)

Segundo Carvalho e Laurindo (2012, p. 54) e McGee e Thomas (1986), o mapa de grupos estratégicos também permite realizar outras análises importantes no contexto da análise estrutural dentro da indústria, como: identificação das barreiras de mobilidade; identificação de grupos marginais, representação gráfica das direções dos movimentos estratégicos, análise das tendências e previsão de reações dos competidores.

2.5 Sinais do mercado e movimentos competitivos

Os sinais e movimentos competitivos auxiliam no acompanhamento da evolução da indústria, visto que a competição é um processo dinâmico ao longo do tempo (CARVALHO e LAURINDO, 2012, p. 123).

É importante o entendimento de que as ações de uma empresa não são isoladas; elas influenciam na tomada de decisão dos outros competidores. A seção traz, portanto, um estudo dos sinais do mercado e dos movimentos competitivos que vão nortear a evolução da competição no mercado.

2.5.1 Sinais do mercado

Um sinal do mercado é caracterizado por qualquer ação que um competidor demonstra que indique, diretamente ou indiretamente, suas intenções, motivações, objetivos ou situação interna. O comportamento dos competidores gera os sinais, que podem significar comprometimento com ações, avisos ou blefes. Entender esses sinais pode trazer contribuições importantes para a formulação da estratégia (PORTER, 1980, p. 75).

As formas mais importantes de sinais do mercado são, segundo Porter (1980, p. 76-86): aviso prévio dos movimentos; anúncio de resultados ou de ações posteriores aos fatos; discussões públicas sobre a indústria; explicações dos competidores acerca de seus próprios movimentos; discussões sobre as táticas dos competidores acerca do que poderiam ter feito; explicações sobre a implementação da estratégia, mudança dos objetivos da empresa, e divergência dos objetivos da indústria; introdução de novas marcas na indústria; e processos privados antitruste.

2.5.2 Movimentos competitivos

Na maior parte das indústrias, a principal característica da competição é que as firmas dependem entre si: as firmas sentem os efeitos de cada uma das outras e estão aptas a reagir a eles (PORTER, 1980, p. 88). Dessa forma, é necessário entender os movimentos possíveis, os quais possuem três naturezas segundo Porter (1980, p. 92-99): movimentos cooperativos (ou não ameaçadores), movimentos ameaçadores e movimentos defensivos.

Os movimentos cooperativos (ou não ameaçadores) são caracterizados pela cooperação ou não-ameaça aos outros competidores da indústria, divididos em três categorias: movimentos

que melhoram o posicionamento da firma e, também, o dos outros competidores, mesmo que eles não estejam relacionados; movimentos que melhoram o posicionamento da firma e, também, o dos outros competidores, somente se existirem muitos competidores que responderem ao movimento; e movimentos que melhoram o posicionamento da firma, porque os outros competidores não irão responder ao movimento (PORTER, 1980, p. 92-95).

Os movimentos ameaçadores caracterizam os movimentos que apresentam uma melhoria no posicionamento da firma, potencialmente prejudicando os outros competidores. Os movimentos ameaçadores são comumente seguidos por retaliação, o que pode prejudicar a firma (PORTER, 1980, p. 95-98).

Os movimentos defensivos são os que levam os concorrentes a repensarem suas ações e, em parte dos casos, desistirem de seus movimentos (PORTER, 1980, p. 98-99).

2.6 Estratégia competitiva em indústrias fragmentadas

A formulação de uma estratégia competitiva em indústrias fragmentadas apresenta diferenciais em relação aos mercados de competição com uma firma dominante, por não existir nenhum competidor capaz de influenciar a indústria de maneira individual e assertiva. A indústria de diálise é um exemplo de indústria fragmentada e, por isso, a formulação da estratégia competitiva nesse mercado deve ser analisada sob essa perspectiva.

2.6.1 Fatores que levam à fragmentação de indústrias

Uma indústria é dita fragmentada quando nenhum dos competidores possui *market share* relevante (PORTER, 1980, p.191). As indústrias são fragmentadas por um grande número de razões. Os grandes *drivers* econômicos da fragmentação devem ser estudados para a elaboração de uma estratégia condizente, seja para vencer a fragmentação, seja para lidar com ela. Mesmo que esses *drivers* variem conforme a indústria, existem, segundo Porter (1980, p.196-200) algumas características principais que se repetem um grande número de vezes entre as indústrias, são elas: baixas barreiras de entrada; ausência de economias de escala ou curva de aprendizado; altos custos de transporte; altos custos de estoque ou alta sazonalidade; poder de barganha com fornecedores e clientes baixos, independentemente do tamanho da firma; necessidades diversas dos consumidores; grande diferenciação entre produtos; barreiras de saída importantes; regulações locais específicas; proibição governamental de concentração do mercado; ou indústria nova.

Praticamente todas as indústrias fragmentadas possuem baixas barreiras de entrada; de outra forma, a indústria não seria composta de um grande número de pequenas firmas; apesar desse critério ser praticamente um pré-requisito das indústrias fragmentadas, ele não consegue explicar, sozinho, as razões da fragmentação, sendo necessariamente acompanhado por uma das outras características que seguem. A maior parte das indústrias fragmentadas são caracterizadas pela ausência de economias de escala ou de curva de aprendizado, implicando assim em um grande número de concorrentes que não conseguem obter ganhos acima da média para consolidar o mercado. Os altos custos de transporte também limitam o tamanho e a eficiência da planta ou implicam na produção local, impedindo ganhos em economias de escala. Mesmo que existam economias de escala no processo produtivo, essa economia pode não ser suficiente se o custo de manutenção do estoque for alto ou se a demanda for sazonal. Se a estrutura de clientes e fornecedores for de tal forma que não existem ganhos significativos na barganha por preços, a indústria tende a ser fragmentada; isso ocorre quando existe um grupo de clientes ou de fornecedores que é muito representativo. Em algumas indústrias, as vontades dos clientes são múltiplas, o que implica no crescimento da rivalidade dos competidores na busca por clientes, já que produções em menores escala levam a ineficiências de escala. Se a diferenciação dos produtos for grande e baseada em imagem, isso pode limitar o tamanho da empresa: grandes produções podem ser inconsistentes com a imagem de exclusividade que o cliente pode estar adquirindo. Na presença de barreiras de saída importantes, as firmas tendem a se manter no mercado e dificultar o processo de consolidação, existindo, assim, empresas que operam sem objetivar lucro; além disso, fatores emocionais, como o apelo romântico, ajudam a explicar a operação, apesar da baixa lucratividade. Regulamentações locais podem criar padrões que demandam especificidades regionais e que, portanto, contribuem para a fragmentação do mercado. Algumas indústrias possuem restrições legais contra a consolidação, devido a geração de externalidades negativas. Por fim, uma indústria pode ser fragmentada simplesmente porque é nova e as firmas ainda não desenvolveram as habilidades e recursos para comandar significativamente o mercado, mesmo que não haja nenhum outro impedimento para a consolidação (PORTER, 1980, p. 196-200).

2.6.2 Superando a fragmentação

Consolidar o mercado significa, então, superar as características econômicas que fizeram a indústria se fragmentar inicialmente. As principais abordagens, segundo Porter (1980, p. 201-204) para realizar a consolidação são: criar economias de escala; padronizar diversas

necessidades do mercado em um número limitado de produtos ou serviços; neutralizar ou separar os principais aspectos responsáveis pela fragmentação; realizar numerosas aquisições; reconhecer, cedo, as tendências do mercado.

Como a indústria é fragmentada, ela provavelmente possui baixas barreiras de entrada e uma grande quantidade de firmas que dificilmente vão apresentar uma reação de retaliação expressiva contra a consolidação. Dessa forma, a consolidação se torna majoritariamente dependente do aporte financeiro do consolidador.

2.6.3 Lidando com a fragmentação

Quando não é possível superar os fatores econômicos que tornaram a indústria fragmentada, é necessário lidar com a fragmentação.

Como a indústria possui muitos competidores, as empresas ficam em uma posição fraca frente a fornecedores e clientes, o que implica na diminuição das margens. Essa relação de poder deve ser investigada para elaborar a estratégia competitiva nesse tipo de indústria.

Apesar da existência de diferenças significativas nas indústrias fragmentadas, Porter (1980, p. 207-210) discute posturas a serem adotadas para lidar com a fragmentação: descentralização bem gerenciada; abertura de múltiplas unidades em geografias diferentes; incremento no valor adicionado por meio de serviços adicionais ou integrando mais funções aos produtos; especialização em um tipo de produto ou um segmento de produtos; especialização em um segmento de consumidores; especialização em um tipo de oferta; foco em uma geografia específica; diminuição do preço em detrimento da qualidade; e integração a montante.

2.6.4 Armadilhas estratégicas potenciais

O ambiente da indústria fragmentada está submetido a um grande número de armadilhas estratégicas potenciais. Essas armadilhas devem servir de “*red flags*” para a formulação da estratégia na indústria. Porter (1980, p. 210-212) evidencia as seguintes armadilhas: a busca por dominância, já que a própria fragmentação induz essa busca, que é fútil, a menos que alguma das características estruturais apresente mudanças; a falta de disciplina estratégica, que deve correr por meio de foco ou especialização; centralização excessiva: já que grande parte da competitividade é lastreada na capilaridade dos serviços, força de vendas local, contatos,

controle próximo à operação e habilidade de mudar a estratégia rapidamente, a centralização excessiva se torna contra produtiva, aumentando muito o tempo de resposta e diminuindo os incentivos aos colaboradores da empresa; a premissa de que os outros competidores possuem os mesmos objetivos e recursos, porque a indústria é formada por diversas empresas, que podem possuir razões não-econômicas para sua existência; e as reações excessivas a novos produtos, já que a sua introdução não significa, necessariamente, a dominância do mercado: as vontades dos consumidores são diversas e ainda não existe familiaridade com as funcionalidades dos novos produtos.

2.6.5 Formulação da estratégia

Porter (1980, p. 213-214) propõe um *framework*, composto por perguntas organizadas em uma sequência lógica, para formular uma estratégia competitiva em indústrias fragmentadas. Ele é composto por cinco etapas:

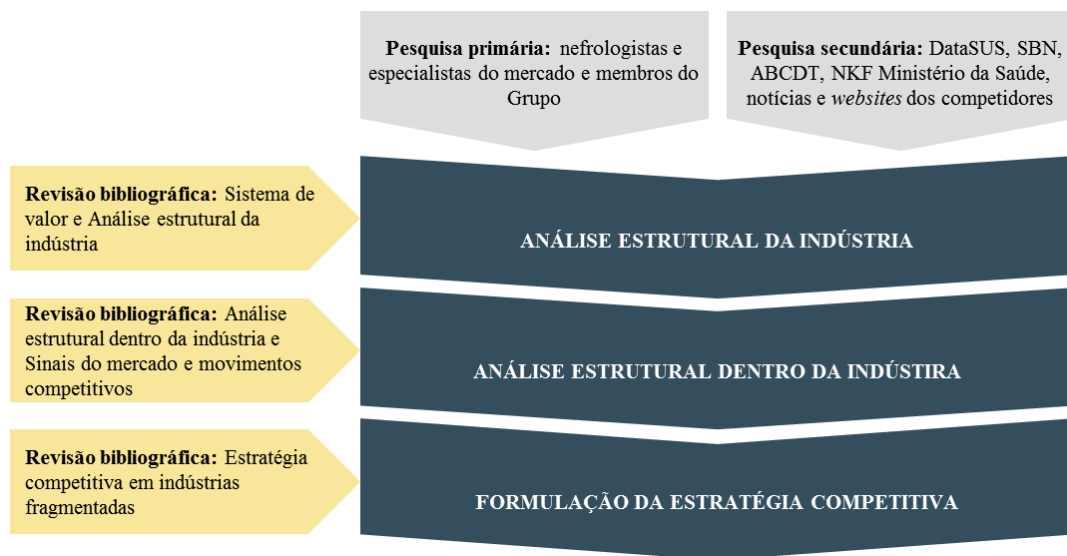
- Primeira etapa: Qual é a estrutura da indústria e qual é o posicionamento dos competidores?
- Segunda etapa: Por que a indústria é fragmentada?
- Terceira etapa: A fragmentação pode ser superada? Como?
- Quarta etapa: Superar a fragmentação é lucrativo? Como a empresa deve ser posicionar para fazer isso?
- Quinta etapa: Se a fragmentação for inevitável, qual é a melhor alternativa para lidar com isso?

O *framework* para formulação da estratégia envolve ambas, análise estrutural da indústria e análise estrutural dentro da indústria, e apresenta um estudo posterior para entender as razões da fragmentação, avaliando a possibilidade da superação para formular a estratégia competitiva.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Esse capítulo é destinado a mostrar os métodos de pesquisa utilizados para coleta e análise dos dados, conforme sumarizado na Figura 7.

Figura 7 – Visão geral dos métodos de pesquisa utilizados no Trabalho de Formatura



Fonte: elaborado pelo autor

3.1 Coleta de dados e informações

A coleta de informações pautou-se em fontes primárias e secundárias.

3.1.1 Pesquisa primária

Foram realizadas 14 entrevistas com médicos nefrologistas, clínicas de diálise, especialistas do mercado e membros do Grupo, com objetivos diferentes, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Plano para pesquisa primária

Categoria	Número de entrevistados	Pontos de discussão
Médicos nefrologistas	2	<ul style="list-style-type: none"> • Papel do médico no tratamento dialítico; • Diferenças entre os tratamentos da CKD5; • Evolução dos fatores de risco da doença; • Problemas estruturais brasileiros com relação ao diagnóstico da doença em regiões menos desenvolvidas.
Clínicas de diálise	3	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento do mercado (interação com médicos, fornecedores e pagadores); • Dificuldades de operação com os atuais valores de reembolso do SUS; • Valores de reembolso dos planos de saúde; • Regulamentações do mercado; • Tipos de remuneração por parte do plano de saúde (conta aberta vs. conta fechada).
Especialistas do mercado (consultores e ex-funcionários da indústria)	7	<ul style="list-style-type: none"> • Interação das clínicas com os planos de saúde; • Cadeia de suprimentos da indústria (relação com os fornecedores); • Movimentos dos competidores e sinais do mercado; • Tendências do mercado (verticalização e consolidação); • Fontes de dados do mercado.
Membros do Grupo	2	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos do Grupo com a entrada no mercado.

Fonte: elaborado pelo autor

3.1.2 Pesquisa secundária

A pesquisa secundária é utilizada tanto para a melhor compreensão das nuances da indústria, quanto para realizar análises de dados. Ela pauta-se em diversas fontes, que são de natureza pública e podem ser acessadas nos *websites* dos envolvidos.

O Ministério da Saúde oferece uma série de bases de dados relativas aos mercados de saúde. As que serão utilizadas durante o presente trabalho de formatura são:

- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP): disponibiliza informações sobre os valores de reembolso dos procedimentos dialíticos;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): apresenta informações sobre as clínicas de diálise (cidade de origem e número de máquinas);
- Departamento de Informática do SUS (DataSUS): tem registro de pacientes dialíticos (cidade de origem do paciente, estabelecimento onde realizou o tratamento e tipo de tratamento realizado).

Todas as bases do Ministério da Saúde serão utilizadas para o mês de janeiro de 2017, já que a demanda por tratamentos não apresenta sazonalidade, devido às características da CKD5, que requer o tratamento continuado para preservar a vida do paciente.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) realiza pesquisas com clínicas de diálise para entender a situação da indústria no Brasil. Os dados presentes nessa pesquisa e que serão pertinentes ao trabalho são: número de pacientes da CKD5 por tipo de tratamento realizado, as principais causas da CKD5, informações sobre as clínicas (número de clínicas e taxa de ocupação dos equipamentos), e lista de espera para os transplantes renais.

Por fim, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza as categorias dos planos de saúde e o número de beneficiários por cada categoria. Esses dados vão enriquecer a discussão relativa aos pagadores do sistema privado.

Para compreender as nuances médicas relacionadas ao mercado, além de entrevistas, foram realizadas extensas pesquisas nos diretórios da Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante (ABCDT), portarias de regulamentação do mercado pelo Ministério da Saúde, as explicações da SBN e da *National Kidney Foundation* (NFK), *websites* das principais empresas da indústria e notícias.

3.2 Análise das informações

Este trabalho de formatura está dividido em três capítulos de resultados, que se organizam de forma sequenciada com o objetivo de formular a estratégia competitiva do novo entrante. O primeiro passo é, então, realizar a análise estrutural da indústria para entender como a estratégia

deverá estar relacionada com o ambiente; em um segundo momento, é realizada uma avaliação estrutural dentro da indústria para compreender como os grupos estratégicos se posicionam na indústria; e, finalmente, realizar a formulação da estratégia observando que se trata de uma firma de *private equity* entrando numa indústria fragmentada.

3.2.1 Análise estrutural da indústria

A metodologia para análise estrutural da indústria é baseada, majoritariamente, na abordagem proposta por Porter (1979, 1980), revisada na seção 2.3. A análise é precedida pela visão geral sobre o sistema de valor da indústria, para melhor entendimento dos principais atores. Após essas análises, o objetivo é aplicar o conceito das cinco forças competitivas e determinar os principais *drivers* da lucratividade e os riscos da indústria. Vale ressaltar que a força exercida pelo governo é observada dentro das cinco forças competitivas, já que o mercado de diálise é altamente influenciado por ela sob cada uma das perspectivas.

3.2.2 Análise estrutural dentro da indústria

A análise estrutural dentro da indústria fornece os principais *drivers* para as diferenças de *performances* entre os competidores. Essa análise também busca por ameaças e oportunidades de posicionamento estratégico que servirão de base para a formulação da estratégia competitiva.

A análise é iniciada com uma visão geral dos principais competidores e os principais sinais do mercado e movimentos competitivos que apresentaram recentemente.

Para realizar a análise estrutural dentro da indústria, estudada durante a seção 2.4, é necessário, primeiramente, decidir as principais dimensões estratégicas que alteram o posicionamento dos competidores e, na sequência, organizá-los em grupos estratégicos.

3.2.3 Formulação da estratégia competitiva

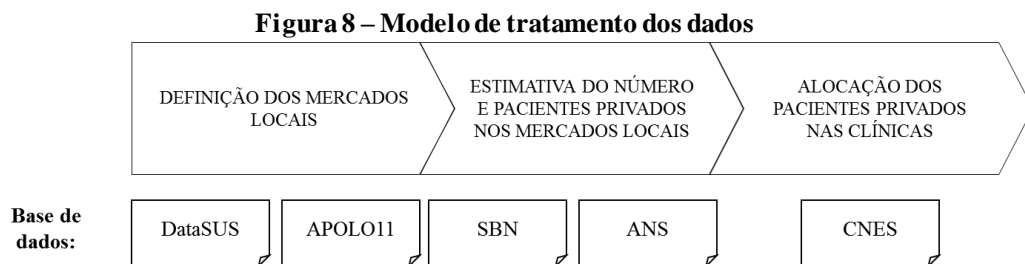
A formulação da estratégia competitiva será realizada à luz da teoria proposta por Porter (1980), apresentada na seção 2.6. Para tanto, é necessário recolher os resultados dos outros capítulos e entender os objetivos do Grupo com a entrada no mercado. A formulação da estratégia competitiva ocorre no capítulo de discussão dos resultados.

3.3 Análise dos dados

O principal desafio de análise dos dados está na estimativa do número de pacientes para cada uma das clínicas de diálise. Essa seção se destina, portanto, a expor o método que foi utilizado para realizar as estimativas.

Antes de iniciar a modelagem, deve-se compreender suas motivações. O número de pacientes por clínica segmentados entre pacientes do sistema privado e do público para hemodiálise e diálise peritoneal será utilizado na análise estrutural dentro da indústria. Os resultados serão utilizados, de forma geral, em histogramas e gráficos agrupados, sem observação individual das clínicas; já que o modelo é visto como uma estimativa. Adicionalmente, as interações intermediárias vão possibilitar diversas análises, presentes nos demais capítulos de resultados deste trabalho de formatura.

A análise dos dados vai seguir três etapas: definição dos mercados locais, estimativa do número de pacientes nos mercados locais, e alocação dos pacientes para as clínicas, como pode ser visto na Figura 8.



Fonte: elaborado pelo autor

3.3.1 Definição dos mercados locais

O fenômeno dos mercados locais ocorre devido à presença de clínicas em regiões próximas geograficamente. Já que o Brasil possui 763 clínicas e 5.570 cidades, é de se esperar que os pacientes se desloquem para realizar tratamento das cidades que não possuem clínicas até as que possuem.

Constata-se, a partir da base de dados do DataSUS (2017), que existem pacientes que possuem residência numa cidade e realizam tratamento em outra. Esses dados serão a base da definição das fronteiras de tratamento: em que regiões as clínicas competem entre si por pacientes.

O método de definição dos mercados locais é inspirado em ANS (2015), que explica como definiu os mercados relevantes de saúde para os planos de saúde no Brasil, a qual, por sua vez, foi inspirada no uso de evidências econômicas para a definição geográfica de mercado relevante, como apresentado em Hidebrand (2009, p.444-450).

Em um mercado de saúde qualquer, a equação a seguir deve ser válida:

$$P_T = P_I + P_M - P_X$$

Onde P_T representa o total de pacientes do mercado, P_I representa os pacientes que habitam e se tratam no mercado, P_M representa os pacientes que não habitam o mercado, mas que buscam lá o tratamento e P_X representa os pacientes que habitam o mercado, mas que o deixam em busca de tratamento.

Com essa equação, é possível estimar dois indicadores estatísticos: *Little in from outside* (LIFO) e *Little out from inside* (LOFI). O LIFO é um indicador de importação de serviços do mercado, enquanto que o LOFI é um indicador de exportação de serviços do mercado. Eles são calculados pela seguinte equação:

$$\text{LIFO} = \frac{P_X}{P_I} \quad \text{e} \quad \text{LOFI} = \frac{P_M}{P_I}$$

Um mercado considerado relevante deve possuir ambos os indicadores baixos. Utiliza-se dessas estatísticas para verificar se a área geográfica definida no mercado relevante é consistente com o seu fluxo de serviços médicos (ANS, 2015). Portanto, o objetivo do método de definição dos mercados relevantes será o de gerar mercados com baixos índices LIFO e LOFI.

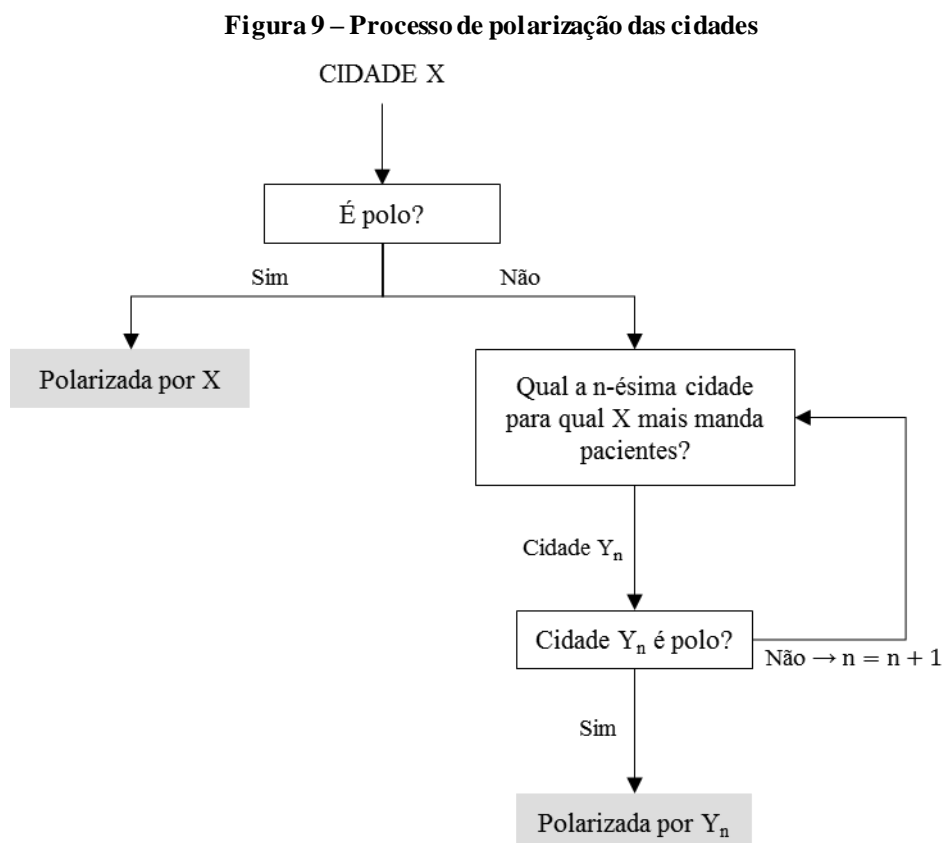
A primeira etapa é, então, a definição dos polos de tratamento dialítico. A partir dos dados do DataSUS (2017), foram calculados os indicadores LIFO e LOFI para todas as cidades, dessa forma, utilizou-se as fronteiras geográficas dos municípios como unidade básica. Depois disso, foram estabelecidas duas condições para admitir a cidade como polo de tratamento:

- Se $\text{LIFO} < 20\%$ ou $\text{LOFI} > 40\%$, a cidade é um polo de tratamento: isso mostra que as taxas de exportação de serviços são altas ou as taxas de importação de serviços são baixas, o que implicaria que outras cidades participariam do mercado sendo polarizadas por esse polo;
- Se $\text{LIFO} > 35\%$, a cidade não é um polo de tratamento: mostra que se o nível de importação de serviços da cidade for muito alto, ela está importando serviços

de outra região e, portanto, não é um polo de tratamento (essa condição só é necessária se $LOFI > 40\%$).

