

## GESTÃO DE CUSTOS INTERORGANIZACIONAIS: EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS EM HOSPITAIS PRIVADOS NO BRASIL.

**Autoria:** Reinaldo Rodrigues Camacho, Romildo de Oliveira Moraes

### RESUMO

O setor hospitalar privado é responsável por 62% dos leitos para internação no país (IBGE 2010). 43 milhões de pessoas possuem plano de saúde e se utilizam dos serviços hospitalares oferecidos pela iniciativa privada (ANS 2010). Laboratórios, fabricantes de equipamentos hospitalares, hospitais privados e operadoras de planos de saúde, dentre outros, fazem parte de um sistema que precisa funcionar para atender a uma demanda que é sempre crescente. Os potenciais benefícios da GCI podem ser uma alternativa viável para qualquer setor da economia melhorar suas margens de lucro e enfrentar a concorrência. Diante disso, o estudo teve como objetivo investigar e identificar os fatores que favorecem e os que inibem a Gestão de Custos Interorganizacionais (GCI) por parte de hospitais privados no Brasil. Para Tomkins (2001, p. 180-181), as organizações podem formar alianças com propósitos de (i) reduzir custos e melhorar a qualidade dos produtos ou serviços, (ii) acelerar o acesso a tecnologias a baixos custos, (iii) desenvolver novos produtos e aproximar mercados (alianças estratégicas), (iv) desenvolver novas tecnologias (consórcios de pesquisa) e (v) desenvolver novos negócios (*joint ventures*). Interdependência, estabilidade, cooperação, benefícios mútuos e confiança são fatores apontados como relevantes na formação de alianças com finalidades de gestão conjunta de custos. São fatores chave no processo e a ausência de um deles pode comprometer ou inviabilizar todo o processo. Como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado foi aplicado a uma população de 40 hospitais e 32 foram respondidos e considerados válidos para análise. Os dados foram processados e analisados por meio de recursos da estatística descritiva e de teste de médias. A interpretação dos dados revelou que, sob a perspectiva dos hospitais pesquisados, os fatores ‘confiança nos planos de saúde’ e ‘expectativa de divisão de benefícios econômicos com planos de saúde’ são inibidores da GCI. Todos os demais fatores investigados foram considerados favoráveis à GCI. Os achados permitem afirmar que os hospitais pesquisados confiam mais em seus fornecedores do que nas operadoras de planos de saúde. Em se tratando de ‘cooperação’ para resolução dos problemas que surgem no dia-a-dia, sob a ótica dos hospitais, os fornecedores estão mais dispostos a cooperar do que os planos de saúde. No que diz respeito à divisão justa de benefícios econômicos advindos de possível parceria com foco na gestão conjunta de custos, na percepção dos hospitais, as expectativas maiores recaem sobre os fornecedores. Os dados demonstram que os hospitais percebem seu relacionamento com os fornecedores mais estável e mais maduro do que com os planos de saúde. Corroborando evidências empíricas de pesquisas anteriores, os dados apontam para uma dependência econômica e financeira dos hospitais em relação às operadoras de planos de saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

A Gestão de Custos Interorganizacionais (GCI) tem sido objeto de estudos nos últimos anos, dos quais fizeram parte organizações de diversos setores da economia (HOFFJAN; CRUSE, 2006).

Para Tomkins (2001, p. 180-181), as organizações podem formar alianças com propósitos de (i) reduzir custos e melhorar a qualidade dos produtos ou serviços, (ii) acelerar o acesso a tecnologias a baixos custos, (iii) desenvolver novos produtos e aproximar mercados (alianças estratégicas), (iv) desenvolver novas tecnologias (consórcios de pesquisa) e (v) desenvolver novos negócios (*joint ventures*).

Há, na literatura sobre GCI, relatos de casos de sucesso, principalmente no setor de manufatura. O setor automobilístico (montadoras e fornecedores) tem usufruído benefícios importantes oriundos da gestão conjunta de custos, assim como, também, supermercados e seus fornecedores industriais. Estudos dão conta de que a prática da GCI atingiu até os fornecedores dos fornecedores em algumas indústrias (por exemplo: KAJÜTER; KULMALA, 2005 e KULMALA *et al.* 2007).

Há fatores que podem favorecer ou inibir a formação de alianças entre as organizações. Interdependência, estabilidade, cooperação, benefícios mútuos e confiança são apontados como relevantes na GCI (COOPER; SLAGMULDER, 1999; KAJÜTER; KULMALA, 2005; SOUZA, 2008; SOUZA; ROCHA, 2009); a ausência de um deles pode comprometer ou inviabilizar todo o processo. Para Camacho (2010, p. 46-51), esses fatores são considerados os fundamentos para a GCI.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), 62% dos estabelecimentos de saúde com leitos para internação são mantidos pela iniciativa privada. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS 2010), mais de 43 milhões de pessoas, mediante o pagamento de uma prestação mensal, encontram-se amparadas por um plano que cobre consultas, exames, cirurgias, instalações etc. No Brasil, segundo a ANS (2010), em Março de 2010 havia 1.082 operadoras de planos de saúde.

Os potenciais benefícios da GCI podem ser uma alternativa viável para qualquer setor da economia melhorar suas margens de lucro. Caso os hospitais privados brasileiros desejassem adotar práticas de GCI, haveria um ambiente favorável para isso? A questão que naturalmente emerge é a seguinte: sob a perspectiva dos hospitais privados, como são percebidos os fatores interdependência, estabilidade, cooperação, benefícios mútuos e confiança nos relacionamentos da cadeia de valor na qual estão inseridos?

Com o objetivo de responder essas questões, este estudo teve por objetivo investigar os fatores fundamentais da GCI em organizações hospitalares privadas no Brasil, com o intuito de identificar aqueles que podem favorecer e aqueles que podem inibir o processo.

Os dados foram coletados por meio de questionário veiculado no *software Formsite* no período de Maio a Julho de 2010. O questionário foi enviado para todos os 40 hospitais privados da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) e 32 foram recebidos e considerados válidos para análise. A pesquisa focou a percepção unilateral dos hospitais; não foram objeto de investigação os fornecedores dos hospitais nem as operadoras de planos de saúde.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Fundamentos da Gestão de Custos Interorganizacionais

Interdependência, estabilidade, cooperação, benefícios mútuos e confiança são fatores apontados como relevantes na GCI (por exemplo: COOPER; SLAGMULDER, 1999; KAJÜTER; KULMALA, 2005; SOUZA, 2008; SOUZA; ROCHA, 2009). São fatores chave no processo. A ausência de um deles pode comprometer ou inviabilizar todo o processo.

Por isso, neste estudo, esses fatores são destacados e são tipificados como fatores fundamentais da GCI. São os fundamentos em que repousam os conceitos da GCI. A falta de qualquer um deles pode significar o não aproveitamento de todos os benefícios advindos da prática da GCI em sua plenitude. Cada um desses fatores é abordado individualmente na seqüência:

#### 2.1.1 Interdependência

De acordo com Souza e Rocha (2009, p. 80), a interdependência deve ser compreendida em termos da mútua dependência que existe entre as organizações. Se o fornecedor não entregar o insumo ao cliente, este (não podendo comprar em outra fonte, seja pela inexistência de alternativas, seja pelo custo da mudança) não conseguirá concluir o produto – ambos perderão em termos de vendas, pois um depende do outro.

A interdependência existe quando a decisão de uma parte impacta a decisão da outra. Se o fornecedor decidir, por alguma razão, reduzir a produção, o cliente terá que reduzir ou cortar o fornecimento a seus clientes. O contrário também é verdadeiro: caso o cliente perca potencial de vendas por algum motivo, seu fornecedor se verá obrigado a comprar menos matéria-prima, demitir ou dar férias a seus funcionários, vender máquinas, etc.

Segundo Cooper e Slagmulder (1999, p. 93) a interdependência no relacionamento contribui para que as partes permaneçam juntas. Souza e Rocha (2009, p. 90) afirmam que, quanto maior for o nível de interdependência, mais esse relacionamento tende a permanecer ativo, sendo mais favorável à adoção da GCI.