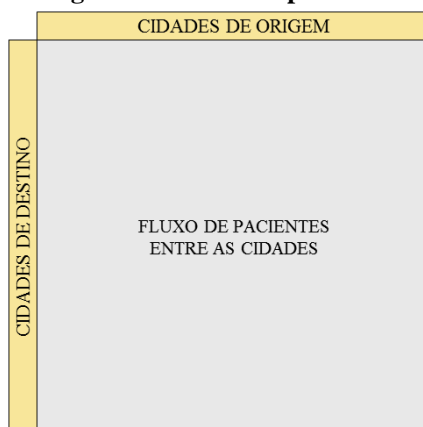
A primeira etapa resultou, portanto, em 366 polos de tratamento.

A segunda etapa é a polarização das outras cidades, a qual vai ser feita a partir de um processo iterativo, como mostrado na Figura 9.



Fonte: elaborado pelo autor

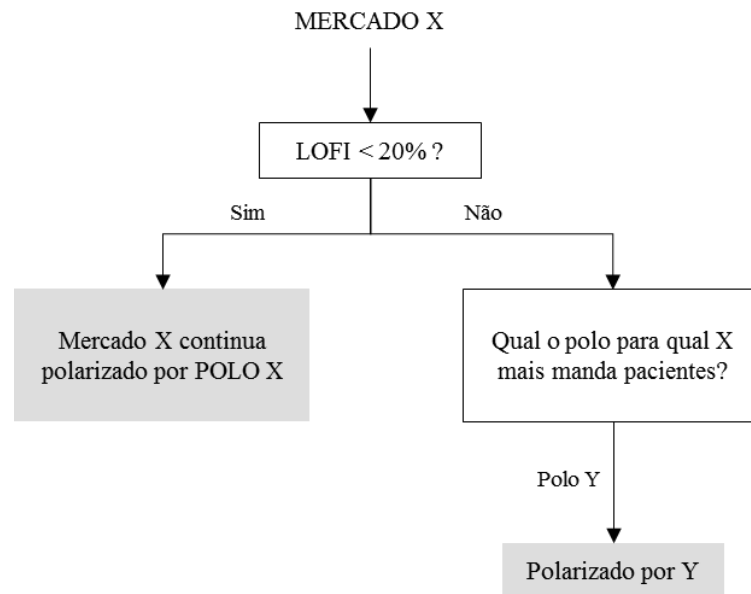
Para tanto, foi construída uma matriz que avaliava o fluxo de pacientes entre as cidades, como mostrado na Figura 10.

Figura 10 – Fluxo de pacientes

Fonte: elaborado pelo autor

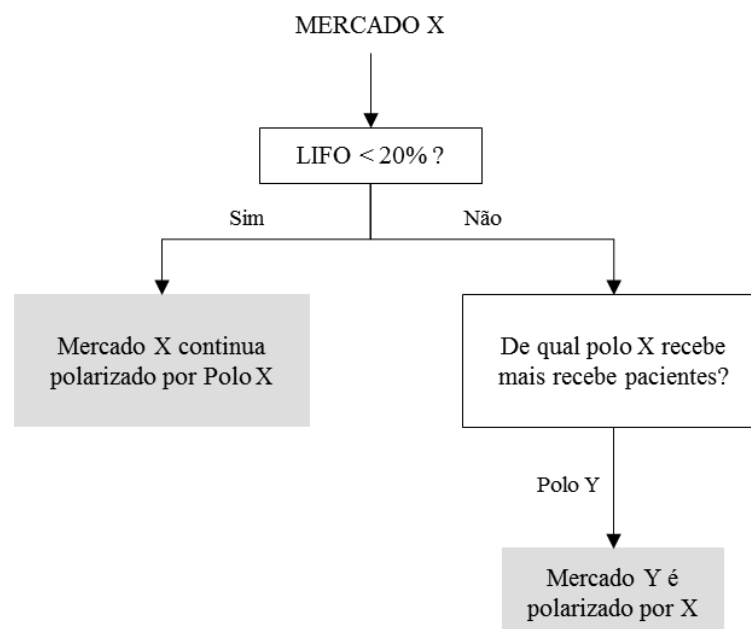
A terceira etapa trata do teste estatístico das variáveis LIFO e LOFI e será, igualmente, feita a partir de um processo iterativo, agregando os mercados quando os níveis de LIFO ou LOFI forem altos. O critério do teste de hipótese utilizado para corte foi de 20%, próximo ao utilizado em ANS (2015). A hipótese (H_0) testada foi de que os mercados estão bem agregados. Dessa forma, se $LIFO < 20\%$ e $LOFI < 20\%$ para todos os mercados, pode-se dizer que H_0 é verdadeira e, portanto, os mercados estão bem agregados.

A primeira interação mostrou que, em 36 mercados, a hipótese é rejeitada e, portanto, a agregação não é boa. Para a segunda interação, então, buscou-se agregar esses mercados aos mercados. A primeira agregação ocorreu por meio do LOFI, de importação de serviços. A agregação dos mercados ocorreu de forma similar à dos polos, conforme mostra o processo descrito na Figura 11.

Figura 11 – Processo de agregação de mercados pelo LOFI

Fonte: elaborado pelo autor

Após a primeira agregação, apenas 12 mercados locais refutaram a hipótese e, portanto, não estavam agregados. Portanto, foi realizada uma segunda agregação, que ocorreu por meio do LIFO, de exportação de serviços. O processo de agregação do LIFO seguiu o processo descrito na Figura 12.

Figura 12 – Processo de agregação de mercados pelo LIFO

Fonte: elaborado pelo autor

Após a segunda agregação, 6 mercados locais refutaram a hipótese e, portanto, não estavam agregados. Uma observação cuidadosa dos valores de LIFO e LOFI mostrou que nenhum deles é superior a 26%, portanto, manteve-se essa segmentação, que resultou em 342 mercados relevantes.

A quarta etapa é a de restrição geográfica dos mercados. Para tanto, foi traçado o histograma com as distâncias percorridas pelos pacientes até as clínicas. As distâncias consideradas foram entre cidades, ou seja, se o paciente permaneceu na mesma cidade em que foi tratado, a distância considerada é igual a zero. Para conhecer as distâncias entre as cidades foi utilizada a base de latitudes e longitudes de APOLO11 (2017) e depois a equação abaixo para distância entre dois pontos em coordenadas esféricas (UFRGS, 2017):

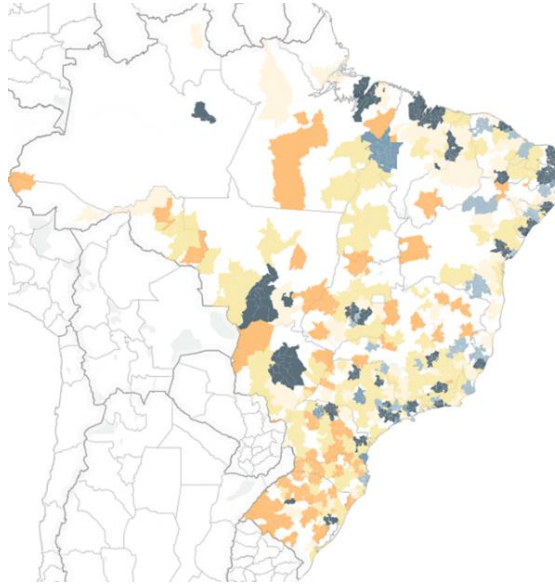
$$d = 2\pi R_T \left(\arccos \left(\cos \left(\frac{\pi}{2} - \text{Lat}_1 \right) \cdot \cos \left(\frac{\pi}{2} - \text{Lat}_2 \right) \right) \right. \\ \left. + \cos \left(\frac{\pi}{2} - \text{Lat}_1 \right) \cdot \cos \left(\frac{\pi}{2} - \text{Lat}_2 \right) \cdot \cos(\text{Lon}_1 - \text{Lon}_2) \right)$$

Onde: Dist: menor distância entre o ponto 1 e o ponto 2; R_T : raio da terra; Lat_n : latitude do ponto n; Lon_n : longitude do ponto n.

Os resultados dessa análise nas unidades federativas foram utilizados para determinar as restrições geográficas dos mercados relevantes. Foi realizado um corte no percentil 85% do histograma de número de pacientes por distância percorrida para definir a fronteira geográfica do mercado, seguindo o seguinte critério: se $d > d_{UF_i}$, então a cidade era atribuída ao polo mais próximo, desde que a distância para o polo mais próximo mantenha a restrição. Se o polo mais próximo é distante da cidade com $d > d_{UF_i}$, então diz-se que a cidade é não-polarizada e, portanto, não faz parte do mercado relevante.

Por fim, chegou-se a 342 mercados locais relevantes, como pode ser visto, em cores, na Figura 13. Vale notar que as cores só delimitam os mercados locais que estão próximos, mercados distantes com cores semelhantes representam mercados locais diferentes.

Figura 13 - Mercados relevantes para tratamentos dialíticos



Fonte: elaborado pelo autor

3.3.2 Estimativa do número de pacientes privados nos mercados locais

A partir dos dados contidos em SBN (2016a), é possível saber quantos pacientes realizaram tratamentos dialíticos no ano. A base de dados do DataSUS (2017) apresenta os dados relativos ao sistema público. O desafio dessa etapa é realizar estimativas a respeito da distribuição dos pacientes privados.

Para realizar as estimativas, foram adotadas as seguintes premissas:

- A distribuição dos pacientes privados é proporcional ao número de beneficiários de planos de saúde dos mercados locais relevante. O número de beneficiários por cidade é disponível em ANS (2017);
- A distribuição de pacientes entre os tratamentos dialíticos é a mesma para todos os mercados locais relevantes e igual à média nacional, disponível em SBN (2016a);
- O número de pacientes foi arredondado para o número inteiro mais próximo.

3.3.3 Alocação dos pacientes privados nas clínicas

Para alocar os pacientes privados nas clínicas, foi utilizada a equação que fornece o número de pacientes em uma clínica de diálise:

$$P_T = P_{HD_{SUS}} + P_{PD_{SUS}} + P_{HD_{PRIV}} + P_{PD_{PRIV}}$$

Os dados do SUS por clínica ($P_{HD_{SUS}}$ e $P_{PD_{SUS}}$) já existem, restando alocar apenas os pacientes do sistema privado.

Para os pacientes de hemodiálise do sistema privado ($P_{HD_{PRIV}}$), serão utilizados os dados de CNES (2017) referentes ao número de máquinas de hemodiálise disponíveis para pacientes SUS e não-SUS. A alocação de cada clínica será proporcional a capacidade “ociosa” das máquinas do SUS somada com a capacidade total das máquinas não-SUS. Para tanto, deve ser observada a regulamentação de que, para cada cinco máquinas SUS, uma deve ser mantida em reserva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Como cada máquina consegue atender 6 pacientes, temos, para a capacidade total de atendimentos da clínica (C_T):

$$C_T = n_{SUS} * 6 * \frac{5}{6} + n_{\text{não SUS}} * 6 = \boxed{5 * n_{SUS} + 6 * n_{\text{não SUS}}}$$

Essa proporcionalidade só pode ser feita porque a indústria opera em capacidade máxima (SBN, 2016a), como será verificado nas próximas seções.

Como não existe nenhuma maneira direta de alocar os pacientes de diálise peritoneal do sistema privado ($P_{PD_{PRIV}}$), será utilizada a proporção total de pacientes da clínica, desde que ela possua pacientes em diálise peritoneal do SUS. Sendo assim, temos:

$$\text{Se } P_{PD_{SUS}} > 0, \text{ então } P_{PD_{PRIV}} \propto (P_{HD_{SUS}} + P_{PD_{SUS}} + P_{HD_{PRIV}})$$

Portanto, o Apêndice A mostra o número de pacientes por tipo de pagador e tipo de paciente dos mercados relevantes para o tratamento dialítico.

3.3.4 Limitações do modelo

O modelo apresenta algumas premissas que restringem sua precisão. A premissa da segmentação dos pacientes entre os tratamentos igual para todos os mercados torna os resultados por tipo de tratamento mais imprecisos. Além dessa, a premissa de proporcionalidade entre os pacientes de diálise peritoneal do sistema privado também torna esses resultados mais imprecisos. De qualquer forma, a utilização desse modelo será feita em “grandes números”, buscando observar a indústria como um todo e, para isso, os resultados obtidos pelo modelo fornecem um bom direcional. Os resultados não devem, de nenhuma forma, serem utilizadas para estimar o número de pacientes de uma clínica específica.

4 ANÁLISE ESTRUTURAL DA INDÚSTRIA

Esse capítulo é destinado ao estudo da estrutura da indústria sob a luz da teoria proposta por Porter (1979). A análise estrutural da indústria será o berço da formulação da estratégia competitiva, mostrando o ambiente competitivo e os principais *drivers* da lucratividade no mercado em que o Grupo vai se inserir, caso opte pela entrada.

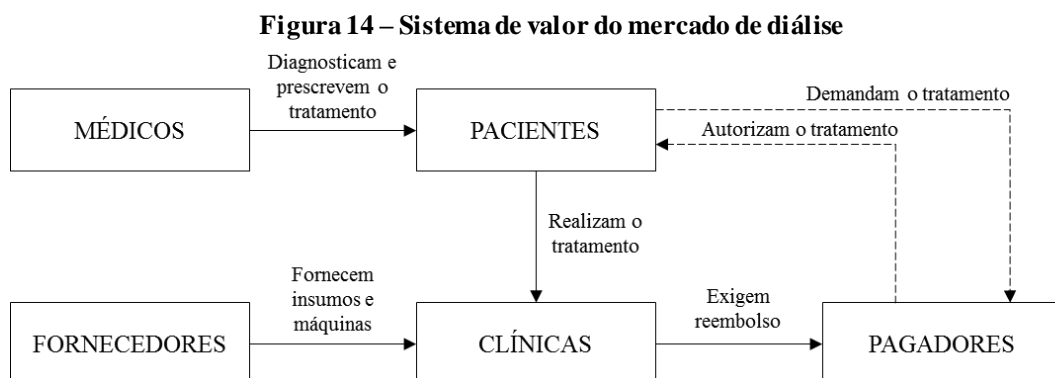
O termo indústria no contexto desse trabalho deve ser visto como o conjunto de tratamentos dialíticos para a Doença Renal Crônica em estágio avançado (CKD5), seus provedores, os substitutos, fornecedores de insumos, clientes.

O capítulo se inicia com uma visão sob o sistema de valor da indústria para elaborar a análise das forças que conduzem a competição.

4.1 Sistema de valor

Utilizar o conceito de sistema de valor no mercado de diálise apresenta desafios; o primeiro deles é definir qual vai ser o “produto final”: no contexto deste trabalho de formatura, utilizaremos o paciente tratado como “produto final”, já que esse é o objetivo do sistema de valor; o segundo desafio está no posicionamento do médico: como ele participa da primeira interação com o paciente, ele será posicionado como primeiro elo da cadeia. Além disso, o sistema de valor da indústria não é linear, ocorrendo interações entre os atores da indústria.

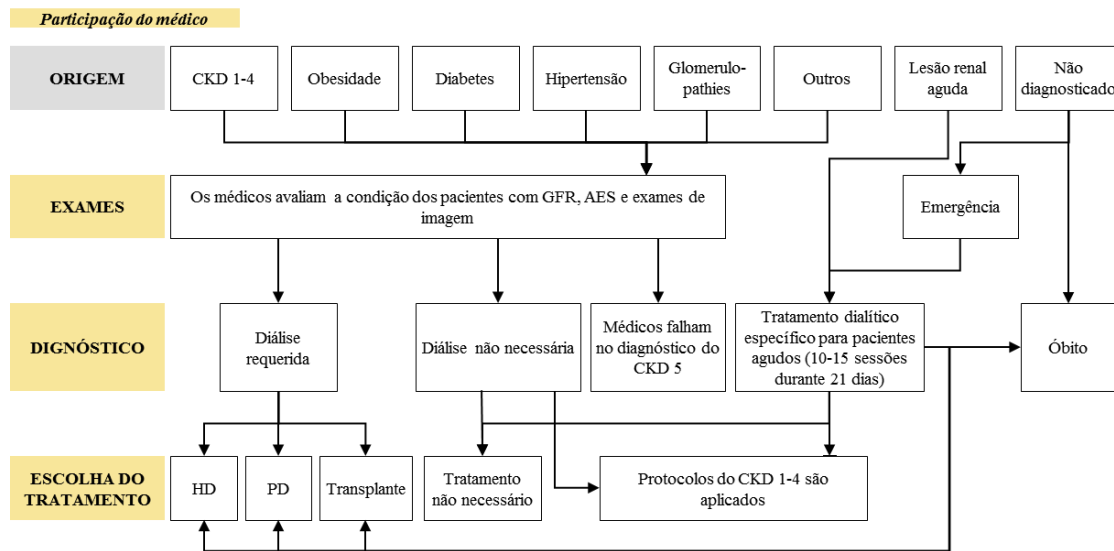
O sistema de valor da indústria de diálise é formado, então, por cinco atores: médicos, pacientes, fornecedores, clínicas e pagadores, como pode ser visto na Figura 14.



Fonte: elaborado pelo autor

Os médicos são responsáveis pelo diagnóstico da CKD5 e prescrição do tratamento adequado. A especialidade médica responsável por problemas nos rins é a nefrologia (SBN, 2017d). O papel do médico está ilustrado na Figura 15.

Figura 15 – Participação do médico no diagnóstico e tratamento do CKD5



Fonte: elaborado pelo autor com base em entrevistas

Em entrevistas, foi coletado o dado de que 75% dos casos de CKD5 são diagnosticados nos hospitais, na sala de emergência. Isso se deve à precariedade do sistema de saúde brasileiro e ao comportamento da população, que faz pouco uso de consultas preventivas. Após o diagnóstico, caso a diálise seja necessária, o médico escolhe, em conjunto com o paciente, entre os tipos de tratamento: hemodiálise, diálise peritoneal ou a realização do transplante renal.

O elo dos fornecedores da indústria de diálise é formado por provedores de insumos para os tratamentos de diálise e os fabricantes das máquinas de hemodiálise e diálise peritoneal automatizada. Enquanto os insumos devem ser adquiridos de maneira regular, as máquinas possuem longo tempo útil de utilização. Além disso, cada máquina pode atender, em média, 6 pacientes por semana (SBN, 2016a).

O elo de clínicas é composto pelos centros de tratamento, referenciados como “clínicas de diálise” ao longo deste trabalho de formatura. Os principais tipos de tratamento oferecidos pelas clínicas são: hemodiálise convencional e diálise peritoneal automatizada. A gama completa de serviços é composta por:

- Hemodiálise convencional: realizada nas clínicas de diálise com o auxílio de máquinas de hemodiálise com materiais reutilizáveis;
- Hemodiálise em portador de HIV: realizada nas clínicas de diálise com o auxílio de máquinas de hemodiálise com materiais descartáveis;
- Hemodiálise contínua: realizada nas clínicas de diálise com o auxílio de máquinas de hemodiálise em pacientes que possuem lesão aguda nos rins;
- Diálise Peritoneal Automatizada (APD): realizada na casa do paciente com máquinas; o paciente deve se consultar uma vez por mês na clínica de diálise para realizar o acompanhamento; a solução dialítica é entregue diretamente na casa do paciente;
- Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD): realizado manualmente pelo paciente com a troca do líquido dialítico de 3 a 5 vezes por dia; o paciente deve se consultar uma vez por mês na clínica de diálise para realizar o acompanhamento; a solução dialítica é entregue diretamente na casa do paciente.

Os provedores de tratamento são segmentados quanto a sua natureza entre públicos e privados. Como 83% dos pacientes são tratados em clínicas privadas (SBN, 2016a), o presente trabalho de formatura vai focar no estudo dessas.

O último elo da cadeia é o de pagadores. No mercado brasileiro de saúde, normalmente, os pagadores e os consumidores do serviço são diferentes (existem casos de pagamento dos tratamentos pelos pacientes, mas esses são raros para diálise, devido à alta regularidade requerida e o alto custo que isso traria para o paciente). O pagamento funciona por meio de reembolsos: os provedores de serviços realizam os procedimentos e depois exigem o reembolso aos pagadores. Existem dois tipos de pagadores: o Sistema Único de Saúde (SUS) e os pagadores do sistema de saúde suplementar tratados como pagadores do sistema privado.

O direito ao tratamento dialítico é assegurado pela Constituição Federal de 1988: “Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Dessa forma, o Governo é obrigado a custear os tratamentos, que são procedimentos necessários para a recuperação da CKD5.

O valor de reembolso pago pelo SUS é decidido pelo Ministério da Saúde e publicado no Diário Oficial da União (DOU). Esses valores levam em consideração o posicionamento da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante (ABCDT).

A maior parte dos planos de saúde utiliza uma tabela de valores de reembolso para oferecer os tratamentos. A definição dessa tabela é um ponto crucial para o plano, porque é dependente de uma série de fatores que serão estudados na próxima seção. Quanto ao tipo de conta com as clínicas, existem duas modalidades: conta aberta e conta fechada.

Na conta aberta, o plano de saúde remunera o provedor para cada um dos procedimentos realizados. O tratamento de hemodiálise pode acarretar na necessidade de produtos especiais em caso de alergias e infecções e desentupimento de cateter em alguns casos. A conta aberta permite que o provedor seja remunerado para cada um desses procedimentos, sendo que o maior volume proporciona maiores margens.

Na conta fechada o plano de saúde remunera o provedor por pacotes previamente determinados. Com isso, quaisquer procedimentos adicionais que sejam necessários para o tratamento saem diretamente da margem das clínicas e, assim, os provedores têm menor incentivo para realizar os procedimentos adicionais.

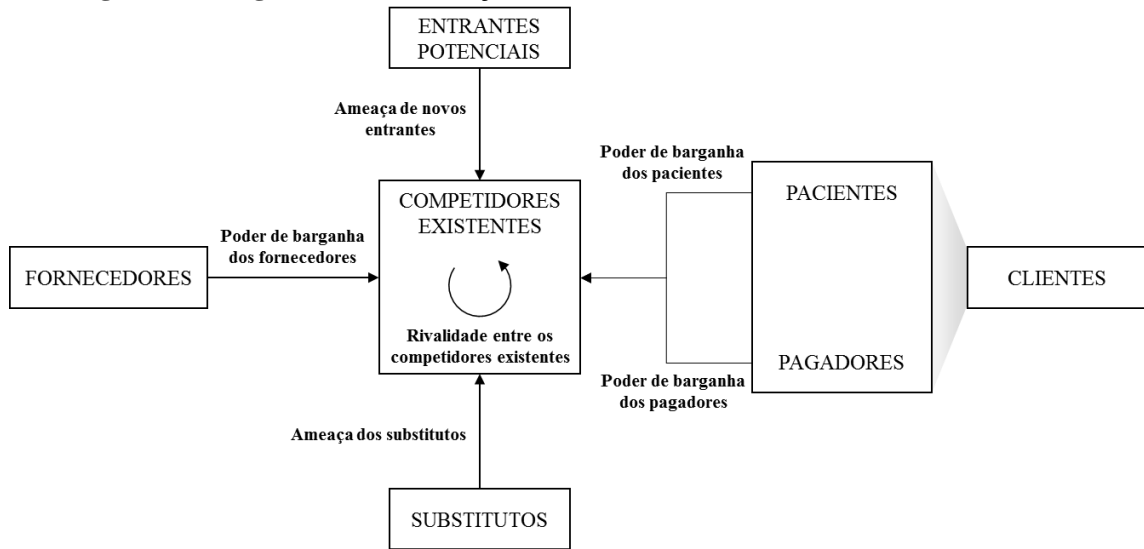
4.2 Forças condutoras da concorrência na indústria

A análise das forças condutoras da concorrência na indústria será dividida nas cinco forças competitivas propostas por Porter (1979). A influência do governo será observada em conjunto com as outras forças, devido às relações intensas que possui com os atores da indústria.

O modelo, porém, deve apresentar algumas modificações para se adaptar ao mercado de serviços estudado. Os clientes compreendem os pacientes, que recebem o valor do sistema, e os pagadores, que pagam por ele. Os fornecedores compreendem todos os provedores de insumos e máquinas específicas para o tratamento, já que esses são os materiais específicos da indústria e os mais críticos. O único substituto ao tratamento dialítico é o transplante renal, já que o não-tratamento leva a óbito. Os concorrentes existentes, serão, portanto, as clínicas de diálise que oferecem algum dos tratamentos dialíticos: hemodiálise ou diálise peritoneal. Por fim, os potenciais entrantes serão todas as firmas que desejarem entrar no mercado brasileiro de diálise.

A análise das cinco forças condutoras da concorrência na indústria será feita, portanto, com a diagrama de Porter (1979) modificado para atender às necessidades dessa indústria, apresentado na Figura 16.

Figura 16 – Diagrama das cinco forças condutoras da concorrência na indústria de diálise



Fonte: elaborado pelo autor

4.2.1 Poder de barganha dos clientes

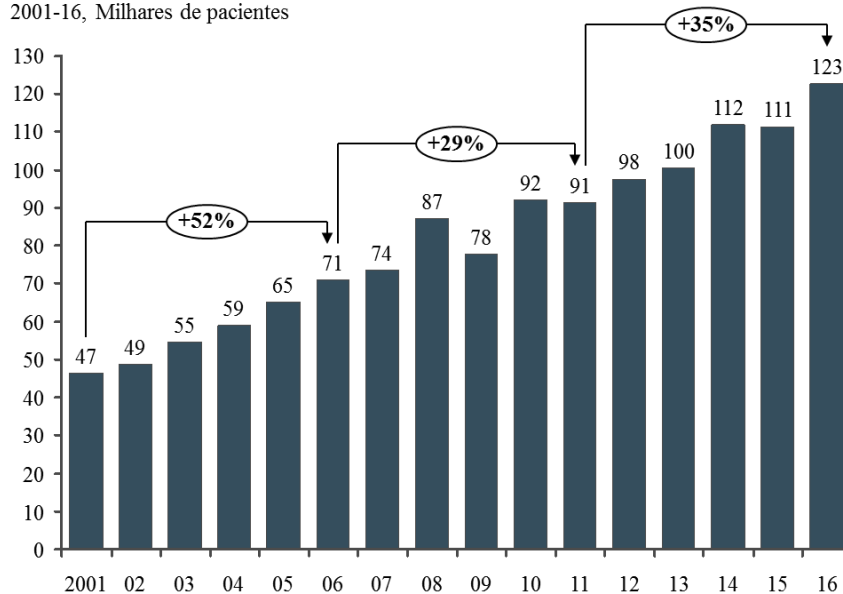
Como discutido anteriormente, para a análise do poder de barganha dos clientes, faz-se necessário segmentar os clientes em pacientes e pagadores.

4.2.1.1 Pacientes

O Brasil possui 123 mil pacientes em tratamento dialítico (SBN, 2016a). O número histórico de pacientes pode ser visto na Figura 17.

Figura 17 – Número de pacientes no mercado brasileiro de diálise

Número de pacientes em tratamento dialítico, Brasil
2001-16, Milhares de pacientes



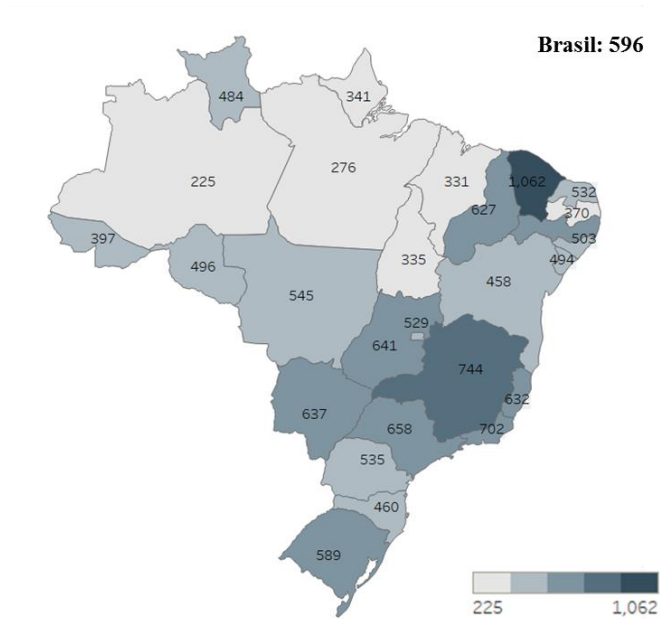
Fonte: elaborado pelo autor com base em SBN (2016a)

No período entre 2011 e 2016, houve o crescimento de 6% ao ano, justificado pela piora nos hábitos alimentares e aumento do *stress*; ambos levam a problemas como diabetes e hipertensão, as principais causas da CKD5.

Como a população brasileira possui uma pluralidade de comportamentos e de culturas, é de se esperar que a distribuição dos pacientes não seja uniforme no território nacional. Para testar essa hipótese, recorreu-se a base de pacientes do SUS e fez-se uma extrapolação dos dados da SBN e da ANS para estimar o número de pacientes particulares em cada Unidade Federativa. Para comparar regiões que possuem populações diferentes, recorre-se à medida de número de pacientes por milhão de habitantes, evitando que o maior número de habitantes em determinadas regiões interfira nas conclusões. A Figura 18 mostra as diferenças regionais do tratamento dialítico.

Figura 18 – Distribuição dos pacientes de diálise entre os estados brasileiros

Tratados em diálise, unidades federativas
2016, Pacientes por milhões de habitantes



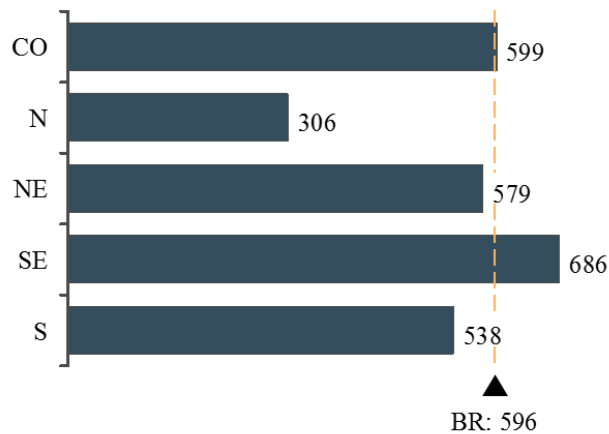
Fonte: elaborado pelo autor com base em SBN (2016a), DataSUS (2017), CNES (2017) e ANS (2017)

Esses dados podem, ainda, ser organizados por Região, como mostra a Figura 19.

Figura 19 – Distribuição dos pacientes de diálise entre as Regiões Brasileiras

Tratados em diálise, Regiões

2016, Pacientes por milhões de habitantes



Fonte: elaborado pelo autor com base em SBN (2016a), DataSUS (2017), CNES (2017) e ANS (2017)

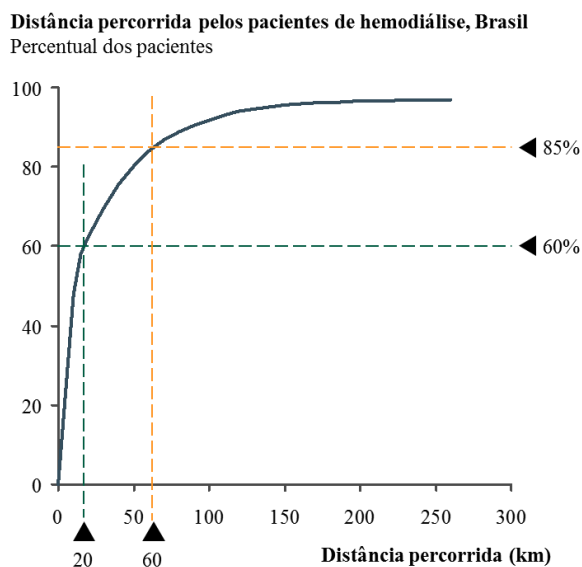
O Nordeste apresenta número de tratados por habitante menor devido à pirâmide etária mais jovem, já que os fatores de risco relacionados à CKD5 aumentam com a idade; o Norte

apresenta menor número devido à dificuldade de diagnóstico, pela menor presença de clínicas e nefrologistas, como será visto nas próximas seções.

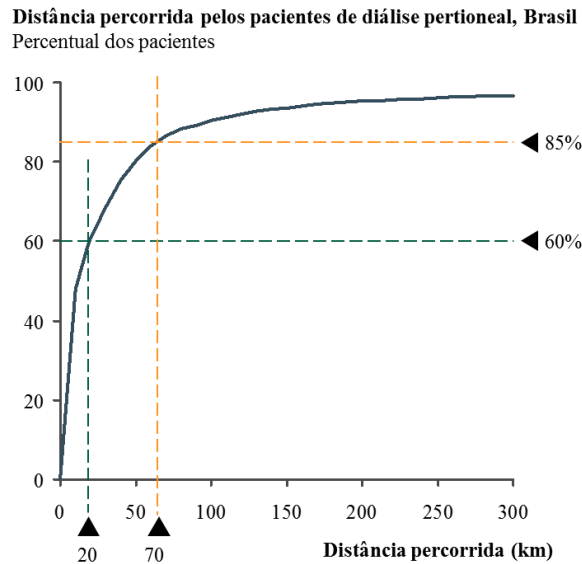
O tratamento dialítico é caracterizado pela interação frequente entre os pacientes e as clínicas de diálise: o paciente de hemodiálise deve frequentar a clínica de 3 a 4 vezes por semana, enquanto o de diálise peritoneal deve frequentar a clínica ao menos uma vez por mês. Essa interação frequente torna necessário que o paciente estabeleça moradia próximo à clínica.

Realizou-se, logo, uma análise da distância média percorrida pelo paciente entre sua cidade de origem e a cidade do tratamento. A Figura 20 mostra o gráfico da distância percorrida pelos pacientes de hemodiálise no Brasil, enquanto que a Figura 21 mostra o mesmo gráfico para pacientes de diálise peritoneal.

Figura 20 – Distância percorrida pelos pacientes de hemodiálise, Brasil



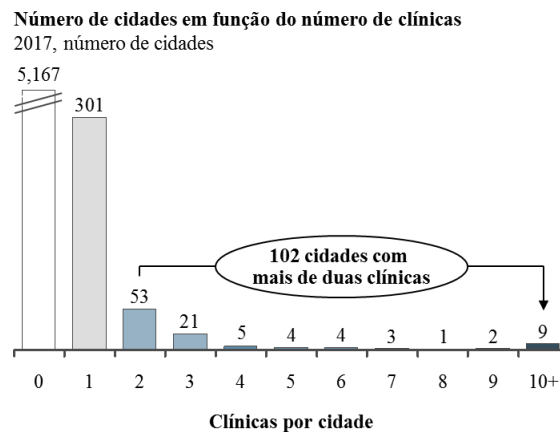
Fonte: elaborado pelo autor com base em DataSUS (2017) e APOLO11 (2017)

Figura 21 – Distância percorrida pelos pacientes de diálise peritoneal, Brasil

Fonte: elaborado pelo autor com base em DataSUS (2017) e APOLO11 (2017)

O gráfico da Figura 20 mostra que, para 85% dos pacientes, a distância percorrida até a clínica para hemodiálise é menor que 60 km, a Figura 21 mostra que, para o mesmo percentual de pacientes, a distância para diálise peritoneal é menor que 70 km.

Portanto, os pacientes não se deslocam por grandes distâncias na busca dos tratamentos; soma-se a isso o fato de que em 93% das cidades não há clínicas e, em 5% das cidades brasileiras, existe apenas uma única clínica, como mostra o histograma da Figura 22.

Figura 22 – Histograma do número de cidades de acordo com o número de clínicas existentes

Fonte: elaborado pelo autor com base em CNES (2017) e DataSUS (2017)

A Tabela 2 mostra as cidades com mais de 10 clínicas.

Tabela 2 – Cidades com mais de 10 clínicas

#	Cidade	# clínicas
1	São Paulo	53
2	Rio de Janeiro	36
3	Brasília	20
4	Fortaleza	13
5	Belo Horizonte	13
6	Goiânia	13
7	Recife	12
8	Salvador	11
9	Porto Alegre	11

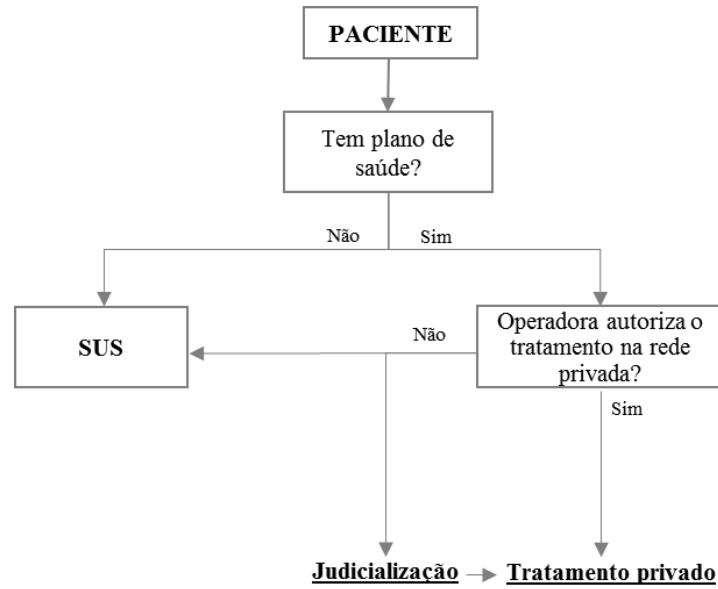
Fonte: elaborado pelo autor com base em CNES (2017) e DataSUS (2017)

Como na maior parte das cidades não há clínicas e, na sua presença, são em pequenas quantidades, grande parte dos pacientes não possui escolha. Nas regiões com mais clínicas, o cenário não é diferente: para os usuários do sistema público, o SUS que escolhe a clínica de tratamento; para os do sistema privado, o plano de saúde que disponibiliza a rede credenciada para tratamento. Conclui-se que o poder de barganha dos pacientes é muito fraco.

4.2.1.2 Pagadores

O grupo de pagadores é dividido entre o sistema público e o privado. Para decidir qual sistema utilizar, o paciente segue a rota disposta na Figura 23.

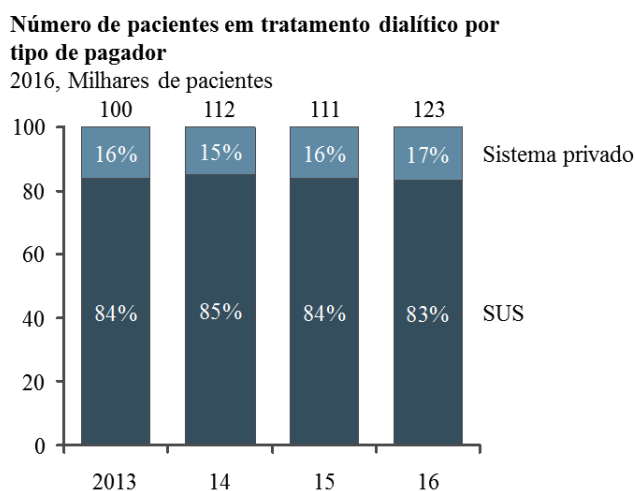
Figura 23 – Rota do paciente para a escolha do pagador do tratamento



Fonte: elaborado pelo autor com base em entrevistas

O paciente, quando não tem plano de saúde, utiliza diretamente os serviços do SUS. Quando tem, solicita a autorização do plano de saúde para tratamento na rede credenciada. O plano de saúde é obrigado a fornecer o tratamento, mas, muitas vezes, demora para autorizá-lo. Assim, muitos pacientes desistem e recorrem diretamente ao SUS (os médicos recomendam que, caso o processo de autorização seja lento, o tratamento seja iniciado pelo SUS, para evitar que os sintomas da CKD5 se agravem).

No Brasil, a maior parte da população realiza tratamentos financiados pelo SUS, como mostra a Figura 24.

Figura 24 – Breakdown de pacientes de acordo com o pagador

Fonte: elaborado pelo autor com base em SBN (2016a)

Os valores de reembolso pagos pelos sistemas de saúde estão dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Valores de reembolso pagos de acordo com o sistema de saúde

	Público	Privado	Priv/Pub
Hemodiálise Convencional (por sessão)	R\$ 194,20	R\$ 270,00	+39%
Hemodiálise para portadores de HIV (por sessão)	R\$ 265,41	R\$ 350,50	+32%
APD (mensal)	R\$ 2.869	R\$ 3.863	+35%
CAPD (mensal)	R\$ 2.252	R\$ 3.200	+42%

Fonte: elaborado pelo autor com base em SIGTAP (2017) e entrevistas

Enquanto o tratamento de hemodiálise é reembolsado por sessão, o de diálise peritoneal é reembolsado mensalmente. Para poder comparar os valores dos dois tratamentos, é necessário estabelecer uma média de tratamentos mensal. Como os pacientes realizam de 3 a 4 vezes o tratamento por semana, as clínicas apresentam uma média de 13 sessões mensais. Assim, o tratamento de hemodiálise convencional possui reembolso de R\$ 2.524,60 por mês. Esse valor é comparável ao da CAPD, mas inferior ao da APD, que necessita de máquina específica na casa do paciente para o tratamento.

O tratamento de pacientes com HIV apresenta valores superiores devido à utilização de insumos descartáveis; o reembolso é maior, então, para cobrir os custos adicionais.

A APD possui valores superiores devido a necessidade de um equipamento que realize a troca dos fluidos durante o sono do paciente; a CAPD é realizada manualmente com a troca de 3-5 vezes do fluido dialítico pelo próprio paciente.

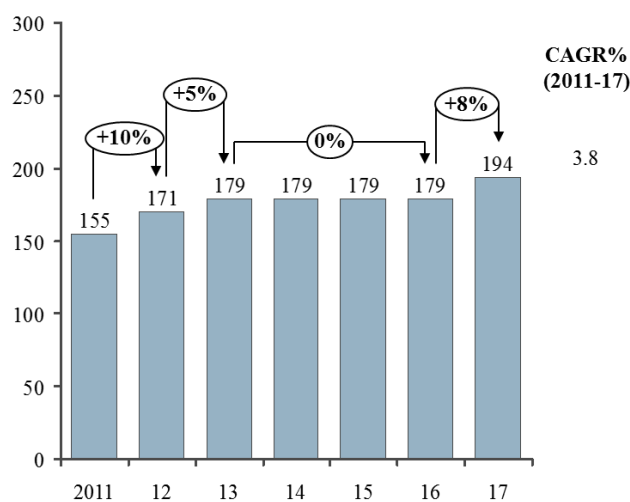
Assim, o número de pacientes segmentado entre os aderentes dos sistemas público e privado, bem como a distribuição por tipo de tratamento, hemodiálise e diálise peritoneal são fatores importantes que determinam a lucratividade da indústria.

Para os pacientes do sistema público, os valores de reembolso são determinados pelo Ministério da Saúde, o que mostra que o governo possui um alto grau de influência no mercado e pode alterar, significativamente, a lucratividade da indústria.

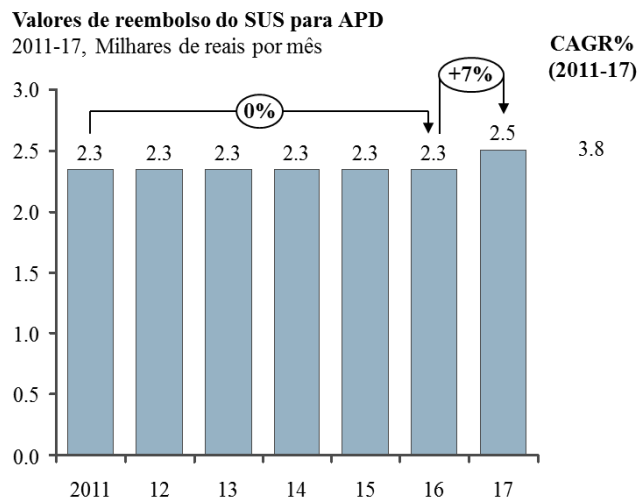
Atualmente, o SUS tem sofrido pressões da ABCDT para aumentar os valores de reembolso para que as clínicas possuam margens operacionais positivas (ALTAFIN, 2017); em janeiro de 2017, foi realizado o aumento dos valores em 8%, após o congelamento de preços entre 2013 e 2016, como mostra a Figura 25 para hemodiálise convencional e a Figura 26 para diálise peritoneal automatizada.

Figura 25 – Valores de reembolso da hemodiálise convencional

Valores de reembolso do SUS para hemodiálise convencional
2011-17, Reais por sessão

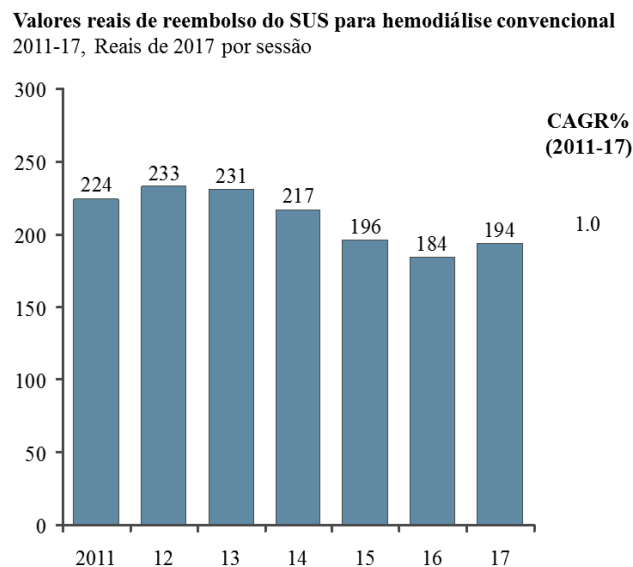


Fonte: elaborado pelo autor com base em SIGTAP (2017)

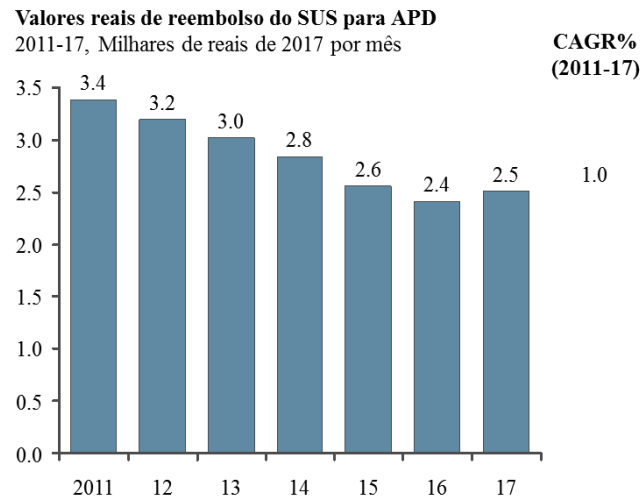
Figura 26 – Valores de reembolso do APD

Fonte: elaborado pelo autor com base em SIGTAP (2017)

Esses valores, porém, ainda não atingiram os valores reais de 2011, como mostra a Figura 27, com valores ajustados pela inflação do tratamento de hemodiálise e Figura 28 para o de diálise peritoneal automatizada.

Figura 27 – Valores reais de reembolso do SUS para hemodiálise convencional ajustados para 2017

Fonte: elaborado pelo autor com base em SIGTAP (2017) e IBGE (2017)

Figura 28 – Valores reais de reembolso do SUS para diálise peritoneal automatizada ajustados para 2017

Fonte: elaborado pelo autor com base em SIGTAP (2017) e IBGE (2017)

Em síntese, a matriz de Cox et al. (2001) auxilia no entendimento da relação de poder entre o SUS e as clínicas, que é de dominância do SUS, como mostrado na Figura 29.

Figura 29 – Matriz de poder entre o SUS e as clínicas de diálise

		PODER DO SUS SOBRE AS CLÍNICAS	
		Baixo	Alto
PODER DAS CLÍNICAS SOBRE O SUS	Baixo	INDEPENDÊNCIA	DOMINÂNCIA DO SUS
	Alto	DOMINÂNCIA DAS CLÍNICAS	INTERDEPENDÊNCIA

Fonte: elaborado pelo autor

Nota-se, ainda, na Tabela 3, que os valores pagos pelo sistema privado são aproximadamente 40% maiores que os pagos pelo sistema público. Isso ocorre pela obrigatoriedade de fornecer uma rede credenciada para tratamentos dialíticos aos pacientes. Se os valores do sistema privado forem baixos, as clínicas vão se descredenciar e o plano não vai conseguir cumprir com suas obrigações. Do outro lado, as clínicas também dependem muito do sistema privado, visto que os custos para atender pacientes do sistema público e do sistema

privado são os mesmos e os valores de reembolso do sistema privado são maiores. Além disso, o credenciamento ao sistema privado diminui a dependência do SUS. Utilizando a matriz de Cox et al. (2001), a relação de poder entre os planos de saúde e as clínicas é de interdependência, como mostrado na Figura 30.

Figura 30 – Matriz de poder entre os planos de saúde e as clínicas de diálise

		PODER DOS PLANOS DE SAÚDE SOBRE AS CLÍNICAS	
		Baixo	Alto
PODER DAS CLÍNICAS SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE	Baixo	INDEPENDÊNCIA	DOMINÂNCIA DOS PLANOS DE SAÚDE
	Alto	DOMINÂNCIA DAS CLÍNICAS	INTERDEPENDÊNCIA

Fonte: elaborado pelo autor

Para o sistema privado, existem diferenças significativas nos valores de reembolso de acordo com a categoria do plano de saúde, que, segundo a Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg), podem ser organizados em 5 grupos:

- Cooperativas médicas: sociedade de pessoas sem fins lucrativos, formada pela associação autônoma de pelo menos 20 pessoas que se unem voluntariamente para comercializar planos de saúde. Essas operadoras podem construir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros. Ex.: Unimed;
- Medicina de grupo: comercializa planos de saúde para pessoa física ou jurídica, sendo que o beneficiário faz uso de uma estrutura contratada pela operadora (médicos, hospitais, laboratórios e clínicas). Ex.: Amil, Notre Dame Intermédica, Hapvita, Prevent Senior;
- Seguradora especializada em saúde: operadora que não possui rede própria, mas referenciam prestadores de serviços integrantes da rede. Além disso, são obrigadas a permitir a escolha dos clientes por estabelecimentos e profissionais que não sejam credenciados à rede; neste caso, o beneficiário do plano recebe

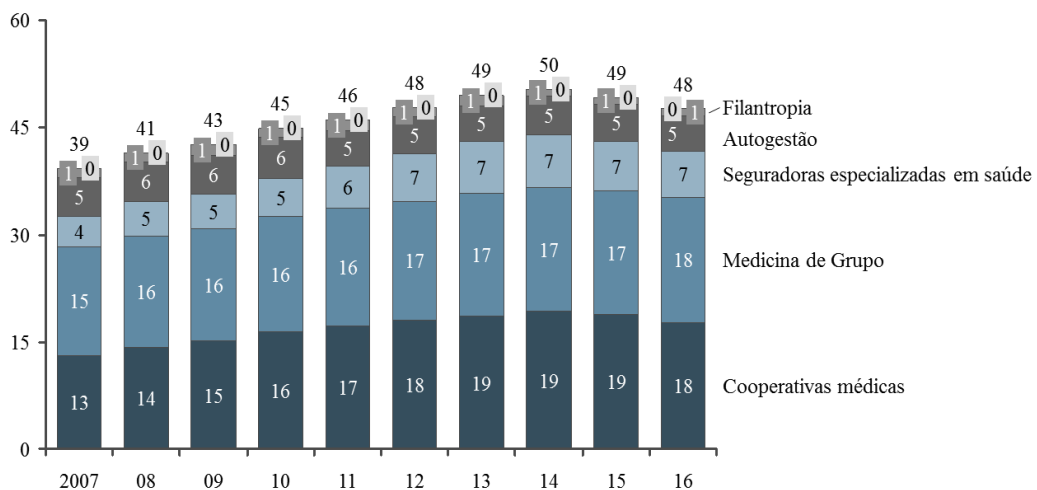
reembolso das despesas de acordo com limites estabelecidos em contrato. Ex.: Bradesco, Sul América, Porto Seguro;

- **Autogestão:** plano de saúde criado sem fins econômicos para atender os próprios empregados, ex-empregados, administradores, ex-administradores e associados. Ex.: Cassi, Geap Saúde, Postal Saúde;
- **Filantropia:** entidades hospitalares sem fins lucrativos que operam planos privados. Ex.: Fundação São Francisco Xavier.