#### 2.1.2 Estabilidade

Um relacionamento estável é marcado pela constância, firmeza, segurança e confiança mútua. Souza e Rocha (2009, p. 81) argumentam que a estabilidade em um relacionamento está associada ao comprometimento entre as partes. Há uma ligação entre interdependência e comprometimento: quanto maior a interdependência entre as partes, maior o comprometimento; quanto maior o nível de comprometimento, maior o nível de estabilidade.

A estabilidade, segundo Cooper e Slagmulder (1999), promove a confiança mútua entre os parceiros, mas demanda tempo e esforços. Por isso, as empresas deveriam buscar a estabilidade para poder desfrutar desse tempo e esforços investidos. O rompimento de um relacionamento implica em investir mais tempo e mais esforços na formação de um novo relacionamento confiável.

Outra razão para se buscar a estabilidade no relacionamento, segundo Souza e Rocha (2009, p. 82), é a possibilidade se estabelecer metas conjuntas. A estabilidade encoraja o

compartilhamento de problemas, tais como atrasos no fornecimento e má qualidade; desse modo, as empresas podem se ajudar mutuamente, estabelecendo metas conjuntas para a solução dos problemas.

Souza e Rocha (2009, p. 82) afirmam que a estabilidade no relacionamento favorece a realização de investimentos conjuntos, pois espera-se e confia-se que a outra parte não romperá o relacionamento. Tomkins (2001, p. 180-181), argumentando sobre os motivos pelos quais as empresas se unem em parcerias, cita, dentre outros fatores, o desenvolvimento de tecnologias, desenvolvimento de novos produtos e desenvolvimento de novos mercados.

### 2.1.3 Cooperação

De acordo com Kajüter e Kulmala (2005, p. 198), deve haver, entre os membros da rede, um espírito de cooperação. A GCI requer cooperação entre os integrantes da rede, baseada na premissa de que o custo de uma empresa é relevante para a competitividade da rede como um todo. Todos devem cooperar para a redução de custos. Cooperação é uma relação de ajuda mútua entre as organizações, para alcançar objetivos comuns (SOUZA; ROCHA 2009, p. 83).

Segundo Cooper e Slagmulder (1999, p. 96), o relacionamento cooperativo permite às empresas trabalhar juntas para reduzir custos e resolver problemas advindos das adversidades do ambiente. A expressão ‘trabalhar juntas’ indica que as partes cooperarão na medida de suas forças e competências, mesmo que uma parte atue mais fortemente que a outra.

E se uma das partes não deseja cooperar, pode a empresa líder usar da sua força, do seu poder, para obter as informações desejadas? Seria correto dizer que uma empresa que fornece, forçosamente, dados de custos, esteja ‘cooperando’ no sentido estrito do termo? A resposta à primeira questão é ‘sim’; para a segunda questão, a resposta é não.

Pode-se lançar mão de força ou de poder para induzir o fornecedor ou o cliente a divulgar informações que ele, de forma voluntária, cooperativa, não o faria. Contudo, não se pode dizer que há um espírito de cooperação presente no relacionamento. Pelo contrário, o que impera e impulsiona a divulgação de dados, muitas vezes considerados confidenciais, é o poder e não o desejo de cooperar.

Kajüter e Kulmala (2005) sustentam que a divulgação forçada de dados pode funcionar apenas no curto prazo; na primeira oportunidade, aquele que se vê forçado a divulgar informações contra sua vontade, romperá o relacionamento, migrando para outra rede de relacionamento menos tirana. Além disso, qual seria a garantia de que as informações divulgadas de forma forçada são confiáveis? Seal *et al.* (1999) afirmam que o uso da força para obter informações pode voltar-se contra aquele que tenta se beneficiar da assimetria de poder.

Forçar a divulgação de dados de custos é possível apenas em relações diretas entre duas empresas, quando uma depende da outra. O uso da força não estende a prática da GCI para os fornecedores dos fornecedores, alcançando toda a rede. A ‘cooperação’ entre os membros da rede, que está fortemente relacionada à confiança mútua, é mais eficaz que o uso do poder (KAJUTER; KULMALA, 2005).