O número de vidas asseguradas por cada uma das categorias de planos de saúde é mostrado na Figura 31.

Figura 31 – Número de vidas cobertas de acordo com a categoria do plano de saúde.

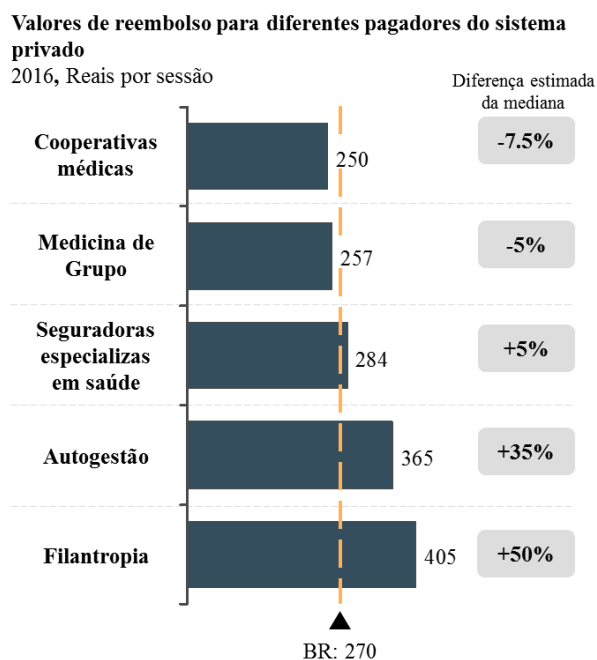
Total de vidas cobertas por categoria de pagador do sistema privado
2007-16, Milhões de vidas



Fonte: elaborado pelo autor com base em ANS (2017)

A diversidade nos valores de reembolso das categorias foi constatada em entrevista e é mostrada na Figura 32.

Figura 32 – Diferenças dos valores de reembolso da seção de hemodiálise em função do tipo de plano de saúde



Fonte: elaborado pelo autor com base em entrevistas

A diferença de poder de negociação com as clínicas entre as diversas categorias de planos de saúde é justificada pelo número de beneficiários de cada categoria e pelo posicionamento do plano quanto ao público alvo: planos mais *premium* tendem a pagar mais.

O poder de barganha do pagador do sistema privado varia, também, de acordo com a concentração regional: algumas regiões brasileiras apresentam grande parte dos beneficiários aderidos a um único plano de saúde. A centralização aumenta ainda mais o poder de barganha dos planos. Por outro lado, regiões em que há poucas clínicas e muitos planos, favorecem as clínicas, já que o plano é obrigado a estabelecer o credenciamento.

Em síntese, a dependência do SUS e do sistema privado faz com que o poder de barganha dos pagadores seja muito forte.

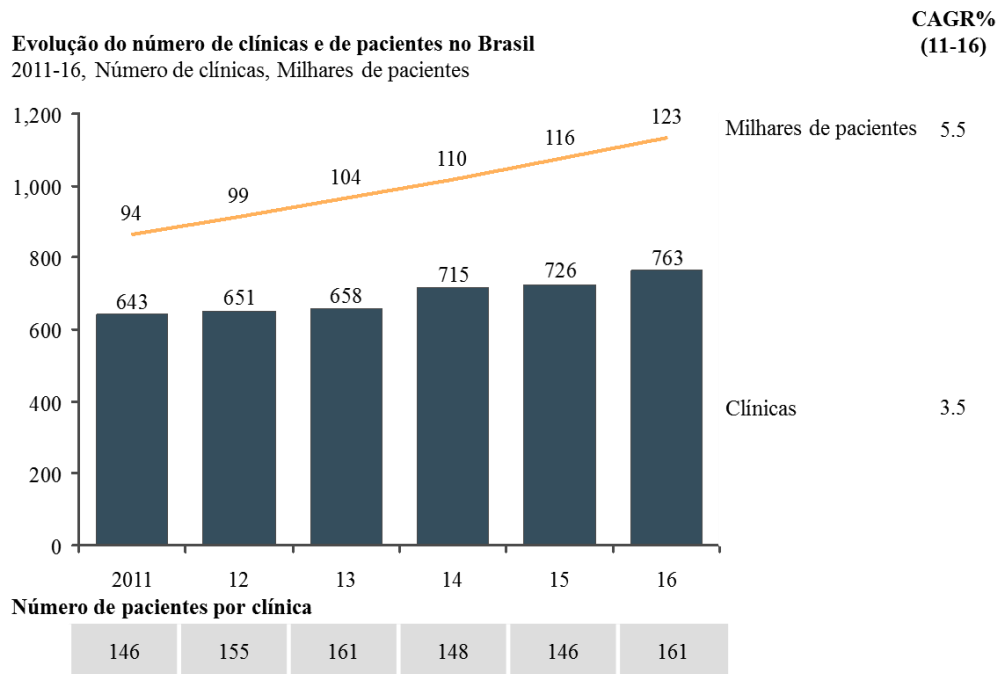
4.2.2 Intensidade da rivalidade entre os competidores existentes

Para avaliar a intensidade da rivalidade entre os competidores existentes, recorre-se aos fatores observados por Porter (1979, 1980) selecionando os que possuem melhor aderência com a indústria de diálise. Dessa forma, a seção será segmentada em: número de competidores, crescimento da indústria, barreiras de saída e diferenciação dos serviços.

4.2.2.1 Número de competidores

Existem 763 clínicas de diálise no Brasil, localizadas em 403 cidades, dentre as quais, 301 possuem apenas uma única clínica e, em 9 cidades, estão concentradas 182 clínicas. O número de clínicas cresce 3.5% ao ano desde 2011, entretanto ele está abaixo do crescimento do número de pacientes dialíticos, de 5.5%, para o mesmo período, como mostra a Figura 33.

Figura 33 – Relação entre o número de pacientes e de clínicas no Brasil



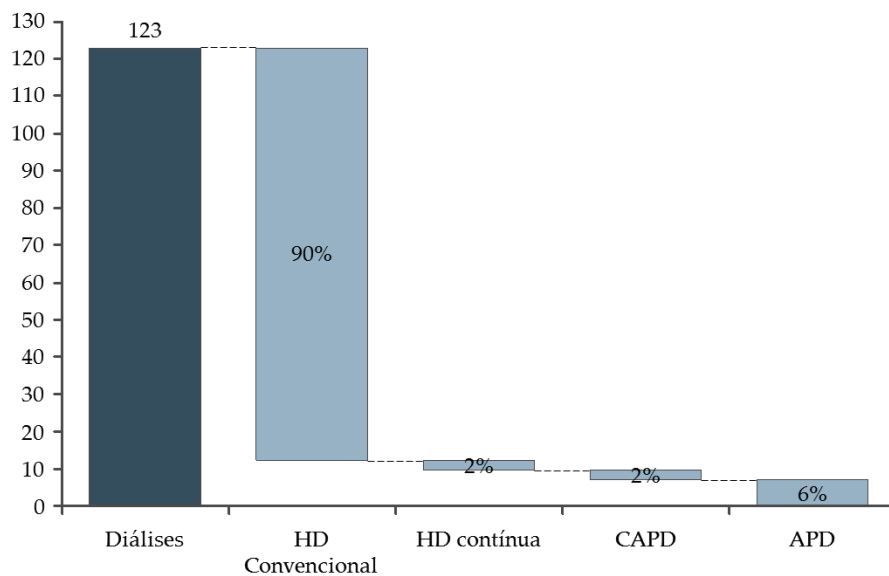
Fonte: elaborado pelo autor com base em SBN (2016a), CNES (2017) e DataSUS (2017)

Observando o número de pacientes por clínica, nota-se, ainda, crescimento de 10%. Esses dados trazem uma hipótese importante para o desenvolvimento do trabalho: o mercado pode estar fora do equilíbrio entre a oferta e a demanda.

A principal demanda dos pacientes é de serviços de hemodiálise, como pode ser visto na Figura 34.

Figura 34 – Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de tratamento

Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de tratamento
2016, Milhares de pacientes

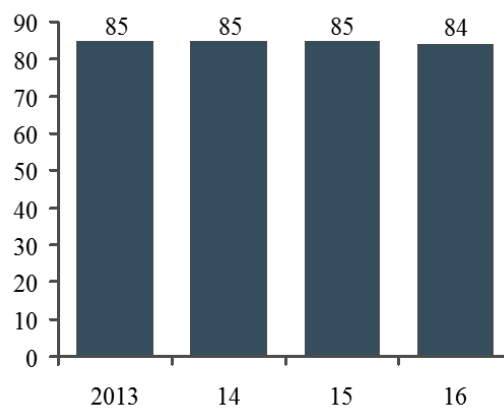


Fonte: elaborado pelo autor com base em SBN (2016a)

O principal tratamento da indústria é, portanto, o de hemodiálise convencional. Assim, para avaliar sua capacidade é necessário avaliar a disponibilidade das máquinas de hemodiálise. A Figura 35 mostra a taxa de ocupação média das máquinas para os últimos anos.

Figura 35 – Taxa de ocupação média das máquinas de hemodiálise

Taxa de ocupação das unidades de diálise
2013-2016, Percentual



Fonte: adaptado de SBN (2016a)

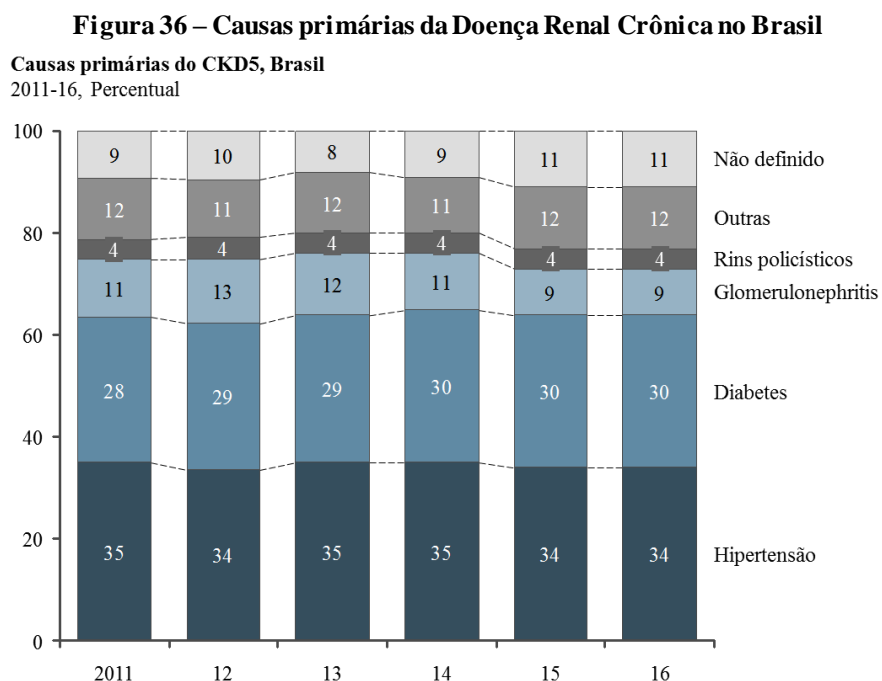
Constata-se que as máquinas de hemodiálise possuem taxa de utilização de 84%. Esses dados são condizentes com a norma do SUS: para cada cinco máquinas de hemodiálise, é

necessária a existência de uma máquina “reserva” para uso em caso de pane, o que implicaria numa taxa máxima de utilização de 83%. Como muitas clínicas atendem o sistema privado, que não possui exigências, é natural que essa taxa seja um pouco maior. A conclusão é que a indústria opera na máxima capacidade.

Por fim, mesmo que o número de competidores seja grande, isso não implica em grande rivalidade entre eles, já que não existe uma intensa competição por *market share*: existe espaço para todos, a indústria, inclusive, poderia aumentar sua capacidade.

4.2.2.2 Crescimento da indústria

Para analisar o crescimento da indústria, não basta olhar os dados históricos, é necessário verificar as tendências do mercado. Para tanto, observa-se a doença que origina o tratamento dialítico, a CKD5. As principais doenças relacionadas à CKD5 são mostradas na Figura 36.



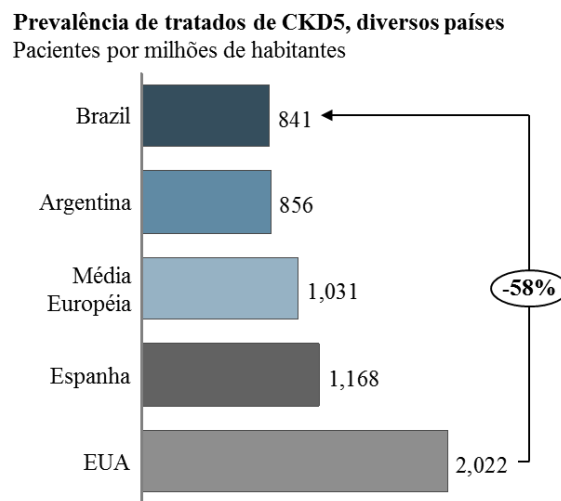
Fonte: elaborado pelo autor com base em SBN (2016a)

Como mostrado, a maior parte dos casos de CKD5 foram originados nas doenças de hipertensão e diabetes. A evolução dessas doenças é enraizada no aumento da obesidade e no envelhecimento da população. Como os hábitos de consumo estão cada vez menos saudáveis e

a pirâmide etária brasileira está envelhecendo, é provável que a demanda por tratamentos dialíticos continue a crescer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Para avaliar o potencial de crescimento, recorre-se a comparações com outros países por meio dos dados de número de pacientes tratados por população. O dado utilizado para comparação é o de prevalência de tratados: número de tratados de CKD5 por milhões de habitantes. A Figura 37 mostra um comparativo entre diversos países da prevalência do CKD5.

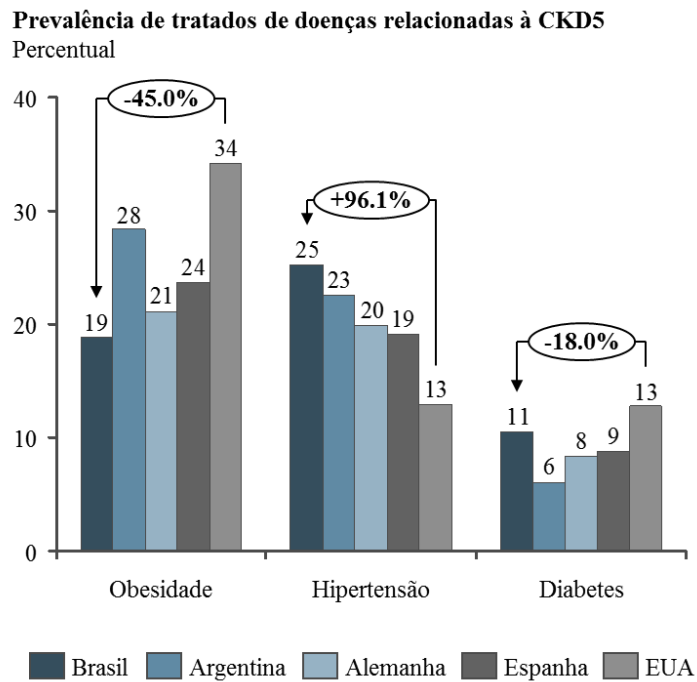
Figura 37 – Prevalência de tratados da CKD5 para diversos países¹



Fonte: elaborado pelo autor com base em USRDS (2017) e SBN (2016a)

A Figura 38 mostra a presença das principais doenças relacionadas ao CKD5 e da obesidade nesses países.

¹ Média Europeia contempla os países: Áustria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Noruega, Portugal, România, Escócia, Espanha, Suécia, Suíça, e Reino Unido

Figura 38 – Prevalência de tratados, para diversos países, das doenças: diabetes, hipertensão e obesidade

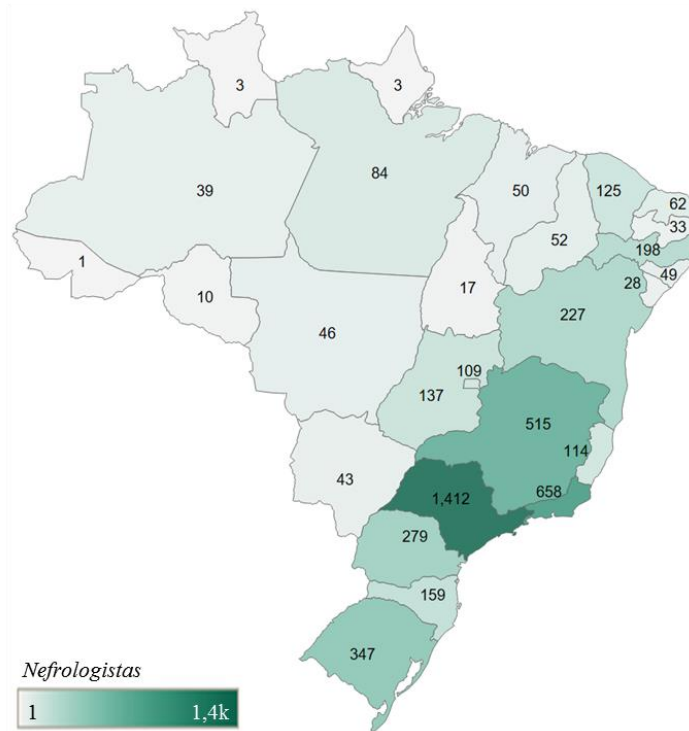
Fonte: elaborado pelo autor com base em USRDS (2017) e Ministério da Saúde (2016)

A prevalência de tratados de obesidade no Brasil ainda é muito inferior aos EUA, mas a da hipertensão é superior e a da diabetes está em linha. Apesar disso, a número de portadores da CKD5 é muito maior nos EUA. Em entrevistas com nefrologistas, foi explicado que essa disparidade é justificada pelas diferenças entre as pirâmides etárias e a própria obesidade.

Outro fator que contribui para os menores números de prevalência de tratados da CKD5 no Brasil é a presença de nefrologistas. O Brasil possui 4,8 mil médicos nefrologistas, distribuídos conforme mostra a Figura 39.

Figura 39 – Distribuição dos médicos nefrologistas**Número de nefrologistas, Brasil (2017)**

Total: ~4,8k médicos

**Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados da SBN**

Nota-se forte concentração de médicos nefrologistas no estado de São Paulo que apresenta 29% dos médicos do país. A Região Norte, como um todo, apresenta apenas 157 médicos nefrologistas (3% do total). O menor número de médicos nefrologistas nessas regiões pode influenciar na capacidade de diagnóstico e de tratamentos

Pode-se constatar, ainda, que a presença de nefrologistas está intimamente ligada com o número de tratados mostrado na Figura 17. A própria regulamentação do mercado explica isso: cada nefrologista pode ser responsável por um total de até 50 pacientes inscritos em programas de tratamento dialítico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Sendo assim, o número de pacientes com CKD5 deve ser ainda maior e o mercado apresenta crescimento acelerado, o que reforça a tese de que a rivalidade entre os competidores é baixa.

4.2.2.3 Barreiras de saída

As barreiras de saída da indústria serão avaliadas nas principais dimensões propostas por Porter (1980) aplicadas ao mercado: econômicas, emocionais e regulatórias.

As principais barreiras econômicas estão associadas às máquinas de tratamento, que são específicas da indústria. Parte das máquinas é obtida, porém, em regime de *comodato*, ou seja, os fornecedores entregam as máquinas às clínicas em troca de contratos de exclusividade no fornecimento de insumos. Essas clínicas não encontram grandes dificuldades para sair do mercado em termos econômicos, já que precisam, apenas, devolver as máquinas aos fornecedores, desde que o contrato estabelecido seja cumprido. Para as clínicas que possuem máquinas próprias, para sair do mercado, seria necessário vendê-las para outras clínicas ou vender a clínica como um todo, o que não apresentaria grande dificuldade com o crescimento do mercado.

As barreiras emocionais estão associadas à propriedade da clínica. As clínicas brasileiras de diálise são, em grande parte, propriedades de médicos nefrologistas, que as possuem para exercer suas profissões. A saída do mercado poderia implicar na mudança de emprego do médico, o que pode oferecer alguma resistência à saída.

Existem algumas barreiras regulatórias para sair do mercado nas regiões com poucas clínicas. Em entrevistas, foi constatado que quando uma clínica se compromete a oferecer tratamentos aos pacientes da região pelo SUS, é necessário que ela continue o oferecimento até o óbito do paciente, ou que encontre outra clínica na região que esteja disposta a oferecer.

Por fim, na comparação com outras indústrias, a de diálise apresenta baixas barreiras de saída.

4.2.2.4 Diferenciação dos serviços

A oferta de tratamentos dialíticos apresenta pouca diferenciação. Algumas clínicas possuem um caráter mais *premium* oferecendo melhores condições de infraestrutura, mas o principal, que é o próprio tratamento dialítico, é o mesmo. Para a diálise peritoneal, a situação é ainda mais grave, já que o paciente precisa ir apenas uma vez por mês à clínica, recebendo todos os materiais necessários para o tratamento na sua casa. A falta de diferenciação entre os serviços da indústria implicaria no aumento da rivalidade entre os competidores, mas isso não é suficiente para que a rivalidade da indústria seja considerada alta.

4.2.2.5 Conclusão

A intensidade da rivalidade entre os competidores existentes é considerada fraca, devido à escassez de oferta no mercado, seu crescimento e as baixas barreiras de saída, mesmo que os serviços sejam considerados muito semelhantes perante aos pacientes e pagadores.

4.2.3 Ameaça de novos entrantes

A análise da ameaça de novos entrantes é iniciada com a verificação das barreiras de entrada presentes na indústria seguida da avaliação das potenciais reações dos concorrentes existentes.

Para a indústria de diálise, as principais barreiras de entrada estão associadas à necessidade de capital, às burocracias necessárias para entrar no mercado e ao conhecimento técnico necessário.

A necessidade de capital é ligada ao número de máquinas necessárias para operar na indústria. Uma máquina apresenta investimento de aproximadamente 20 mil dólares, o equivalente à aproximadamente 60 mil reais. Cada máquina é capaz de atender 6 pacientes devido a necessidade de regularidade no tratamento. Tal investimento pode ser alto para empreendedores individuais, mas baixo para firmas de *private equity* e outras empresas do ramo de saúde (ex.: hospitais, planos de saúde, etc.). Além disso, existe o regime de *comodato* com os fornecedores, como discutido na seção anterior, o que torna a necessidade de capital uma baixa barreira para entrar no mercado.

As burocracias necessárias para a indústria de diálise são comuns em mercados de saúde. Para fornecer o tratamento, é necessário cadastro no CNES e adesão ao Ministério de Saúde para realização de atendimentos de pacientes do sistema público. Além disso, é necessário que existam ao menos dois médicos no entorno da cidade onde a clínica será instalada e cada médico nefrologista pode ser responsável por apenas 50 pacientes em tratamentos dialíticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Como a distribuição dos médicos é desigual no país, algumas regiões não conseguiriam cumprir esses requisitos, o que implica em um entrave para um potencial entrante.

O conhecimento técnico necessário para entrar na indústria também não pode ser desprezado. Existe uma série de procedimentos médicos, estabelecidos por regulamentação, que devem ser seguidos para que a entrada no mercado seja possibilitada.

Essas barreiras podem ser facilmente superadas por um potencial entrante; dessa forma, as barreiras de entrada da indústria são baixas.

Para avaliar a ameaça de novos entrantes, é necessário, também, avaliar as reações potenciais dos concorrentes existentes. Como os preços são estabelecidos pelo mercado, este é bem pulverizado e, como já foi discutido anteriormente, a demanda por tratamentos dialíticos cresce mais do que o número de clínicas, a entrada de um novo competidor não impactaria diretamente na diminuição do *market share* dos concorrentes para a maior parte das regiões, que possuem poucos competidores e, portanto, representaria uma baixa ameaça de retaliação. Nas regiões onde existem mais competidores, como São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, a retaliação por parte dos competidores existentes pode ser maior e implica no aumento da dificuldade para acessar ao mercado privado, que possui maiores margens. Apesar disso, as reações potenciais não oferecem grandes ameaças aos novos entrantes.

Com as barreiras de entrada baixas e a falta de retaliação, a ameaça de novos entrantes é alta.

4.2.4 Pressão por parte de produtos substitutos

Os substitutos ao tratamento de diálise são dois: o não-tratamento que resulta em óbito e o tratamento por meio de transplantes de rim.

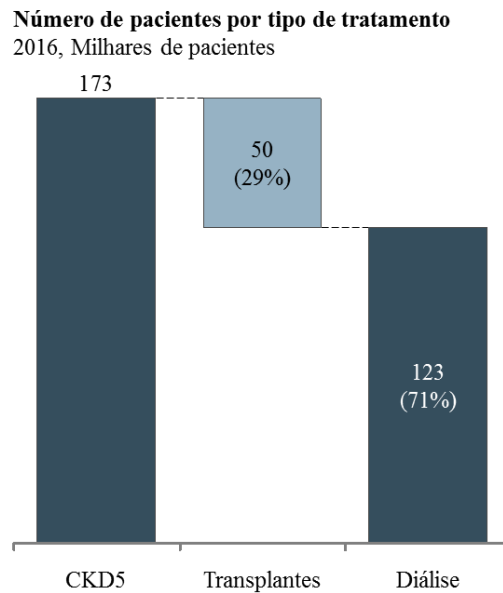
No caso da CKD5, na verdade, o tratamento por meio do transplante renal é o mais indicado, por resultar numa maior taxa de sobrevivência e aumento da qualidade de vida dos pacientes em comparação com o tratamento via hemodiálise ou diálise peritoneal. A Tabela 4 mostra um comparativo entre os métodos de tratamento.

Tabela 4 – Comparativo entre os métodos de tratamentos da CKD5

Tratamento	Descrição	Pontos positivos	Pontos negativos
Hemodiálise	Procedimento de filtração do sangue por meio de uma máquina, retirando resíduos prejudiciais à saúde	Melhora significativa dos sintomas da CKD5	Tratamento realizado de 3 a 4 vezes por semana por 3 horas Desconforto durante a realização da sessão
Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD)	Tratamento manual realizado pelo paciente através da introdução da solução dialítica na região peritoneal	Melhoria na qualidade de vida devido à possibilidade de locomoção (viagens, trabalho, etc.)	É necessário que o paciente troque a solução dialítica 4 vezes ao dia O paciente se sente inchado durante o dia É necessário realizar o procedimento cirúrgico de introdução do cateter na região peritoneal O local de tratamento deve estar sempre limpo
Diálise Peritoneal Automatizada (APD)	Procedimento de filtração do sangue realizado diariamente à noite utilizando uma máquina que adiciona a solução dialítica na região peritoneal	Melhoria na qualidade de vida devido à possibilidade de locomoção (viagens, trabalho, etc.) Não é necessário realizar diversas trocas da solução durante o dia	O paciente se sente inchado durante o dia É necessário realizar o procedimento cirúrgico de introdução do cateter na região peritoneal O local de tratamento deve estar sempre limpo
Transplante	Procedimento cirúrgico de transplante renal a partir de doadores vivos ou mortos	Maior sobrevida em comparação aos outros métodos	Baixa disponibilidade, longa fila de espera Riscos cirúrgicos Muitos pacientes não atendem os requisitos de idade, causa da CKD5, fatores econômico-sociais, etc.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em SBN (2017b, 2017c, 2016b), NKF (2017c) e entrevistas

Apesar disso, o número de transplantes executados é muito pequeno, como pode ser visto na Figura 40.

Figura 40 – Número de pacientes transplantados e em tratamentos dialíticos

Fonte: elaborado pelo autor com base em SBN (2016a)

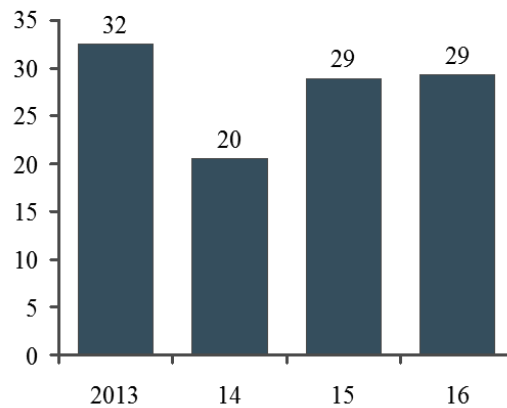
O transplante de órgãos pode ser realizado a partir de doadores vivos e mortos.

Apesar dos rins de exercerem funções vitais para o organismo, eles são encontrados aos pares nos seres humanos, então, no limite, todo ser humano poderia ser um potencial doador. Um rim transplantado de um doador vivo e saudável apresenta bom funcionamento durante 20 anos (NIERTRANSPLANTATIE, 2017). Apesar disso, existem dois grandes desafios que justificam o quadro atual de doadores: a cirurgia de doação apresenta riscos à vida do doador e do receptor, durante a cirurgia, e o doador deverá se prevenir contra o desenvolvimento da CKD5 durante sua vida, já que vai viver apenas com um rim.

Os doadores mortos apresentam oferta ainda menor. A lista de espera por um rim de um doador falecido é extensa: a demora pode variar entre dois anos e meio e cinco anos. Além disso, o rim doado por um doador falecido apresenta bom funcionamento por apenas 10 anos (NIERTRANSPLANTATIE, 2017). A fila de espera para transplante renal pode ser vista na Figura 41.

Figura 41 – Estimativa de pacientes em fila de espera para transplante renal**Estimativa de pacientes em fila de espera para transplante renal**

2013-2016, Milhares de pacientes

**Fonte: adaptado de SBN (2016a)**

Associando o gráfico ao número de pacientes em diálise da Figura 17, constata-se que 24% dos pacientes de 2016 estão na lista de espera para transplante renal.

Por fim, em decorrência da baixa disponibilidade de órgãos, a pressão por parte de produtos substitutos é muito fraca.

4.2.5 Poder de barganha de fornecedores

Os fornecedores da indústria de diálise costumam oferecer todos os produtos e equipamentos que são necessários para a realização dos procedimentos. São eles: máquinas de hemodiálise e de diálise peritoneal automática; soluções dialíticas utilizadas no tratamento; insumos hospitalares como tubos, agulhas, cateteres, entre outros.

Entrevistas com especialistas da indústria revelaram que a venda de equipamentos traz margens negativas, compensadas pela venda de insumos. Alguns fornecedores optam, ainda, por entregar as máquinas em regime de *comodato*, garantindo a exclusividade do fornecimento de insumos, como foi apresentado nas seções anteriores.

Existem três grandes fornecedores desses insumos atuantes no Brasil: Baxter, Fresenius e Nipro, sendo que a Nipro é bem menor que as outras duas. Como o mercado das clínicas é pulverizado e os fornecedores da indústria são centralizados, a relação de poder predominante é a de dominância dos fornecedores, como mostra a Figura 42.

Figura 42 – Matriz de poder entre fornecedores e as clínicas de diálise

		PODER DAS CLÍNICAS SOBRE OS FORNECEDORES	
		Baixo	Alto
PODER DOS FORNECEDORES SOBRE AS CLÍNICAS	Baixo	INDEPENDÊNCIA	DOMINÂNCIA DAS CLÍNICAS
	Alto	DOMINÂNCIA DO FORNECEDOR	INTERDEPENDÊNCIA

Fonte: elaborado pelo autor

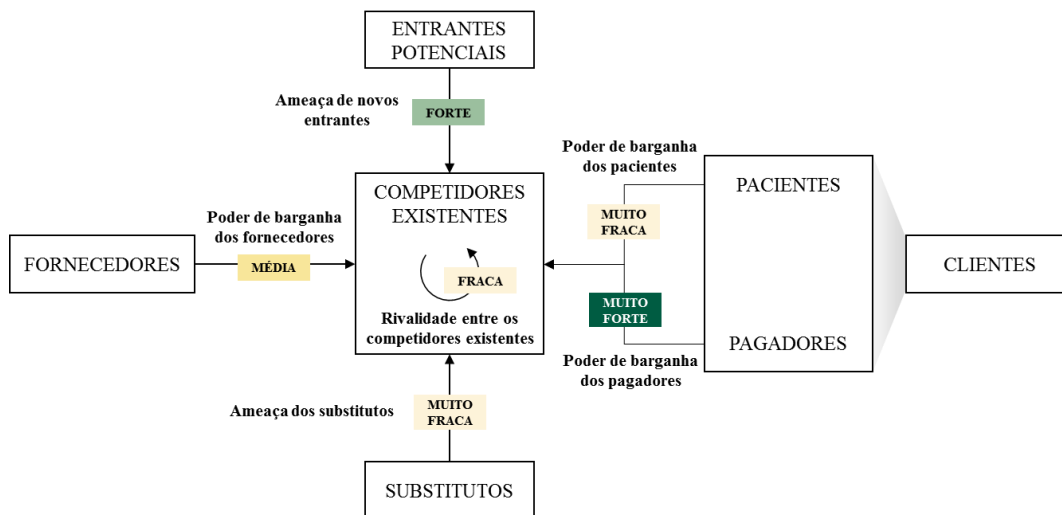
Os fornecedores, porém, não podem aumentar os preços de forma a pressionar as clínicas de forma excessiva. As margens das clínicas já são muito baixas, devido aos valores de reembolso do SUS; se os fornecedores aumentarem muito seus valores, as clínicas entrariam em processo de falência. Assim, mesmo os fornecedores estão sujeitos aos valores de reembolso do SUS, que é a principal condutora da concorrência na indústria.

O Governo também impacta nos fornecedores da indústria de outra forma. Em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou uma resolução que determinava a proibição do reuso de insumos reutilizáveis a partir da data de publicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A resolução foi suspensa em março de 2017 em função da inviabilidade econômica para provedores e pagadores, mas segue em discussão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). A vigência da resolução implicaria num aumento da dominância do fornecedor em relação às clínicas.

Como os fornecedores não conseguem aumentar muito seus preços, mesmo estando centralizados frente ao mercado pulverizado de clínicas, o poder de barganha dos fornecedores é médio.

4.2.6 Síntese

O diagrama da Figura 43 mostra a síntese da avaliação das forças competitivas que conduzem a competitividade na indústria.

Figura 43 – Diagrama da intensidade das cinco forças competitivas na indústria de diálise

Fonte: elaborado pelo autor

Apesar da classificação das forças ter sido feita de maneira qualitativa, as análises realizadas ao longo do capítulo justificam cada uma delas. A Tabela 5 mostra uma síntese das principais justificativas para a classificação das forças competitivas.

Tabela 5 – Classificação das forças competitivas

Força	Classificação	Justificativa
Poder de barganha dos pacientes	Muito fraca	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe liberdade de escolha do paciente
Poder de barganha dos pagadores	Muito forte	<ul style="list-style-type: none"> • Dominância pelo SUS e interdependência dos pagadores do sistema privado
Rivalidade entre os competidores existentes	Fraca	<ul style="list-style-type: none"> • Número de clínicas ainda não consegue atender a demanda • Crescimento acelerado da demanda • Baixas barreiras de saída
Ameaça de novos entrantes	Forte	<ul style="list-style-type: none"> • Baixas barreiras de entrada e baixa capacidade de retaliação
Ameaça de produtos substitutos ou serviços	Muito fraca	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa disponibilidade de substitutos
Poder de barganha dos fornecedores	Média	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo número de fornecedores de equipamentos • Elevada necessidade dos equipamentos • Se os fornecedores aumentarem os preços, as clínicas entram em processo de falência

Fonte: elaborado pelo autor

A Figura 44 mostra a relação entre as barreiras de entrada e saída do mercado, como proposto por Porter (1980) para avaliar a relação entre o risco e o retorno da indústria.

Figura 44 – Relação entre as barreiras de entrada e saída do mercado

		BARREIRAS DE SAÍDA	
		Baixas	Altas
BARREIRAS DE ENTRADA	Baixas	RETORNOS BAIXOS E ESTÁVEIS	RETORNOS BAIXOS A ALTO RISCO
	Altas	RETORNOS ALTOS E ESTÁVEIS	RETORNOS ALTOS A ALTO RISCO

Fonte: elaborado pelo autor

As baixas barreiras de entrada associadas às altas barreiras de saída implicam em retornos baixos e estáveis na indústria.

5 ANÁLISE ESTRUTURAL DENTRO DA INDÚSTRIA

Após a análise estrutural da indústria, a análise estrutural dentro da indústria revelará as múltiplas estratégias competitivas dos competidores do mercado, que serão agrupados quando possuírem posicionamento similar. Esse capítulo, portanto, será composto pela descrição dos principais competidores, escolha das dimensões estratégicas, e análises por grupos estratégicos.

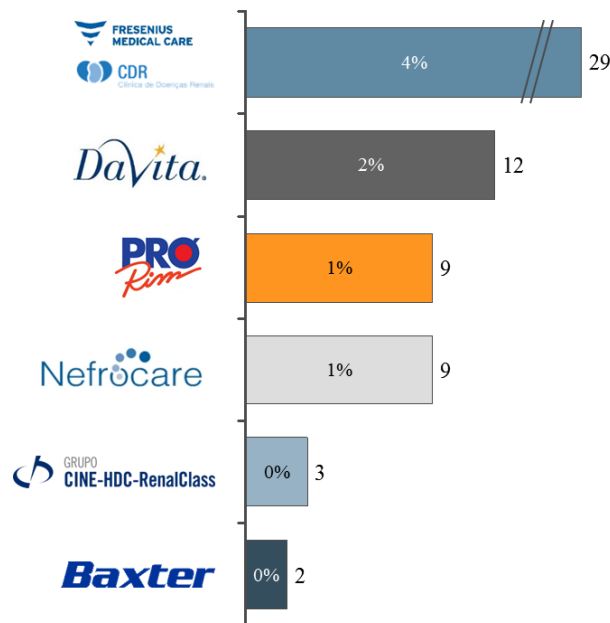
As análises apresentadas nesse capítulo têm, por base, a abordagem metodológica apresentada na seção 3.3, de análise dos dados.

5.1 Descrição dos principais competidores

Os principais competidores da indústria são: Fresenius, DaVita, PróRim, Nefrocare, Grupo Cine-HDC-RenalClass e Baxter. Esses competidores totalizam aproximadamente 9% do *market share* da indústria. O número de clínicas de cada um desses competidores pode ser visto na Figura 45.

Figura 45 – Número de clínicas dos principais competidores

Principais redes de provedores de tratamentos dialíticos
2017, Número de clínicas



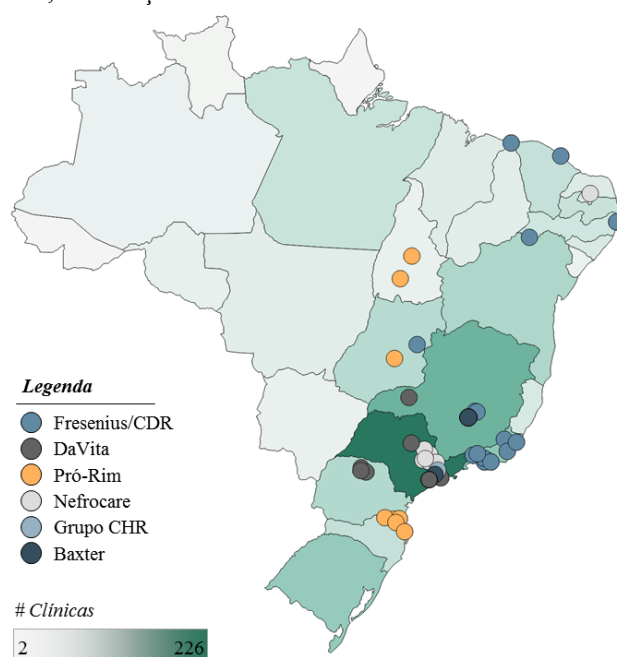
Fonte: elaborado pelo autor com base em CNES (2017), Fresenius (2017), DaVita (2017), Baxter (2011), Fundação PróRim (2016), Grupo CINE-HDC-Renal Class (2016), Nefrocare (2017)

O principal competidor, a Fresenius, possui 29 clínicas, o dobro do segundo maior competidor, a DaVita. A PróRim e a Nefrocare possuem, ambas, 9 clínicas. O Grupo Cine-HDC-RenalClass está presente na lista devido ao grande *market share*, de 0.6%, em comparação aos outros competidores da indústria, já a Baxter, por estar presente no elo de fornecedores do sistema de valor.

A distribuição geográfica desses competidores está disposta na Figura 46, sobre a distribuição total das clínicas, marcada em tons de verde.

Figura 46 – Distribuição geográfica das principais redes de clínicas

Distribuição geográfica das principais redes de clínicas
2017, localização das clínicas



Fonte: elaborado pelo autor com base em CNES (2017), Fresenius (2017), DaVita (2017), Baxter (2011), Fundação PróRim (2016), Grupo CINE-HDC-Renal Class (2016) e Nefrocare (2017)

Nota-se uma forte concentração de firmas disputando o Sudeste, a Fresenius com grande presença no Nordeste, a Pró-Rim focada em Santa Catarina, Distrito Federal e Tocantins. Percebe-se, também, que existem poucas clínicas na região Norte.

A Tabela 6 mostra a descrição, os movimentos competitivos e os principais sinais de mercado desses competidores.

Tabela 6 – Descrição dos principais competidores

Competidor	Origem	Descrição	Sinais e movimentos recentes
Fresenius	Alemanha	Fabricante de máquinas e produtos para diálise e provedora de serviços de tratamento	Anúncio da parceria com o Hospital 9 de Julho para centralização do tratamento de diálise de pacientes do sistema privado dentro do próprio hospital
DaVita	Estados Unidos	Provedora de serviços de tratamento em 11 países	Anunciou a entrada no Brasil em setembro de 2015 com a aquisição de 8 clínicas entre junho e dezembro de 2016
PróRim	Brasil	Entidade filantrópica com administração privada e sem fins lucrativos que provê serviços para tratamento de CKD5	Criação do instituto Educar para Prevenir e Instituto Pró-Rim de Educação e Pesquisa em Saúde para fomentar o conhecimento da área
Nefrocare	Brasil	Maior rede independente de clínicas do Brasil	Parceria com Hospital Beneficência Portuguesa Campinas em julho de 2016 para abertura de uma clínica
Cine-HDC-RenalClass	Brasil	Grupo de clínicas de propriedade de médicos nefrologistas	Organização de “jornadas de diálise” para a formação de profissionais da área
Baxter	Estados Unidos	Fabricante de produtos e máquinas para diálise e provedora de serviços de tratamento em diversos países como Colômbia, Espanha, Argentina e Brasil	Há 40 anos no Brasil como fornecedora, decidiu expandir a operação para tratamentos com a aquisição de 2 clínicas Na década de 90, a Baxter possuía rede de clínicas no Brasil, mas saiu do mercado por conta da regulamentação que proibiu a participação de capital estrangeiro no mercado de saúde (Art. 24, da Lei nº 8.080/90)

Fonte: elaborado pelo autor com base em CNES (2017), Fresenius (2017), DaVita (2017), Baxter (2011), Fundação PróRim (2016), Grupo CINE-HDC-RenalClass (2016), Nefrocare (2017), REDAÇÃO RMC (2016) e entrevistas

A entrada dos competidores estrangeiros no mercado brasileiro é recente. A Lei nº 8.080 de 1990, proibia a entrada de capital estrangeiro em mercados de saúde, como pode ser visto na citação:

“Art. 23 - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.” (BRASIL. Lei 8.080, 1990, art. 23).

O artigo foi alterado pela Lei nº 13.097, de 2015, conforme a citação:

“Art. 142 - É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - demais casos previstos em legislação específica.” (BRASIL. Lei 13.097, art. 142).

Dessa forma, a partir de 2015, as empresas estrangeiras foram autorizadas a introduzir capital no mercado brasileiro de saúde e, portanto, no mercado de diálise.

5.2 Dimensões estratégicas

Para realizar a análise estrutural dentro da indústria, será necessário escolher quais dimensões estratégicas serão avaliadas para diferenciar os posicionamentos dos competidores.

Aplicando as dimensões propostas por Porter (1980) no contexto da indústria de diálise, pode-se dizer que as principais dimensões que diferem o posicionamento dos competidores são: especialização num segmento de clientes-alvo e integração vertical. De fato, como os serviços de tratamento dialíticos são vistos como *commodities* por pacientes e pagadores, com

pouquíssima diferenciação entre as clínicas, as empresas teriam posicionamento muito semelhante frente a outras dimensões.

A análise estrutural da indústria revelou que o poder de barganha dos clientes é o principal fator que conduz a competitividade na indústria. Como existem diversos tipos de cliente, que apresentam diferenças significativas em termos de serviços oferecidos ou de margens, a especialização num segmento deve ser considerada uma dimensão estratégica relevante para a definição da estratégia competitiva. Com dois tratamentos possíveis e dois tipos de pagadores mais comuns, pode-se assumir que as clínicas podem escolher realizar enfoque nessas duas dimensões independentemente. Assim, a especialização em clientes será pautada na especialização em pacientes de hemodiálise e especialização em pacientes do sistema privado.

Como o sistema de valor da indústria não é linear e por se tratar de um mercado de serviços, há grande potencial para integração vertical: os fornecedores podem decidir oferecer tratamentos, os planos de saúde podem decidir por abrir clínicas em regiões onde possuem menor poder de barganha em relação às clínicas com o objetivo de diminuir suas despesas com o tratamento dialítico e os hospitais, além de diagnosticar os pacientes com a CKD5, podem também oferecer os serviços de tratamento, buscando endereçar os pacientes de maior preço, mas menor volume, do sistema privado. O nível de integração vertical afeta significativamente as margens dos competidores e, portanto, deve ser considerada uma dimensão estratégica importante para diferenciar os posicionamentos dos competidores.

5.2.1 Segmento de clientes-alvo

O segmento de clientes-alvo pode ser observado, como discutido anteriormente, sob duas dimensões: a especialização em pacientes de hemodiálise e a especialização em pacientes do sistema privado

5.2.1.1 Especialização em pacientes de hemodiálise

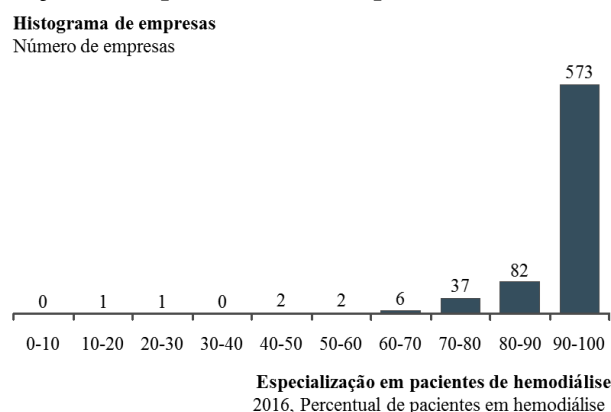
O tratamento de pacientes em hemodiálise apresenta os seguintes ganhos em relação ao tratamento de pacientes em diálise peritoneal sob a perspectiva das clínicas: pacientes mais fieis, menor poder de barganha por parte dos fornecedores, maior incentivo dos pagadores e maior incentivo dos médicos.

A fidelização à clínica é muito maior para pacientes de hemodiálise, já que eles precisam frequentar os estabelecimentos com grande frequência, garantindo regularidade de faturamento às clínicas. Além disso, como, para o tratamento de diálise peritoneal, os fornecedores entregam diretamente os produtos de solução dialítica na casa do consumidor, esse tratamento apresenta pouca representatividade nas margens das clínicas, que acabam repassando quase todo o faturamento desse tratamento aos fornecedores. Os pagadores também incentivam o tratamento de hemodiálise, devido ao menor desembolso para custeá-los. Os médicos, por sua vez, também recomendam, com maior frequência, o tratamento de hemodiálise, já que o tratamento de diálise peritoneal exige que os pacientes tenham infraestrutura adequada em suas residências para evitar a contaminação da região do peritônio com substâncias tóxicas.

Por outro lado, sob a perspectiva das clínicas, o tratamento de hemodiálise exige máquinas específicas, podendo essas serem adquiridas ou utilizadas sob o regime de *comodato*.

O histograma da Figura 47 mostra a distribuição das empresas conforme o percentual de tratados em hemodiálise. Vale notar que clínicas de mesmo proprietário ou sobre a mesma empresa-mãe foram agrupadas, conforme apresentado na seção anterior.

Figura 47 – Distribuição das empresas conforme o percentual de tratados em hemodiálise



Fonte: elaborado pelo autor

Nota-se que a grande parte dos competidores se posiciona de maneira similar sob essa dimensão, focando majoritariamente em pacientes de hemodiálise, por não possuírem nenhuma vantagem competitiva capaz de endereçar o poder de barganha dos fornecedores para o tratamento de diálise peritoneal. A exceção à afirmação é o posicionamento das firmas de fornecimento de insumos que estão verticalizando o sistema de valor da indústria. Os fornecedores, Fresenius e Baxter, estão, portanto, melhor posicionados para criar um negócio

focado em diálise peritoneal. Apesar disso, existem estratégias mistas de especialização, como pôde ser observado no gráfico.

A Tabela 7 mostra a classificação dos principais competidores na dimensão estratégica de especialização em pacientes de hemodiálise.

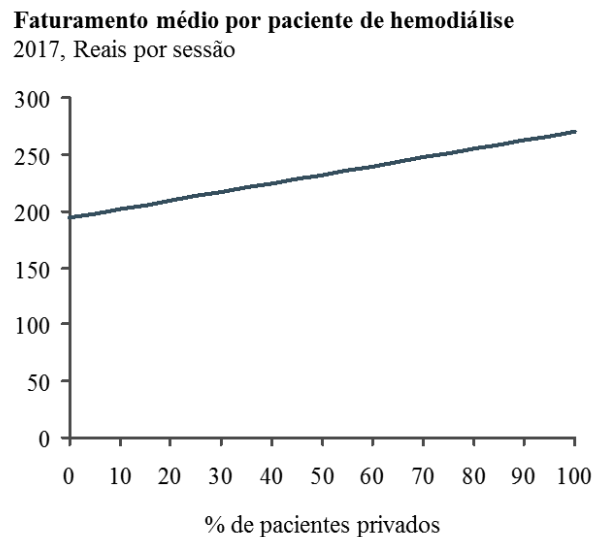
Tabela 7 – Classificação na dimensão de especialização em pacientes de hemodiálise para os principais competidores da indústria

Competidor	% de pacientes em hemodiálise	Classificação
Fresenius	85%	Não especializado
DaVita	95%	Especializado
PróRim	97%	Especializado
Nefrocare	97%	Especializado
Cine-HDC-RenalClass	97%	Especializado
Baxter	85%	Não especializado

Fonte: elaborado pelo autor

5.2.1.2 Especialização em pacientes do sistema privado

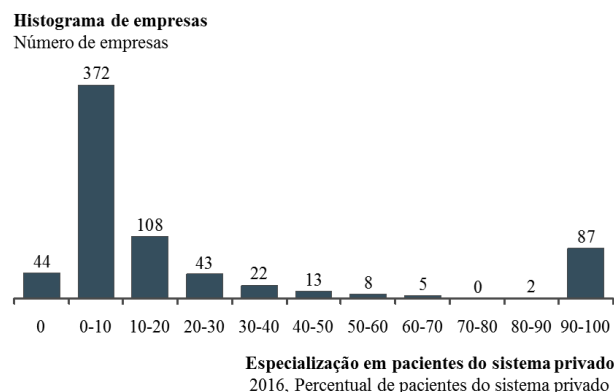
Como visto na análise estrutural da indústria, pacientes do sistema privado apresentam maiores margens, visto que o valor de reembolso pago pelo sistema privado é maior e os custos para o atendimento dos pacientes é o mesmo. Dessa forma, o foco nos pacientes por tipo de pagador afeta as estratégias dos competidores. Utilizando a informação da média do reembolso do mercado pago pelos sistema de saúde privado, pode-se traçar a curva de faturamento médio por paciente, mostrada na Figura 48.