### 2.1.4 Benefícios mútuos

Evidências empíricas mostram que relacionamentos e parcerias sucumbem quando não se vislumbram benefícios mútuos adicionais por parte de seus integrantes (DEKKER, 2003;

KAJÜTER; KULMALA, 2005; KULMALA *et al.*, 2007). Qual é a vantagem de se manter um relacionamento de parceria que implique em esforços, investimentos, metas conjuntas etc. se não se vislumbrar benefício adicional?

Todavia, divisão justa não significa, necessariamente, dividir os benefícios em partes iguais. É difícil estabelecer critérios prévios de divisão, pois alguns deles podem surgir de forma, às vezes, inesperada. Segundo Souza (2008, p. 59), não há regra para a divisão dos benefícios. É necessário discutir em conjunto a forma de divisão de cada benefício. Cada caso poderá exigir uma solução diferente e uma única regra poderia não funcionar. Dekker (2003) e Kajüter e Kulmala (2005) apontam algumas possibilidades para a divisão dos benefícios:

- Divisão em partes iguais;
- Divisão proporcional aos investimentos e custos suportados por cada parte;
- Usufruto só pelo fornecedor, mediante compromisso de não aumentar preços por certo tempo;
- Usufruto apenas pelo comprador, ficando o fornecedor no direito de se utilizar dos métodos e das técnicas aperfeiçoadas na parceria em suas relações com outros clientes;
- Investimentos e custos suportados pelo fornecedor e repasse ao comprador com aumento no preço de venda;
- Investimentos e custos suportados pelo comprador com diminuição do preço por parte do fornecedor.

O comportamento oportunista por uma das partes é inaceitável, seja qual for o tipo e a finalidade da parceria (DEKKER, 2003, KAJÜTER; KULMALA, 2005); o vislumbre de benefícios adicionais e sua divisão justa contribuem para a estabilidade no relacionamento, estimula a cooperação entre as partes e gera um ambiente de confiança mútua.

### 2.1.5 Confiança mútua

A confiança é a base, é o principal fundamento da GCI (COOPER; SLAGMULDER, 1999; KAJÜTER; KULMALA, 2005; SOUZA, 2008). Para Souza (2008, p.56) o grau de confiança entre as organizações é determinado pela capacidade que elas têm de prever o comportamento uma da outra. A incerteza quanto ao comportamento do parceiro ou o temor de que o mesmo possa agir de forma oportunista têm sido estudados, principalmente, sob a perspectiva da Economia dos Custos de Transação (GULATI; SINGH, 1998; DEKKER, 2003). É uma realidade o fato de que a incerteza comportamental gera custos de transação (WILLIAMSON, 1985). Custos de transação são custos para se certificar de que a outra parte está agindo conforme o esperado; são basicamente custos de controle. Espera-se que eles diminuam à medida que o nível de confiança mútua aumente.

Kajüter e Kulmala (2005) demonstram que operações mal sucedidas afetaram a confiança mútua e contribuíram para o fracasso da GCI nas redes que foram objeto de estudo. Souza (2008, p. 56) afirma que quanto mais informações corretas ocorrem em um relacionamento, melhor se forma um conceito positivo dele, aumentando-se nível de confiança.

Contudo, a confiança não é tudo; por si só, a confiança não é suficiente; antes, é necessário elaborar acordos ou contratos formais que cerquem as partes com garantias. Assim como no âmbito interno as organizações, geralmente, não podem depender unicamente da confiança em seus funcionários, pois necessitam criar controles internos para garantir a salvaguarda de

seus ativos e interesses, nas parcerias que se estabelecem nas relações interorganizacionais o mesmo cuidado deve ser observado.

Quanto maior for o nível de confiança, mais favorável será a adoção da GCI. Fatores como interdependência, estabilidade no relacionamento, cooperação entre as partes e benefícios mútuos estão fortemente relacionados ao nível de confiança. Por isso, são considerados neste estudo como sendo os requisitos fundamentais da GCI.

## 2.2 Definições operacionais

Para evitar dúvidas sobre o que está sendo investigado neste estudo, é necessário definir esses fatores (variáveis); sendo assim, confiança, estabilidade, cooperação e interdependência têm as seguintes definições operacionais:

**Confiança:** é a capacidade que as empresas têm de prever o comportamento umas da outras (SOUZA; ROCHA, 2009, p. 81). Neste estudo, a confiança é medida pela capacidade de se fornecer informações a respeito do custo dos seus produtos/serviços a clientes e fornecedores.