Figura 48 – Curva de faturamento médio por paciente de hemodiálise por tipo de pagador

Fonte: elaborado pelo autor com base em SIGTAP (2017) e entrevistas

Como esperado, a curva mostra que o faturamento médio por paciente aumenta consideravelmente conforme a proporção de pacientes privados aumenta.

A Figura 49 mostra o histograma dos competidores de acordo com a especialização em pacientes do sistema privado.

Figura 49 – Distribuição das clínicas conforme o percentual de pacientes do sistema privado

Fonte: elaborado pelo autor

A maior parte das empresas do mercado foca no atendimento de pacientes do SUS. Isso ocorre devido à abundância desses pacientes em comparação aos do sistema privado. Nota-se grande concentração de competidores entre os percentis de 10 e 20%, evidência da característica da indústria. Apesar disso, existe grande dispersão entre as estratégias das empresas: existem

àquelas que são extremamente focadas em pacientes do sistema privado e àquelas que atendem exclusivamente o SUS.

A Tabela 8 mostra a classificação dos principais competidores na dimensão estratégica de especialização em pacientes do sistema privado.

Tabela 8 – Classificação na dimensão de especialização em pacientes do sistema privado para os principais competidores da indústria

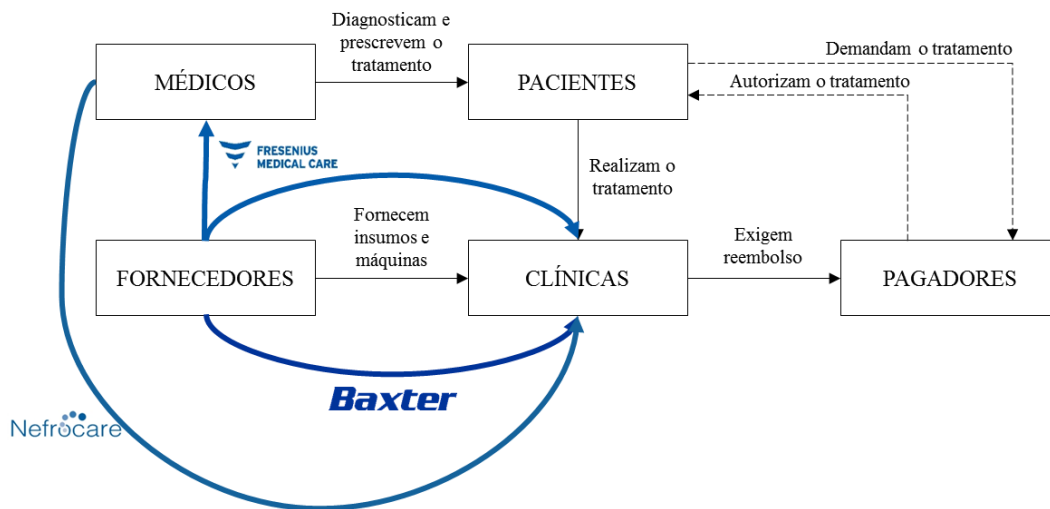
Competidor	% de pacientes do sistema privado	Classificação
Fresenius	15%	Especializado
DaVita	20%	Especializado
PróRim	6%	Não especializado
Nefrocare	13%	Especializado
Cine-HDC-RenalClass	35%	Especializado
Baxter	64%	Especializado

Fonte: elaborado pelo autor

5.2.2 Integração vertical

A integração vertical do sistema de valor da indústria não apresenta grandes desafios. O mercado possui escassez de oferta e alto grau de fragmentação deixando, portanto, espaço para que outras empresas que estejam inseridas no meio se aproveitem de sua expertise para prover tratamentos. A estratégia de integração vertical dos principais competidores é disposta na Figura 50 sobre o sistema de valor da indústria.

Figura 50 – Estratégia de integração vertical dos principais competidores



Fonte: elaborado pelo autor

Apesar das grandes oportunidades de integração vertical, verifica-se que ela não é necessariamente igual para todos os competidores. Para os principais competidores, a integração ocorre da seguinte maneira:

- **Baxter:** realizando a desintermediação do mercado por meio da integração do sistema. A atividade originária da empresa é o fornecimento de insumos para os tratamentos dialíticos, ela passa a prover os serviços também;
- **Fresenius:** como a Baxter, inicia o processo de desintermediação do mercado, mas não apenas com promoção de serviços, ela também está integrando o elo dos médicos;
- **Nefrocare:** integrando o mercado diagnóstico até a promoção de serviços, saltando o elo do fornecimento de insumos.

Além desses, serão considerados, na análise, os hospitais que oferecem serviços de tratamento dialítico, considerando que estão integrando dois elos do sistema.

Para medir a integração vertical dos competidores, com o fim de traçar os mapas de grupos estratégicos, será utilizado o número de elos do sistema de valor que o competidor está presente. Dessa forma, se uma firma, por exemplo, for fornecedora da indústria e tiver atuação nas clínicas, será considerado um grau de integração vertical igual a 2. De outra forma, se apenas estiver presente no elo das clínicas, será considerado um grau igual a 1.

A Tabela 10 mostra a classificação dos principais competidores na dimensão estratégica de integração vertical.

Tabela 9 – Classificação na dimensão de integração vertical para os principais competidores da indústria

Competidor	# de elos que está presente no sistema de valor	Classificação
Fresenius	3	Integrada
DaVita	1	Não integrada
PróRim	1	Não integrada
Nefrocare	2	Integrada
Cine-HDC-RenalClass	1	Não integrada
Baxter	2	Integrada

Fonte: elaborado pelo autor

5.3 Mapas de grupos estratégicos

Como proposto por Porter (1980), para organizar os competidores em grupos estratégicos que possuem posicionamento estratégico similar, foram traçados os 3 mapas de grupos estratégicos em relação às dimensões estratégicas escolhidas. Nos mapas, a dimensão do diâmetro das bolhas é referente ao *market share* das empresas em termos de número de pacientes, já que o *market share* financeiro dependeria da negociação entre cada uma das firmas e os planos de saúde e, portanto, não poderia ser apresentado para todos os competidores do mercado.

Os grupos estratégicos são definidos a partir de quadrantes traçados sobre os mapas. Para traçar os limites, utiliza-se as estatísticas dos competidores com relação a essas dimensões pode ser vista na Tabela 10.

Tabela 10 – Estatísticas das dimensões estratégicas selecionadas

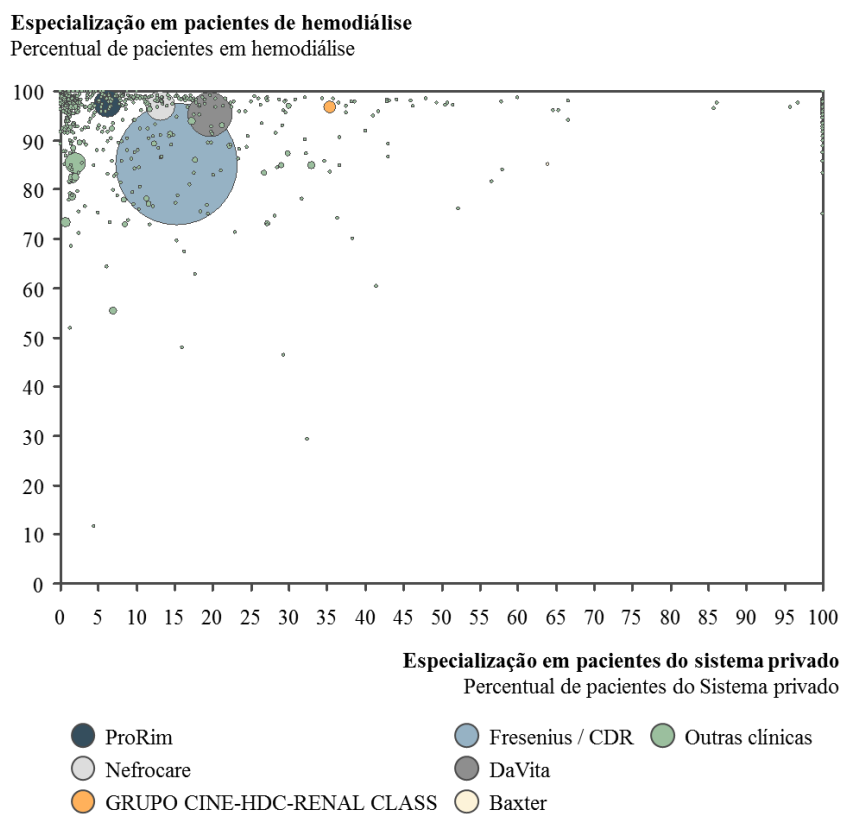
Dimensão	Média	Moda	Mediana	Desvio	Máximo	Mínimo
Especialização em pacientes de hemodiálise	94%	100%	98%	9%	100%	12%
Especialização em pacientes do sistema privado	21%	100%	6%	32%	100%	0%
Integração vertical	1,28	1	1	0,45	3	1

Fonte: elaborado pelo autor

5.3.1 Análise I: Especialização em pacientes de hemodiálise e do sistema privado

O posicionamento das empresas frente as dimensões de especialização em pacientes de hemodiálise e pacientes do sistema privado pode ser observado na Figura 51.

Figura 51 – Distribuição de empresas em especialização em pacientes de hemodiálise e do sistema privado



Fonte: elaborado pelo autor

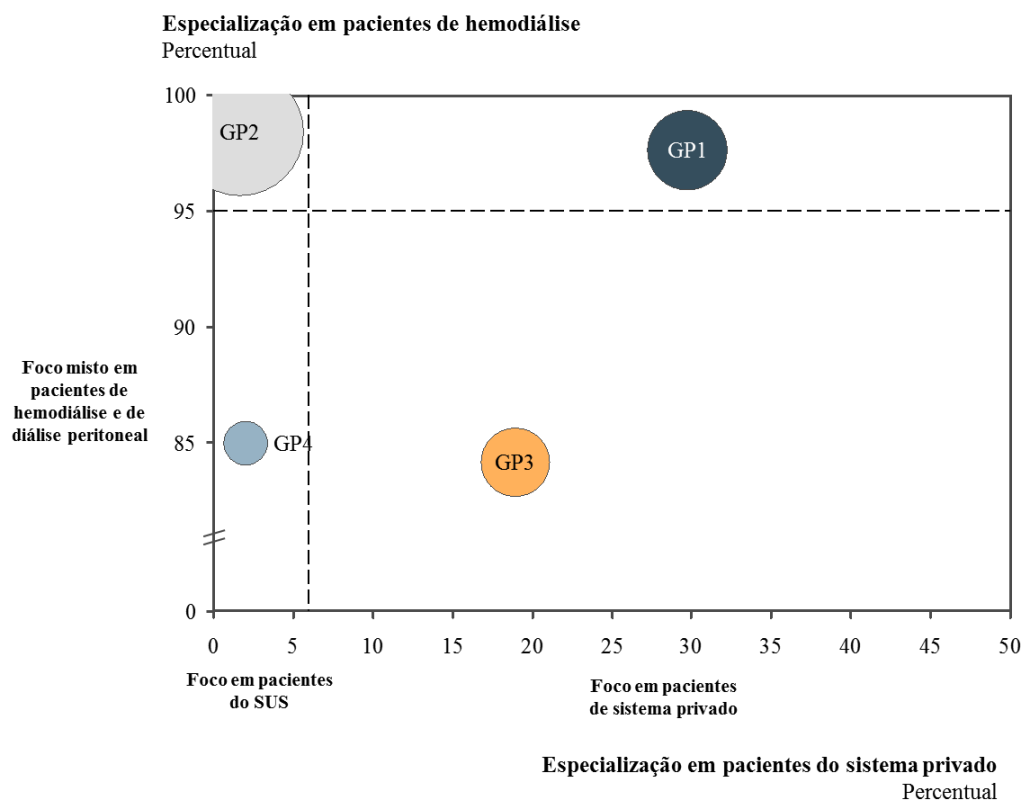
Nota: o diâmetro das bolhas é referente ao *market share* das empresas em termos de número de pacientes.

Nota-se que grande parte dos grupos se concentram na parte superior esquerda do gráfico, sugerindo enfoque em pacientes de hemodiálise e do sistema público.

Buscou-se, a partir dessa distribuição, organizar as empresas em grupos estratégicos limitados por quadrantes. Para definir os quadrantes foram utilizados os dados apresentados na Tabela 10. Os valores de moda e mediana para especialização em pacientes de hemodiálise são muito elevados, o que traria dificuldade na segmentação dos grupos. Dessa forma, recorreu-se ao valor da média, de 94%. Para a dimensão de especialização em pacientes do sistema privado, optou-se pela utilização da mediana, já que o desvio da média é elevado e metade da distribuição possui valores inferiores ou igual a 6% de pacientes do sistema privado.

Dessa forma, a Figura 52 apresenta o mapa de grupos estratégicos na qual os quadrantes representam a concentração das empresas presentes. O tamanho das bolhas representa a soma do *market share* em termos de pacientes das empresas contidas no quadrante.

Figura 52 – Grupos estratégicos em especialização em pacientes de hemodiálise e do sistema privado



Fonte: elaborado pelo autor

Notas: (1) a dimensão do diâmetro das bolhas é referente ao *market share* dos grupos estratégicos. (2) grupos diferentes são representados com cores diferentes: azul escuro: GP1, cinza: GP2, laranja: GP3, azul claro: GP4.

Nota-se que grande parte da indústria está concentrada na especialização em pacientes de hemodiálise do SUS. Como discutido, isso é natural devido à abundância de pacientes do sistema público e incentivos ao tratamento de hemodiálise.

O Grupo 1 (GP1) é formado por 222 empresas e representa 25% do *market share* do mercado. As principais empresas presentes nesse grupo são: Nefrocare, Grupo Cine-HDC-RenalClass e DaVita. Esse grupo foca em pacientes de hemodiálise do sistema privado, estratégia que tende a trazer maiores retornos financeiros. Nesse grupo, estão presentes 52 hospitais, 27% do total presente na base de dados.

O Grupo 2 (GP2) é formado por 274 empresas, dentre as quais a PróRim, que, enquanto instituição filantrópica, foca em pacientes do sistema público. Essa estratégia é a mais comum devido às características do mercado e baixa disponibilidade de pacientes do sistema privado, representando, portanto, 40% do *market share*. Nesse grupo, também estão presentes 60 hospitais, 32% do total presente na base de dados.

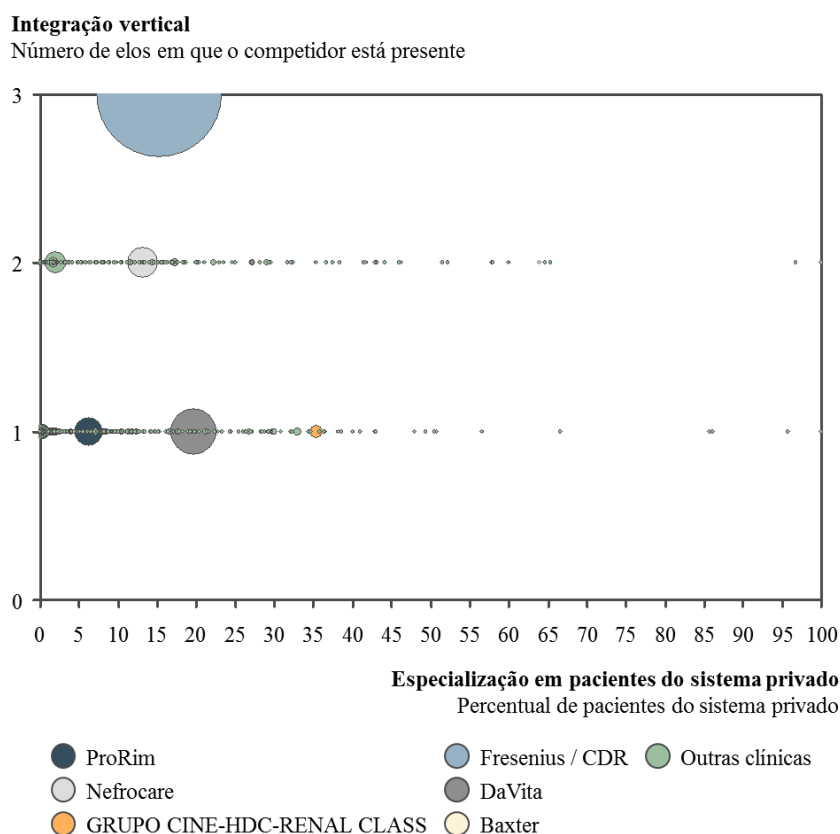
O Grupo 3 (GP3) é formado por empresas que apresentam uma estratégia mista em relação ao tipo de tratamento (mesmo que o majoritário seja o de hemodiálise) e foco em pacientes do sistema privado. Existem 130 empresas que estão posicionadas nesse grupo, sendo as principais a Fresenius e a Baxter, além de 47 hospitais, 25% do total. É natural que esses dois competidores apresentem uma estratégia mista, já que, além de provedores de tratamento, também são fornecedores de insumos dialíticos e, portanto, apresentam menores desafios para promover tratamentos de diálise peritoneal. Além disso, a identificação de marca (dimensão estratégica que não está sendo avaliada nas análises por grupos estratégicos) dessas empresas com o paciente de PD são maiores; o paciente verifica ganho em realizar o tratamento na mesma empresa que fornece os insumos que serão necessários para que ele execute os procedimentos em sua casa. O GP3 corresponde a 21% do *market share* do mercado, em grande parte influenciada por esses competidores principais que, juntos, possuem 5%.

O Grupo 4 (GP4) é formado por 78 empresas, das quais 31 são hospitais, 26% do total de hospitais provedores de tratamentos dialíticos. Esse grupo é o que apresenta menor *market share*, 14%, mostrando que a estratégia mista com relação aos tratamentos e focada em pacientes do sistema público não é comum no mercado. Isso fica mais claro quando observado sob as análises realizadas no capítulo anterior. O SUS apresenta poder de barganha muito superior em relação ao sistema privado e os fornecedores para a PD também, em relação à HD.

5.3.2 Análise II: Integração vertical e especialização em pacientes do sistema privado

O posicionamento das empresas frente às dimensões integração vertical e de especialização em pacientes do sistema privado é apresentado na Figura 53.

Figura 53 – Distribuição das empresas em integração vertical e especialização em pacientes do sistema privado



Fonte: elaborado pelo autor

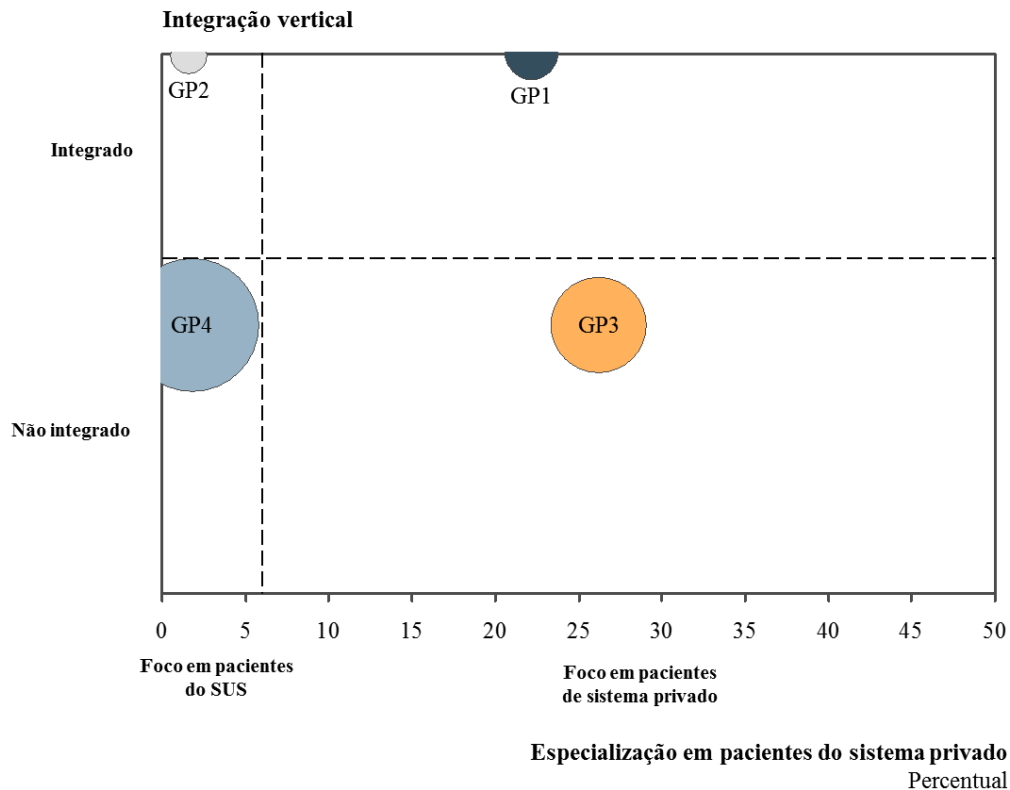
Nota: o diâmetro das bolhas é referente ao *market share* das empresas em termos de número de pacientes.

A Fresenius, empresa líder de mercado, é, também, a que mais integra o sistema de valor da indústria. Nota-se, ainda, grande concentração de competidores que não estão presentes em nenhum outro elo do sistema, a não ser o das clínicas.

Para agrupar as empresas com estratégias similares, buscou-se organizá-las em quadrantes e, posteriormente, em grupos estratégicos. Para a delimitação dos quadrantes, optou-se pela média, de 1,27 elos, para a integração vertical, já que a medida de integração é realizada em números inteiros e isso seria equivalente a distinguir as empresas que possuem algum grau de integração vertical das empresas que não possuem; e mediana para especialização em

pacientes do sistema privado, como explicado anteriormente. O mapa de grupos estratégicos nas dimensões propostas é apresentado na Figura 54.

Figura 54 – Grupos estratégicos em interação vertical e especialização em pacientes do sistema privado



Fonte: elaborado pelo autor

Notas: (1) a dimensão do diâmetro das bolhas é referente ao *market share* dos grupos estratégicos. (2) grupos diferentes são representados com cores diferentes: azul escuro: GP1, cinza: GP2, laranja: GP3, azul claro: GP4.

O Grupo 1 (GP1) é formado por 102 empresas, das quais 99 hospitais, a Nefrocare, a Fresenius e a Baxter. O posicionamento do grupo é de presença de integração vertical e especialização em pacientes do sistema privado. O *market share* do GP1 é de 17%, sendo que os três principais competidores que estão presentes no grupo são os grandes responsáveis por isso.

O Grupo 2 (GP2) é formado por 91 empresas, todas hospitais. O posicionamento do GP2 é de presença de integração vertical e especialização em pacientes do SUS. O GP2 representa 12% do mercado, sendo a estratégia menos comum, devido à baixa representatividade de hospitais entre as empresas, já que apenas 27% das empresas são hospitais.

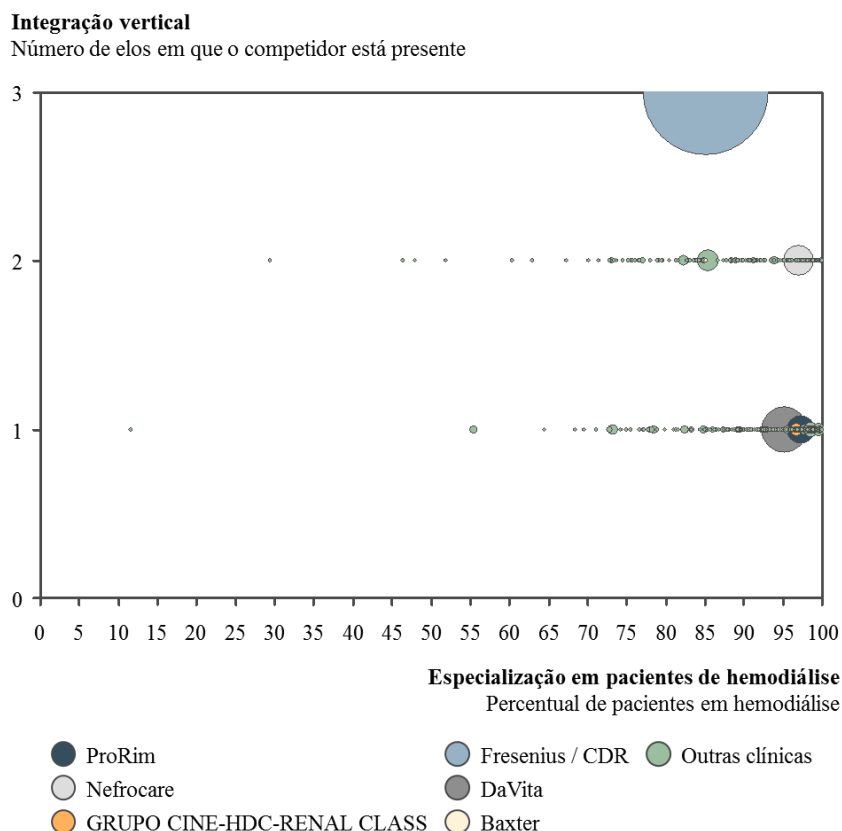
O Grupo 3 (GP3) é formado por 250 empresas, dentre as quais o Grupo Cine-RenalClass e a DaVita. O posicionamento do GP3 é de ausência de integração vertical e especialização em pacientes do sistema privado. O GP3 é responsável por 30% do mercado, sendo que essa estratégia é bastante comum para as redes de clínicas puras.

O Grupo 4 (GP4) é formado por 261 empresas, dentre as quais a PróRim. O posicionamento do grupo é de ausência de integração vertical e especialização em pacientes do SUS. A presença da PróRim é justificada pelos fins da empresa, que é uma instituição filantrópica. Além disso, a abundância de pacientes provindos do sistema público justifica o elevado *market share* do grupo, de 41%.

5.3.3 Análise III: Integração vertical e especialização em pacientes de hemodiálise

O posicionamento das empresas frente à integração vertical e à especialização em pacientes de hemodiálise é apresentado na Figura 55.

Figura 55 – Distribuição das empresas em integração vertical e especialização em pacientes de hemodiálise



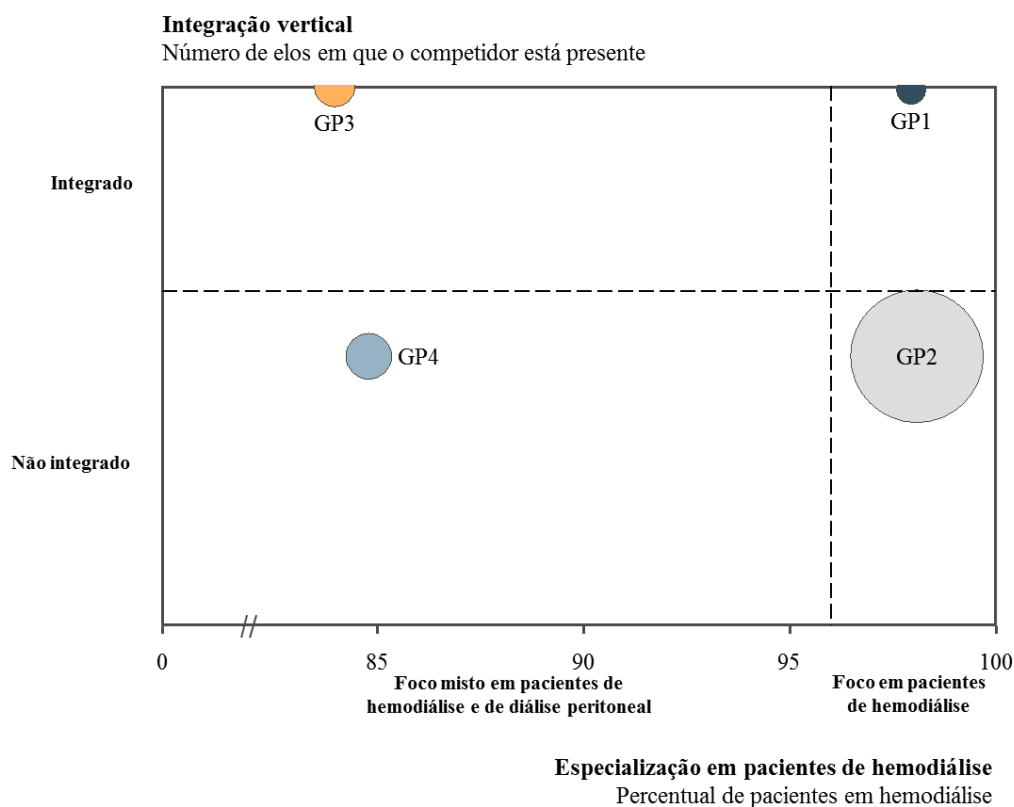
Fonte: elaborado pelo autor

Nota: o diâmetro das bolhas é referente ao *market share* das empresas em termos de número de pacientes.

Visualmente, nota-se concentração na parte direita do gráfico, o que apenas evidencia que a maior parte dos pacientes realizam o tratamento de hemodiálise.

Para organizar essas empresas em grupos estratégicos, utilizou-se, como descrito anteriormente, a média para as duas dimensões. Assim, o mapa de grupos estratégicos segundo essas duas dimensões é apresentado na Figura 56.

Figura 56 – Grupos estratégicos em integração vertical e especialização em pacientes de hemodiálise



Fonte: elaborado pelo autor

Notas: (1) a dimensão do diâmetro das bolhas é referente ao *market share* dos grupos estratégicos. (2) grupos diferentes são representados com cores diferentes: azul escuro: GP1, cinza: GP2, laranja: GP3, azul claro: GP4.

O Grupo 1 (GP1) é formado por 113 empresas, dos quais 112 são hospitais e o outro é a Nefrocare. O *market share* do GP1 é de apenas 12%. O posicionamento estratégico desse grupo relativo às dimensões tratadas é de alta especialização em pacientes de hemodiálise e presença de integração vertical. A presença de 59% dos hospitais da base nesse grupo é explicada pela própria infraestrutura dos hospitais, que conseguem diluir os custos fixos da clínica de diálise em outras operações.

O Grupo 2 (GP2) é formado por 383 empresas e corresponde a 52% do *market share*, sendo a estratégia mais comum com relação às dimensões de análise. O posicionamento do GP2 é de clínica pura, com relação à integração e foco em pacientes de hemodiálise. Dentre os competidores, estão presentes a PróRim, o Grupo Cine-HDC-RenalClass e DaVita.

O Grupo 3 (GP3) é formado por 80 empresas, das quais 78 hospitais. As outras duas empresas que estão no GP3 são a Baxter e a Fresenius. O posicionamento do GP3 é de presença de integração vertical e enfoque misto em pacientes de hemodiálise e de diálise peritoneal. Esse grupo corresponde a 17% do *market share*.

O Grupo 4 (GP4) é formado por 128 empresas e representa 19% do *market share*. O posicionamento desse grupo é de enfoque misto em pacientes de hemodiálise e diálise peritoneal e ausência de integração vertical.

5.3.4 Relacionamento entre análises

Porter (1980) observa que a escolha do posicionamento entre duas dimensões estratégicas deve impactar em uma terceira, devido às características da escolha do posicionamento, que devem representar *trade-offs*. A Tabela 11 mostra a síntese das análises por grupos estratégicos

Tabela 11 – Síntese dos grupos estratégicos e as principais empresas

Empresas	Análise I	Análise II	Análise III	Síntese
Fresenius	GP3	GP1	GP3	Presença de integração Foco misto em pacientes do sistema privado
DaVita	GP1	GP3	GP2	Ausência de integração Foco em pacientes de hemodiálise do sistema privado
PróRim	GP2	GP4	GP2	Ausência de integração Foco em pacientes de hemodiálise do SUS
Nefrocare	GP1	GP1	GP1	Presença de integração Foco em pacientes de hemodiálise do sistema privado
Cine-HDC-RenalClass	GP3	GP1	GP3	Ausência de integração Foco em pacientes de hemodiálise do sistema privado
Baxter	GP3	GP1	GP3	Presença de integração Foco misto em pacientes do sistema privado

Fonte: elaborado pelo autor

Nota-se que as empresas Fresenius e Baxter permanecem juntas em todas as análises por grupos estratégicos, devido à integração do sistema valor entre fornecedor e provedor de serviços. Essas empresas possuem foco em pacientes do sistema privado e foco misto em pacientes de hemodiálise e diálise peritoneal.

Igualmente, as empresas DaVita e Cine-HDC-RenalClass também ficam juntas, sem integração vertical e com foco em pacientes de hemodiálise do sistema privado. A Nefrocare apresenta o mesmo enfoque relativo aos pacientes, mas começou a realizar movimentos em direção à integração do sistema de valor.

A PróRim, empresa sem fins lucrativos, apresenta uma estratégia diferente, focando em pacientes de hemodiálise do SUS e sem integração vertical. Isso ocorre pelo propósito da empresa em ser uma instituição filantrópica.

Vale notar que existe uma barreira de mobilidade entre os grupos, decorrente da presença da Fresenius e da Baxter no elo dos fornecedores da indústria. Para que os outros competidores da indústria ameacem o grupo integrado por meio da entrada no elo dos fornecedores, seriam necessários altos investimentos e desenvolvimento de tecnologia para a construção de máquinas e produção de insumos para o tratamento dialítico. Para realizar a integração com os elos dos médicos ou dos planos de saúde, seria necessário estabelecer parcerias, o que pode apresentar desafios, devido à dificuldade da apresentação de vantagens, pelas clínicas, a esses atores, enquanto organizadas em redes de poucas unidades.

Das análises, também é possível perceber uma tendência dos hospitais em entrarem no mercado, que pode ser observada enquanto ameaça para o Grupo.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para apoiar a formulação da estratégia competitiva do Grupo e construir um roteiro de formulação da estratégia, foi realizada uma apresentação intermediária dos resultados aos *stakeholders* chave do Grupo para recolhimento dos *inputs* sobre o posicionamento estratégico desejado. A partir dos insumos dos capítulos anteriores e a partir do *framework* proposto por Porter (1980) para a formulação da estratégia em indústrias fragmentadas, o capítulo vai seguir o fluxo: objetivos do grupo, fragmentação da indústria, estratégia competitiva do Grupo e a avaliação da superação em termos dos riscos envolvidos.

6.1 Objetivos do Grupo

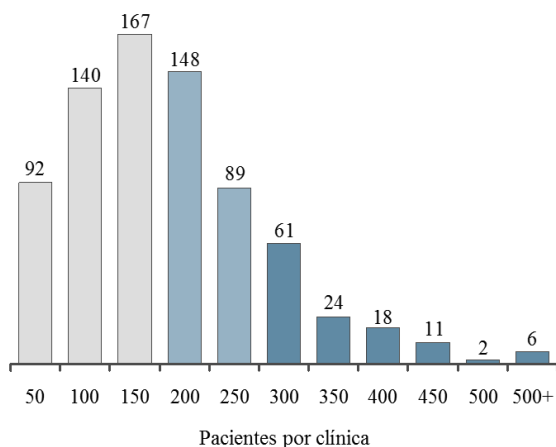
Antes de formular a estratégia competitiva, é importante entender quais são os objetivos do grupo com a entrada no mercado. O Grupo, como grande parte das firmas de *private equity*, tem o objetivo de realizar o maior lucro possível na saída do negócio num prazo de 5 a 7 anos. O Grupo tem interesse em clínicas de diálise em múltiplos países e observa o Brasil como um candidato para uma potencial entrada.

6.2 Fragmentação da indústria

Antes de iniciar a análise da fragmentação da indústria, é importante caracterizá-la. O histograma disposto na Figura 57 mostra o número de clínicas de acordo com o número de pacientes que elas tratam.

Figura 57 – Histograma das clínicas de diálise de acordo com o número de pacientes

Histograma das clínicas de acordo com o número de pacientes
2016, Número de clínicas



Fonte: elaborado pelo autor com base em

Percebe-se que aproximadamente 47% das clínicas possui mais que 200 pacientes e apenas 16% possui mais que 300 e apenas 6 competidores possuem mais que 500 pacientes. Isso demonstra que nenhum competidor possui *market share* dominante e, que, portanto, o mercado é fragmentado.

Para entender o que torna a indústria fragmentada, recorre-se a Porter (1980). Os melhores fatores que explicam a fragmentação na indústria de diálise são: alto poder de barganha dos pagadores, baixas barreiras de entrada, escassez de demanda em algumas regiões e excesso em outras, pela característica local da demanda e administração majoritariamente de médicos.

O alto poder de barganha dos pagadores, principalmente o do SUS, dificulta a consolidação do mercado, já que é difícil obter retornos acima da média e reunir capital para a consolidação. Além disso, a consolidação, sob a perspectiva do SUS, não apresenta grandes vantagens, devido ao aumento do poder que um competidor consolidado teria frente a ele, pressionando o aumento dos valores do reembolso. Os planos de saúde também preferem o cenário de fragmentação, já que conseguem negociar melhor o reembolso.

Para entrar no mercado de diálise, não é necessário um grande aporte de capital. As clínicas podem até entrar por meio de acordos de *comodato* com os fornecedores para diminuir o investimento, provocando o estabelecimento de muitas clínicas pequenas.

A escassez e o excesso da demanda devem ser observados sob a perspectiva dos pacientes do sistema privado. Como mostrado na seção 4, os pacientes do sistema privado

proporcionam margens operacionais para a clínica muito maiores. Apesar disso, em algumas regiões do Brasil, existem poucos pacientes que aderem ao sistema privado e, muitas vezes, eles estão todos concentrados em um baixo número de planos de saúde, aumentando o poder de barganha dos planos frente as clínicas e tornando o cenário pouco atrativo para a abertura de clínicas e impedindo que os pequenos competidores possuam retorno suficiente para tentar a consolidação do mercado. As empresas de capital estrangeiro que têm tentado consolidar o mercado, Fresenius e DaVita são recentes no mercado brasileiro (devido à mudança na regulamentação) e, por isso, ainda não conseguiram realizar a consolidação completa.

A demanda por tratamentos dialíticos é local. A forte interação com a clínica implica que os pacientes devem habitar próximo a elas. Isso faz com que sejam criadas oportunidades de abertura de pequenas clínicas e contribui para a fragmentação da indústria.

Por fim, grande parte das clínicas é administrada por médicos nefrologistas. Essa característica implica que existem outros fatores, não-econômicos, que motivam a abertura das clínicas. A administração por parte de médicos diminui o desejo de aumentar fortemente a escala da operação.

6.3 Estratégia competitiva para o Grupo

Levando em consideração os objetivos do Grupo e observando que se trata de uma indústria que possui fracas motivações para a fragmentação, a estratégia competitiva proposta será pautada em uma tese de consolidação do mercado. Deve-se pontuar que as escolhas estratégicas propostas entrarão em sintonia para gerar vantagens competitivas para o Grupo, possibilitando o posicionamento estratégico singular no mercado.

Para superar a fragmentação, deve-se endereçar as características que tornam a indústria fragmentada em primeira instância. A consolidação passaria por um dos seguintes aspectos: diminuição do poder de barganha dos pagadores e aumento das barreiras de entrada.

A diminuição do poder de barganha dos pagadores é desafiadora. A relação de poder com o SUS dificilmente será alterada, a menos que o Grupo consiga realmente ter grande dominância no mercado. Por isso, o Grupo deve buscar atender os pacientes do sistema privado, que possuem uma relação de poder com as clínicas um pouco mais equilibrada.

A introdução de barreiras de entrada é difícil. Os fornecedores não possuem incentivos para fazer contratos de exclusividade bilaterais com as clínicas e as barreiras técnicas e

financeiras podem ser superadas com o aporte de capital. Dessa forma, a grande barreira de entrada para um potencial entrante conseguir resultados acima da média seria realizar parcerias com hospitais e planos de saúde, na tentativa de capturar grande parte dos pacientes do sistema privado.

A consolidação do mercado pode ser feita de três formas: numerosas aquisições, desenvolvimento próprio ou uma combinação das duas. Como o ciclo de investimento do *private equity* é curto, a realização de aquisições se encaixa melhor no perfil do Grupo, visto que o desenvolvimento próprio traria lentidão para o processo de consolidação.

A entrada no mercado e posterior consolidação deve ser, portanto, por meio de numerosas aquisições. O posicionamento do Grupo, para obter maior lucratividade na indústria, dos capítulos anteriores, deve seguir o foco em pacientes de hemodiálise do sistema privado.

Como mostrado na seção 4, os pacientes do sistema privado proporcionam margens operacionais para a clínica muito maiores (o valor do reembolso é aproximadamente 40% maior e o custo do tratamento dos pacientes é praticamente o mesmo). Para conseguir implementar esse posicionamento, o Grupo poderá: estabelecer parcerias com hospitais para promover indicações, já que 75% dos pacientes são diagnosticados na sala de emergência; estabelecer parcerias com planos de saúde, para receber indicações de pacientes privados e, como contrapartida, negociar melhores valores com o plano; tentar fidelizar o paciente de hemodiálise do sistema privado, que passa entre 9 e 12 horas por semana na clínica, fazendo com que ele peça para ser tratado nas clínicas do Grupo. Para conseguir um maior *mix* de pacientes privados, o Grupo terá que investir na infraestrutura das clínicas que adquirir, para qualquer uma das opções que adotar.

O foco em pacientes de hemodiálise ocorre em decorrência das maiores margens desse tipo de paciente e maior aptidão à fidelização. Como para diálise peritoneal, todos os materiais chegam à casa do paciente e são expedidos pelos fornecedores, as clínicas possuem menor poder de barganha frente aos fornecedores (mesmo que para fazer o requerimento, o paciente tenha de ir até a clínica, após o início do tratamento, as visitas ocorrem apenas uma vez ao mês). Além disso, se o paciente mudar de clínica, ele não deve sofrer alterações no tratamento. Dessa forma, os pacientes de hemodiálise são muito mais suscetíveis à fidelização, dada a frequência com que precisam realizar os tratamentos, e, como apresentam maiores margens, devem ser o público alvo do Grupo.

Sendo assim, a estratégia competitiva recomendada para o Grupo para superar a fragmentação da indústria de diálise é: consolidação do mercado por meio de numerosas aquisições de clínicas, com enfoque em pacientes de hemodiálise do sistema privado. Adicionalmente, pode-se buscar o estabelecimento de parcerias com hospitais e planos de saúde com o objetivo de aumentar a lucratividade.

Ao adotar a estratégia de especialização em pacientes de hemodiálise do sistema privado, o Grupo entra no GP1, da Análise I por grupos estratégicos. Portanto, ele irá competir com outras 222 empresas, dentre as quais, a Nefrocare, o Grupo Cine-HDC-RenalClass e a DaVita. Deve-se monitorar os movimentos competitivos dessas empresas e observar o risco de retaliação do GP1.

Ao estabelecer parcerias com hospitais e planos de saúde, o Grupo compete no GP1 da Análise II, formado por outras 102 empresas, das quais 99 hospitalares, a Nefrocare, a Fresenius e a Baxter, sendo que a Nefrocare apresenta estratégia muito mais próxima à proposta, por ter anunciado a parceria com um hospital, do que a Fresenius e a Baxter, que são fornecedoras da indústria. Além disso, o Grupo também compete no GP1 da Análise III, que é formado por 113 empresas, sendo 112 hospitalares e o outro a Nefrocare. Dessa forma, a Nefrocare, que possui 3 clínicas e 1,2% do *market share* deve ser monitorada e observada como ameaça, por possuir estratégia bem similar à do Grupo. O diferencial do Grupo para a Nefrocare é sua capacidade de aportar capital no mercado, buscando consolidá-lo rapidamente, enquanto que a Nefrocare é propriedade de médicos empreendedores. Além disso, vale ressaltar que todas as clínicas da Nefrocare estão no Estado de São Paulo, apresentando oportunidades para o Grupo em outras regiões, ainda não exploradas por um competidor com a estratégia proposta.

Por fim, a busca por clínicas para aquisição deve pautar-se na construção de um portfólio que tenha sintonia com a estratégia competitiva proposta. Dessa forma, deve-se procurar clínicas com um grande número de pacientes de hemodiálise do sistema privado, em regiões que os planos de saúde sejam descentralizados. Recomenda-se, adicionalmente, que as clínicas buscadas tenham dominância do mercado local, para que haja maior poder de barganha com os planos de saúde.

A busca pelos melhores mercados locais, sob essas perspectivas, deve ser realizada com o apoio dos resultados da abordagem metodológica que definiu os mercados locais relevantes para diálise, da seção 3.3 e cujos resultados estão dispostos no Apêndice A.

6.4 Riscos envolvidos

Os principais riscos envolvidos na entrada do Grupo no mercado de provedores de diálise estão ligados ao aumento lento dos valores de reembolso e aos movimentos competitivos das outras empresas que compõem a indústria.

A perspectiva do aumento dos valores de reembolso do SUS não é boa. Ainda em 2017, a câmara de senadores aprovou o congelamento do orçamento da União para saúde e educação pelos próximos 20 anos. Mesmo após pressão da ABCDT, o aumento foi de apenas 8% e os valores reais estão muito abaixo dos de 2011. A dificuldade do aumento que possibilite valores de reembolso, condizentes com a realidade das clínicas, é um risco para o Grupo, potencial entrante do mercado. Para mitiga-lo, na seção anterior, foi proposto o foco em pacientes do sistema privado, mas, ainda assim, as discussões sobre o aumento dos valores pelo SUS devem ser acompanhadas com atenção pelo Grupo.

Os movimentos competitivos de outras empresas da indústria que podem trazer riscos ao Grupo estão diretamente ligados à estratégia competitiva proposta. A verticalização do mercado por fornecedores, como a Fresenius e a Baxter já vem fazendo, pode trazer desafios para consolidação, caso esses competidores optem, também, pela consolidação da indústria. A principal ameaça que pode incorrer da verticalização dos fornecedores e o aumento dos preços para a venda dos insumos necessários para prover o tratamento dialítico. Além dos movimentos dos fornecedores, devem ser observados os movimentos dos planos de saúde. Como em algumas regiões os beneficiários do sistema privado são consolidados em poucos provedores de planos de saúde, caso os planos decidam pela abertura de clínicas próprias, isso pode impedir a atração de pacientes do sistema privado, o que comprometeria a estratégia competitiva e as margens. Apesar disso, a verticalização pelos planos de saúde pode ser, além de um risco, uma oportunidade de saída do mercado, com a venda da clínica para essas empresas. Os hospitais privados também apresentam um risco ao Grupo. Os que decidirem entrar no mercado de diálise como provedores de tratamento podem utilizar seus relacionamentos com os pacientes para direcioná-los para suas próprias clínicas, diminuindo o contingente de pacientes privados que poderiam ser capturados pelo Grupo. Por fim, as baixas barreiras de entrada tornam a indústria atrativa para outras empresas de *private equity*. A entrada de uma outra empresa que possua os mesmos objetivos do Grupo pode marcar uma disputa pela aquisição das melhores clínicas, o que deve aumentar o investimento necessário para realizar a consolidação.

7 CONCLUSÃO

Nesse capítulo, serão apresentadas as principais conclusões do trabalho e propostas para trabalhos futuros.

7.1 Comentários sobre os resultados obtidos

O trabalho de formatura possuía o objetivo de formular a estratégia competitiva para um novo entrante do mercado brasileiro de diálise. Para tanto, foram realizadas diversas análises sob três perspectivas: a análise estrutural da indústria, a análise estrutural dentro da indústria e a discussão dos resultados.

A primeira parte, da análise estrutural da indústria, buscou identificar os principais *drivers* da lucratividade e da competição na indústria. Ela englobou o sistema de valor e a posterior avaliação a partir das cinco forças competitivas proposta por Porter (1979). Foi identificado que os pagadores possuem uma força muito grande e que, assim, são os principais determinantes da lucratividade da indústria como um todo. Os pacientes, por outro lado, são desprovidos de poder de barganha. Além disso, a disparidade entre a oferta e a demanda e a tendência de crescimento do mercado revelam que a rivalidade entre os concorrentes existentes é fraca. Isso, em sintonia com as baixas barreiras de entrada, somada à baixa lucratividade da indústria, gera uma forte ameaça de novos entrantes. Devido à impossibilidade de obtenção de substitutos, que, no caso, seriam os transplantes renais, a pressão por parte dos substitutos é muito fraca. Finalmente, pelo número limitado de empresas, o poder de barganha dos fornecedores é médio. Ao longo dessa seção, ficou clara a influência do governo na lucratividade da indústria. Com o recente congelamento orçamentário, o cenário das clínicas que focam em pacientes reembolsados pelo SUS não é favorável, mesmo com a ABCDT trabalhando intensamente com o objetivo de aumentar os valores de reembolso.

A segunda parte, da análise estrutural dentro da indústria, buscou identificar os posicionamentos estratégicos das empresas para explicar as diferenças entre as suas *performances*. Para tanto, foi conduzido um estudo dos principais concorrentes, seguido de análises por grupos estratégicos, como proposto por Porter (1980). As dimensões estratégicas selecionadas foram: integração vertical e segmento de clientes-alvo em termos de especialização em pacientes do sistema privado e de hemodiálise. A análise da integração vertical permitiu identificar a tendência de verticalização do mercado, tanto a jusante quanto a

montante na cadeia. Essas tendências entram tanto como ameaça quanto como oportunidade de negócios para o Grupo.

A terceira parte, da discussão dos resultados, buscou consolidar os resultados obtidos nas seções anteriores com o objetivo de formular uma estratégia competitiva condizente com a realidade da fragmentação da indústria sob a perspectiva do Grupo. Para tanto, foi utilizado o *framework* proposto por Porter (1980). Inicialmente, foi conduzido um estudo para entender as razões da fragmentação da indústria, sendo que as principais são: alto poder de barganha dos pagadores, baixas barreiras de entrada e restrição geográfica do mercado. Num segundo momento, foram apresentados, aos *stakeholders* do Grupo, os mapas de grupos estratégicos do mercado, para que um posicionamento fosse escolhido; a estratégia competitiva recomendada é a consolidação do mercado por meio de numerosas aquisições de clínicas, com enfoque em pacientes de hemodiálise do sistema privado. Por fim, foi realizada uma avaliação da superação da fragmentação sob a dimensão dos riscos da consolidação, que são: dificuldade de negociação com o governo, consolidação do mercado por outros competidores e integração vertical por parte dos planos de saúde, hospitais e fornecedores. A avaliação financeira da fragmentação não fez escopo do presente trabalho de formatura, mas recomenda-se que esta seja feita antes da tomada de decisão final do Grupo.

Todos os dados utilizados neste trabalho de formatura são públicos, sendo que a maior parte é publicada por fontes oficiais do Ministério da Saúde. A avaliação financeira da consolidação do mercado só poderia ser feita com a introdução de dados sigilosos dos demonstrativos das clínicas.

A abordagem metodológica apresenta limitações referentes à precisão das análises de número de pacientes por tipo de tratamento e tipo de pagador, mas que são contornáveis, na medida em que os resultados foram utilizados de forma ampla em “grandes números”, sem a observação individual das clínicas. Além disso, o modelo das cinco forças competitivas é bastante criticado, quando aplicado a indústrias excessivamente reguladas e dinâmicas, caso da indústria em estudo. Mesmo assim, os resultados obtidos com o trabalho atingiram os objetivos propostos, sendo que o conhecimento prévio das limitações da abordagem metodológica pôde influenciar as análises para que essas fossem minimizadas.

7.2 Propostas para trabalhos futuros

Existem diversos trabalhos que podem ser derivados deste e que trariam contribuições significantes para a análise do cenário de diálise no Brasil. Sob a perspectiva do Grupo, poderiam ser realizados estudos sobre a viabilidade financeira da estratégia competitiva de consolidação do mercado proposta por este trabalho de formatura. Para uma clínica de diálise pequena, poderia ser realizada a avaliação dos custos da empresa, essas empresas costumam ter sistemas administrativos pouco desenvolvidos. O desenvolvimento de um trabalho que tivesse como objetivo a avaliação dos valores de reembolso do SUS também poderia enriquecer a discussão entre a ABCDT e o Ministério da Saúde. Por fim, a mudança tecnológica no mercado pode modificar o cenário competitivo, já que foi observado que os tratamentos de diálise peritoneal são bem menos penosos para os pacientes; um trabalho futuro poderia explorar a evolução da indústria sob essa perspectiva.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABCDT. MINISTÉRIO DA SAÚDE ANUNCIA REAJUSTE PARA A SESSÃO DE HEMODIÁLISE. **ABCDT - Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante**, 8 novembro 2016. Disponível em: <<http://abcdt.org.br/ministerio-da-saude-anuncia-reajuste-para-sessao-de-hemodialise/>>. Acesso em: 5 outubro 2017.

ALTAFIN, I. G. Sessão especial destaca urgência na prevenção de doença renal. **Agência Senado**, Brasília, 9 março 2017. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/03/09/sessao-especial-destaca-urgencia-na-prevencao-de-doenca-renal>>. Acesso em: 2017 outubro 4.

ANS. **Autalização dos Mercados Relevantes - Agenda Regulatória 2013-2014**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, p. 42. 2015.

ANS. **Dados Abertos**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília. 2017.

APOLO11. **Latitude e Longitude das cidades brasileiras**. APOLO11.com. [S.l.]. 2017.

BAXTER. História. **Baxter**, 2011. Disponível em: <<http://www.latinamerica.baxter.com/brasil/sobre-a-baxter/perfil-da-empresa/historia.html>>. Acesso em: 16 set. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Senado Federal**, 1988. 292.

BRASIL. Dos serviços privados de assistência à saúde. **Lei 8.080**, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Da abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde. **Lei 13.097**, Brasília, 19 jan. 2015.

BRITO, T. N. D. S.; OLIVEIRA, A. R. D. A.; SILVA, A. K. C. D. Taxa de filtração glomerular estimada em adultos: características e limitações das equações utilizadas. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Natal, 03 fev. 2016. ISSN 0370-369x.

CARVALHO, M. M. D.; LAURINDO, F. J. B. **Estratégia Competitiva**. São Paulo: Atlas, 2012.

CNES. Base de dados. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, 2017. Disponível em: <<http://cnes.saude.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

CNSEG. O que é Saúde Suplementar. **Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização-CNseg**, 2016. Disponível em: <<http://cnseg.org.br/fenasaude/sobre-o-setor/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

COX, A.; SANDERSON, J.; WATSON, G. Supply chains and power regimes: toward an analytic framework for managing extended networks of buyer and supplier relationships. **The Journal of Supply Chain Management**, v. 37, p. 28-35, 2001.

DATASUS. Transferência/Download de Arquivos. **Portal da Saúde - SUS**, 2017. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=22&pad=31655>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

DAVITA. Sobre a DaVita. **DaVita**, 2017. Disponível em: <<https://www.davita.com/br/about-davita/media-room/11518/>>. Acesso em: 16 set. 2017.

DUHAN, S.; LEVY, M.; POWELL, P. Information systems strategies in knowledge-based SMEs: the role of core competencies. **European Journal of Information Systems**, v. 10, p. 25-40, 2001.

FRASÃO, G. Ministério da Saúde investe R\$ 58,9 milhões para serviços de nefrologia. **Portal da Saúde**, Brasília, 12 Maio 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23638-ministerio-da-saude-investe-r-58-9-milhoes-para-servicos-de-nefrologia>>. Acesso em: 10 outubro 2017.

FUNDAÇÃO PRÓRIM. Perfil. **PróRim**, 2016. Disponível em: <<http://www.prorim.org.br/2011/prorim/perfil>>. Acesso em: 15 set. 2017.

GRUPO CINE-HDC-RENALCLASS. As clínicas do Grupo. **Grupo Cine-HDC-RenalClass**, 2016. Disponível em: <<http://grupochr.net.br/chr/grupochr/clinicas/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

HENDERSON, B. D. The Origin of Strategy. **Harvard Business Review**, Novembro 1989.

HIDEBRAND, D. **The Role of Economic Analysis in the EC Competition Rules**. 3.ed. [S.l.]: [s.n.], 2009.

IBGE. Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA e Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2017. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultinpc.shtm>. Acesso em: 2 jul. 2017.

JOHNSON, G.; SCHOLLES, K.; WHITTINGTON, R. **Fundamentals of Strategy**. [S.l.]: [s.n.], 2009.

L.E.K. CONSULTING. About L.E.K. **L.E.K. Consulting**, 2017. Disponível em: <<http://www.lek.com/>>. Acesso em: 4 Outubro 2017.

MCGEE, J.; THOMAS, H. Strategic Groups: Theory, Research and Taxonomy. **Strategic Management Journal**, v. 7, p. 141-160, 1986.

MCGINN, D. Michael Porter's Five (and a Half) Forces. **Harvard Business Review**, Boston, p. 14, mar. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO-RDC N° 154. **Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise**, Brasília, 15 jun. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RDC N° 11. **Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise**, Brasília, 13 mar. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2016**. Ministério da Saúde. Brasília. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO N° 163. **Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 13 de março de 2014.**, Brasília, 14 jun. 2017.

MONFORT, J. À la recherche des filières de production. **Economie et statistique**, v. 151, p. 3-12, 1983.

NEFROCARE. História. **Nefrocare**, 2017. Disponível em: <<http://www.nefrocare.com.br/site/about/historia/>>. Acesso em: 14 set. 2017.

NIERTRANSPLANTATIE. Em que consiste a doação de rins em vida? **Niertransplantatie**, 2017. Disponível em: <<https://www.niertransplantatie.info/po>>. Acesso em: 21 out. 2017.

NKF. Glomerular Filtration Rate (GFR). **National Kidney Foundation**, 2015. Disponível em: <<https://www.kidney.org/atoz/content/gfr>>. Acesso em: 5 Agosto 2017.

NKF. About Chronic Kidney Disease. **National Kidney Foundation**, fev. 2017a. Disponível em: <<https://www.kidney.org>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

NKF. HOW YOUR KIDNEYS WORK. **National Kidney Foundation**, 2017b. Disponível em: <<https://www.kidney.org/kidneydisease/howkidneyswrk>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

NKF. Newly Diagnosed with CKD? Here's What You Need to Know. **National Kidney Foundation**, 13 jan. 2017c. Disponível em: <<https://www.kidney.org/atoz/content/newly-diagnosed-heres-what-you-need-know>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

PORTER, M. Strategy and the Internet. **Harvard Business Review**, Boston, mar. 2001.

PORTER, M. E. How Competitive Forces Shape Strategy. **Harvard Business Review**, Boston, mar. 1979.

PORTER, M. E. **Competitive Strategy**: techniques for analyzing industries and competitors. New York: THE FREE PRESS, 1980.

PORTER, M. E. What Is Strategy? **Harvard Business Review**, 1996.

PORTER, M. E. The Five Competitive Forces That Shape Strategy. **Harvard Business Review**, Boston, 2008.

PORTER, M. E.; MILLAR, V. How information gives you competitive advantage. **Harvard Business Review**, Boston, Julho 1985.

REDAÇÃO RMC. Campinas recebe clínica de hemodiálise do Hospital Beneficência Portuguesa em parceria com a Nefrocare com tecnologia pioneira inclusive para pacientes do SUS. **Portal da Região Metropolitana de Campinas**, Campinas, 01 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.portaldarmc.com.br/noticias-da-regiao/2016/07/campinas-recebe-clinica-de-hemodialise-do-hospital-beneficiencia-portuguesa-em-parceria-com-a-nefrocare-com-tecnologia-pioneira-inclusive-para-pacientes-do-sus/>>. Acesso em: 5 out. 2017.

SBN. **Censo de diálise**. Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo. 2016a.

SBN. O que é transplante renal? **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2016b. Disponível em: <<https://sbn.org.br/publico/tratamentos/transplante-renal/>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

SBN. Como as doenças renais podem se manifestar? **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2017a. Disponível em: <<https://sbn.org.br/publico/doencas-comuns/sinais-de-doenca-renal/>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

SBN. O que é diálise peritoneal? **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2017b. Disponível em: <<https://sbn.org.br/publico/tratamentos/dialise-peritoneal/>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

SBN. O que é hemodiálise? **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2017c. Disponível em: <<https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

SBN. O que é Nefrologia? **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2017d. Disponível em: <<https://sbn.org.br/publico/institucional/o-que-e-nefrologia/>>. Acesso em: 13 out. 2017.

SIGTAP. Consultar Procedimentos. **SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentose OPM do SUS**, 2017. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

TAPSCOTT, D. Rethinking Strategy in a Networked World (or Why Michael Porter is Wrong about the Internet. **Strategy and Business**, 2001.

THURLBY, B. Competitive forces are also subject to change. **Management decision**, v. 36, p. 19-24, 1998.

UFRGS. Cálculo de Distâncias. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2017. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/engcart/Teste/dist_exp.html>. Acesso em: 10 outubro 2017.

USRDS. **2017 ADR Reference Tables: International Comparisons**. United States Renal Data System. Washington. 2017.

APÊNDICE A – MERCADOS LOCAIS RELEVANTES

A abordagem metodológica resultou no número de pacientes por tipo de pagador e tipo de tratamento nos mercados locais relevantes dispostos na Tabela 12 pela cidade polo.

**Tabela 12 – Número de pacientes nos mercados relevantes por cidade polo
(continua)**

Cidade Polo	UF	Pacientes SUS HD	Pacientes SUS PD	Pacientes Privado HD	Pacientes Privado PD
Açu	RN	79	0	1	0
Adamantina	SP	72	8	6	1
Águas Lindas de Goiás	GO	186	0	0	0
Alagoinhas	BA	153	0	8	1
Alegrete	RS	53	1	2	0
Alfenas	MG	234	1	0	3
Altamira	PA	90	0	1	0
Amparo	SP	97	0	19	2
Anápolis	GO	278	0	19	3
Angra dos Reis	RJ	155	13	0	1
Aparecida de Goiânia	GO	385	0	24	3
Apucarana	PR	115	0	6	1
Aquidauana	MS	92	0	0	0
Aracaju	SE	796	116	146	16
Araçatuba	SP	119	4	0	1
Araguaína	TO	119	21	4	0
Araguari	MG	100	5	0	1
Arapiraca	AL	399	4	0	2
Arapongas	PR	64	2	4	0
Araranguá	SC	66	0	0	0
Araraquara	SP	212	6	61	6
Araras	SP	73	2	21	2
Araruama	RJ	266	51	22	2
Arcoverde	PE	119	0	0	0
Ariquemes	RO	99	0	2	0
Assis	SP	109	13	9	1
Avaré	SP	110	7	0	1
Bacabal	MA	268	0	0	0
Bagé	RS	99	12	0	0
Balneário Camboriú	SC	132	0	0	2
Barbacena	MG	160	9	16	2
Barbalha	CE	798	0	0	2
Barra do Garças	MT	100	2	0	1
Barra do Piraí	RJ	262	90	16	3
Barreiras	BA	78	0	2	0
Barretos	SP	126	2	15	2

(continuação)

Cidade Polo	UF	Pacientes SUS HD	Pacientes SUS PD	Pacientes Privado HD	Pacientes Privado PD
Batatais	SP	115	0	0	1
Baturité	CE	186	0	0	0
Bauru	SP	333	44	85	10
Bebedouro	SP	137	7	24	2
Belém	PA	1045	24	112	16
Belford Roxo	RJ	1711	235	139	20
Belo Horizonte	MG	2390	366	716	74
Bento Gonçalves	RS	46	1	11	1
Blumenau	SC	139	19	25	3
Boa Vista	RR	237	3	0	1
Bom Despacho	MG	124	3	11	1
Bom Jesus	PI	35	0	1	0
Botucatu	SP	200	66	32	3
Bragança Paulista	SP	297	1	63	7
Brasília	DF	1100	332	190	31
Brasília de Minas	MG	183	0	0	0
Brumado	BA	199	0	0	1
Brusque	SC	69	0	6	1
Cabo de Santo Agostinho	PE	271	1	0	1
Cabo Frio	RJ	176	0	0	1
Cáceres	MT	196	0	0	1
Cachoeira do Sul	RS	130	0	3	0
Cachoeirinha	RS	262	13	20	4
Cachoeiro de Itapemirim	ES	239	0	26	4
Cacoal	RO	146	0	0	0
Caicó	RN	179	0	0	0
Camaçari	BA	210	0	21	2
Camaquã	RS	75	0	3	0
Campina Grande	PB	603	4	0	8
Campinas	SP	1069	92	278	36
Campo Belo	MG	149	1	9	1
Campo Bom	RS	88	0	9	1
Campo Grande	MS	816	25	95	11
Campo Largo	PR	115	15	0	1
Campo Maior	PI	230	0	5	1
Campo Mourão	PR	130	8	14	1
Campos dos Goytacazes	RJ	326	54	36	4
Canindé	CE	262	0	0	0
Carangola	MG	89	0	0	0
Caratinga	MG	165	8	7	1
Carazinho	RS	56	0	0	0
Cariacica	ES	992	102	219	29
Carpina	PE	486	0	0	2

(continuação)

Cidade Polo	UF	Pacientes SUS HD	Pacientes SUS PD	Pacientes Privado HD	Pacientes Privado PD
Caruaru	PE	350	27	0	2
Cascavel	CE	412	0	0	1
Cascavel	PR	168	9	21	3
Castanhal	PA	173	0	0	0
Castro	PR	63	6	4	0
Cataguases	MG	72	2	6	1
Catalão	GO	167	0	19	2
Catanduva	SP	80	24	17	2
Caucaia	CE	650	0	0	3
Caxias	MA	351	4	0	1
Caxias do Sul	RS	178	29	72	9
Ceres	GO	128	0	4	0
Chapecó	SC	166	1	0	2
Cianorte	PR	79	3	0	0
Colatina	ES	367	1	0	6
Concórdia	SC	54	0	9	1
Conselheiro Lafaiete	MG	167	9	0	4
Contagem	MG	825	107	139	19
Cornélio Procópio	PR	268	13	23	3
Corumbá	MS	83	0	5	0
Crateús	CE	190	0	0	0
Crato	CE	524	10	0	2
Criciúma	SC	207	8	26	3
Cruz Alta	RS	82	0	3	0
Cruzeiro do Sul	AC	30	0	0	0
Cuiabá	MT	698	13	97	13
Curitiba	PR	964	277	347	39
Curitibanos	SC	45	0	0	0
Curvelo	MG	139	8	0	1
Diadema	SP	759	35	251	28
Diamantina	MG	99	0	4	0
Divinópolis	MG	209	45	95	9
Dourados	MS	187	46	0	3
Dracena	SP	92	5	0	1
Duque de Caxias	RJ	538	0	42	6
Erechim	RS	66	7	0	1
Eunápolis	BA	246	1	0	2
Extrema	MG	115	0	0	4
Feira de Santana	BA	657	152	60	7
Fernandópolis	SP	194	2	15	2
Floriano	PI	290	0	0	1
Florianópolis	SC	282	61	54	7
Formiga	MG	151	13	12	2
Formosa	GO	111	0	3	0
Fortaleza	CE	3510	82	563	68

(continuação)

Cidade Polo	UF	Pacientes SUS HD	Pacientes SUS PD	Pacientes Privado HD	Pacientes Privado PD
Foz do Iguaçu	PR	257	20	30	4
Franca	SP	294	26	51	6
Francisco Beltrão	PR	91	0	6	1
Franco da Rocha	SP	177	1	18	2
Frederico Westphalen	RS	72	3	3	0
Frutal	MG	51	0	5	0
Garanhuns	PE	260	0	14	1
Goianésia	GO	148	0	4	0
Goiânia	GO	1422	41	220	28
Governador Valadares	MG	401	9	43	5
Guanambi	BA	211	0	0	0
Guarapari	ES	92	0	0	1
Guarapuava	PR	171	2	0	1
Guarujá	SP	142	0	24	2
Guarulhos	SP	609	82	138	14
Guaxupé	MG	112	0	10	1
Gurupi	TO	108	1	0	0
Iguatu	CE	308	0	0	1
Ijuí	RS	86	30	15	1
Ilha Solteira	SP	82	0	0	1
Ilhéus	BA	183	3	0	1
Imperatriz	MA	423	2	24	3
Indaiatuba	SP	95	0	0	2
Ipatinga	MG	322	36	0	6
Iporá	GO	84	0	0	0
Irati	PR	71	0	3	0
Itabaiana	SE	135	0	0	0
Itabira	MG	163	12	0	3
Itaboraí	RJ	159	13	8	1
Itabuna	BA	243	12	0	2
Itajaí	SC	145	10	20	2
Itajubá	MG	162	2	26	4
Itaobim	MG	146	0	0	0
Itaperuna	RJ	162	19	11	1
Itapetininga	SP	187	13	14	1
Itapeva	SP	153	0	0	1
Itapipoca	CE	234	0	0	0
Itaqui	RS	23	0	1	0
Itaúna	MG	107	0	14	2
Itu	SP	687	100	183	20
Itumbiara	GO	78	0	7	1
Ituverava	SP	110	6	0	2
Ivaiporã	PR	123	0	0	0
Jaboticabal	SP	114	0	0	2
Jacareí	SP	109	6	27	4
Jacobina	BA	114	0	0	0

(continuação)

Cidade Polo	UF	Pacientes SUS HD	Pacientes SUS PD	Pacientes Privado HD	Pacientes Privado PD
Janaúba	MG	178	0	0	0
Jaraguá do Sul	SC	77	0	0	1
Jataí	GO	122	0	0	1
Jaú	SP	122	3	8	1
Jequié	BA	271	4	0	1
Ji-Paraná	RO	182	0	6	1
Joaçaba	SC	60	0	5	1
João Monlevade	MG	166	12	17	3
João Pessoa	PB	511	29	82	13
Joinville	SC	337	70	75	9
Juazeiro	BA	461	28	14	2
Juiz de Fora	MG	451	52	92	11
Jundiaí	SP	240	53	131	13
Lages	SC	148	0	9	1
Lajeado	RS	98	0	18	2
Lavras	MG	150	5	0	2
Leopoldina	MG	122	7	0	1
Limeira	SP	183	10	41	5
Londrina	PR	419	53	76	8
Macaé	RJ	146	11	0	5
Macapá	AP	250	0	0	1
Maceió	AL	880	19	120	16
Mafra	SC	97	0	0	0
Magé	RJ	185	8	8	1
Manaus	AM	666	109	83	11
Manhuaçu	MG	204	8	0	1
Marabá	PA	205	1	8	1
Maracanaú	CE	416	0	0	4
Mariana	MG	90	6	0	1
Marília	SP	185	81	0	4
Maringá	PR	376	8	100	11
Matão	SP	99	4	20	2
Mogi das Cruzes	SP	185	19	31	3
Mogi Mirim	SP	170	0	26	3
Montenegro	RS	91	0	0	2
Montes Claros	MG	329	7	29	4
Mossoró	RN	291	0	26	4
Muriae	MG	135	3	0	1
Natal	RN	1056	9	156	19
Niterói	RJ	305	36	137	16
Nova Friburgo	RJ	148	1	0	2
Nova Lima	MG	89	9	29	3
Nova Prata	RS	36	0	4	0
Novo Hamburgo	RS	137	0	19	2
Osório	RS	173	0	0	1
Ourinhos	SP	100	14	10	1

(continuação)

Cidade Polo	UF	Pacientes SUS HD	Pacientes SUS PD	Pacientes Privado HD	Pacientes Privado PD
Palmares	PE	201	0	0	0
Palmas	TO	197	15	18	3
Palmeira dos Índios	AL	143	0	0	0
Pará de Minas	MG	72	7	0	1
Paracatu	MG	55	0	0	0
Paranaguá	PR	96	8	0	1
Paranaíba	MS	71	0	4	0
Paranavaí	PR	193	6	0	1
Pariquera-Açu	SP	164	0	0	0
Parnaíba	PI	181	20	0	1
Passo Fundo	RS	185	53	21	3
Passos	MG	269	4	0	2
Pato Branco	PR	63	1	9	2
Patos	PB	101	0	0	0
Patos de Minas	MG	203	0	16	2
Patrocínio	MG	144	0	0	1
Pau dos Ferros	RN	86	1	2	0
Paulo Afonso	BA	232	6	0	1
Pedreiras	MA	103	0	1	0
Pelotas	RS	291	66	24	3
Petrópolis	RJ	144	10	20	3
Picos	PI	328	0	10	2
Piracicaba	SP	230	33	80	9
Pirapora	MG	81	0	4	0
Poços de Caldas	MG	91	2	25	2
Ponta Grossa	PR	159	31	20	2
Ponta Porã	MS	123	11	4	0
Ponte Nova	MG	157	1	0	1
Porangatu	GO	156	0	2	0
Porto Alegre	RS	1622	146	387	43
Porto Velho	RO	307	34	23	3
Pouso Alegre	MG	177	15	0	4
Presidente Prudente	SP	265	45	56	7
Quixadá	CE	220	0	0	0
Recife	PE	2509	133	467	52
Redenção	PA	144	3	0	0
Resende	RJ	114	17	11	2
Ribeira do Pombal	BA	157	0	1	0
Ribeirão Preto	SP	683	84	180	21
Rio Branco	AC	264	21	0	1
Rio Claro	SP	87	1	0	2
Rio de Janeiro	RJ	3082	289	954	111
Rio do Sul	SC	131	2	8	1
Rio Grande	RS	145	0	20	3
Rio Verde	GO	229	0	28	3
Rondonópolis	MT	287	8	0	3

(continuação)

Cidade Polo	UF	Pacientes SUS HD	Pacientes SUS PD	Pacientes Privado HD	Pacientes Privado PD
Rosário do Sul	RS	42	0	1	0
Russas	CE	306	0	0	0
Salinas	MG	84	2	2	0
Salvador	BA	1686	156	226	28
Santa Cruz do Sul	RS	90	1	12	1
Santa Maria	RS	252	26	19	4
Santa Rosa	RS	70	1	4	0
Sant'Ana do Livramento	RS	49	0	1	0
Santarém	PA	265	14	0	2
Santiago	RS	27	0	1	0
Santo Ângelo	RS	149	0	0	1
Santo Antônio da Platina	PR	154	26	0	1
Santo Antônio de Jesus	BA	202	2	0	1
Santo Antônio de Pádua	RJ	129	6	0	1
Santos	SP	385	17	129	14
São Bento do Sul	SC	100	0	7	2
São Bernardo do Campo	SP	335	15	112	12
São Borja	RS	48	0	0	0
São Carlos	SP	144	7	32	4
São Gabriel	RS	47	0	0	0
São Gonçalo	RJ	548	28	58	7
São João da Boa Vista	SP	243	5	48	6
São João del Rei	MG	160	0	20	2
São José do Rio Preto	SP	492	49	136	14
São José dos Campos	SP	335	4	98	10
São José dos Pinhais	PR	128	34	30	3
São Leopoldo	RS	106	0	0	2
São Lourenço	MG	163	1	0	3
São Lourenço do Sul	RS	27	0	1	0
São Luís	MA	803	25	104	14
São Luís de Montes Belos	GO	58	0	0	0
São Mateus	ES	208	0	0	2
São Miguel do Oeste	SC	100	0	0	1
São Miguel dos Campos	AL	99	1	2	0
São Paulo	SP	8157	550	2415	265
São Sebastião do Paraíso	MG	93	5	0	1
Senhor do Bonfim	BA	211	19	0	0
Serrinha	BA	199	6	5	0
Sertãozinho	SP	174	3	44	4
Sete Lagoas	MG	180	24	27	3
Sinop	MT	178	4	0	1
Sobral	CE	694	8	0	2

(continuação)

Cidade Polo	UF	Pacientes SUS HD	Pacientes SUS PD	Pacientes Privado HD	Pacientes Privado PD
Soledade	RS	42	0	1	0
Sousa	PB	113	3	0	0
Sumaré	SP	283	0	51	5
Tangará da Serra	MT	128	0	0	1
Taquara	RS	112	16	0	1
Taubaté	SP	659	60	96	13
Telêmaco Borba	PR	68	0	3	0
Teófilo Otoni	MG	160	22	16	2
Teresina	PI	885	63	107	13
Timbó	SC	62	0	0	0
Timon	MA	111	0	4	0
Toledo	PR	110	10	27	3
Torres	RS	63	0	2	0
Três Corações	MG	109	0	0	1
Três Lagoas	MS	71	0	10	1
Três Rios	RJ	150	3	0	1
Tubarão	SC	142	0	0	2
Tupã	SP	88	15	8	1
Ubá	MG	166	2	26	3
Uberlândia	MG	479	66	95	11
Ulianópolis	PA	119	0	0	0
Umuarama	PR	141	10	7	1
Unai	MG	92	0	0	0
União da Vitória	PR	46	0	2	0
Uruguaiana	RS	49	0	2	0
Vacaria	RS	85	4	5	0
Valença	BA	196	0	2	0
Valença	RJ	120	7	0	1
Valparaíso de Goiás	GO	255	0	13	2
Varginha	MG	169	5	0	3
Venâncio Aires	RS	59	0	5	0
Viçosa	MG	118	0	21	2
Videira	SC	54	0	8	1
Vilhena	RO	108	0	5	0
Vitória da Conquista	BA	448	0	21	3
Vitória de Santo Antão	PE	302	0	0	1
Votuporanga	SP	175	29	28	3
Xanxerê	SC	44	0	2	0

(conclusão)

Fonte: elaborado pelo autor