**Estabilidade:** estabilidade promove um clima favorável ao crescimento e à maturidade das relações entre as empresas (SOUZA; ROCHA, 2009, p. 81). Neste estudo a estabilidade é medida pela constância, firmeza e maturidade do relacionamento com clientes e fornecedores.

**Cooperação:** é uma relação de ajuda mútua entre as empresas, no sentido de alcançarem objetivos comuns. Em um relacionamento marcado pela cooperação, há colaboração, complementação, reciprocidade e também objetivos comuns (SOUZA; ROCHA, 2009, p. 83). Neste estudo a cooperação é medida pela capacidade das empresas de se unirem para resolução de problemas comuns que surgem no dia a dia dos negócios.

**Interdependência:** Interdependência é a mútua dependência entre duas ou mais organizações; uma empresa e seu fornecedor são considerados interdependentes quando ela não consegue concluir um produto sem que ele entregue determinado insumo e, ao mesmo tempo, se a inexistência daquele produto fizer com que o fornecedor tenha que reduzir, significativamente, seu volume de produção, ou perca a oportunidade de aumentá-lo (SOUZA; ROCHA, 2009, p. 80). Neste estudo a interdependência é medida pela perda relevante de receitas que as empresas teriam caso uma delas deixasse de comprar insumos, produtos ou serviços da outra.

## 3 MÉTODO E TÉCNICAS DA PESQUISA

### 3.1 Caracterização do estudo

Este estudo pode ser caracterizado como de natureza descritiva. Vergara (1998, p. 45) esclarece que a investigação é descritiva quando expõe características de determinada população ou fenômeno. Em sua dimensão temporal, o estudo é transversal, representando a percepção de gestores de hospitais a respeito de fatores condicionantes da GCI na cadeia de valor na qual estão inseridos em um determinado momento; período em que os dados foram coletados.

Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado que, antes da sua efetiva aplicação, foi submetido a pré-teste com vistas a verificar o nível de adequação do

instrumento aos objetivos do estudo. Para tanto, o questionário foi testado em 5 instituições hospitalares tendo como respondentes, ocupantes de cargos de direção, considerados dentro da organização como principais tomadores de decisão. Os hospitais selecionados para pré-teste estão localizados na cidade de Maringá, Estado do Paraná e possuem as mesmas características dos hospitais selecionados para estudo.

A pesquisa focou os hospitais privados e seu relacionamento com fornecedores e operadoras de planos de saúde. Sabendo que as operadoras de planos de saúde podem ter seu próprio hospital ou podem participar, de forma majoritária ou minoritária, no capital de hospitais privados, esse tipo de hospital ficou de fora da pesquisa sob pena de comprometer os resultados.

Encontrou-se na ANAHP, organização com sede na cidade de São Paulo, as entidades que atendiam aos quesitos delimitadores do estudo, ou seja, hospitais privados sem participação de operadoras de planos de saúde na composição de seu capital social. A ANAHP apoiou institucionalmente a pesquisa intermediando o envio do questionário aos respondentes. Além disso, forneceu lista com nomes, telefones e *email* dos potenciais respondentes da pesquisa para que fosse possível contatar diretamente o respondente quando necessário. A amostra é intencional e não foi dimensionada estatisticamente. Não há, portanto, pretensões em se extrair inferências estatísticas.

Após os ajustes das inadequações identificadas no pré-teste, o questionário foi veiculado por meio do *software Formsite* e esteve à disposição dos respondentes no período de Maio a Julho de 2010. Foram investigados estabelecimentos de saúde, de natureza privada, associados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). No período em que os dados foram coletados a ANAHP contava com 40 hospitais associados e todos foram objeto de investigação. 32 questionários retornaram e foram considerados válidos para análise

As variáveis investigadas neste estudo são todas qualitativas, não métricas. Utilizou-se uma escala de 11 pontos (de 0 a 10) e solicitou-se aos respondentes que assinalassem o grau que melhor representasse sua percepção a respeito daquilo que estava sendo questionado em cada item. Dado o conteúdo dos questionamentos, o respondente ideal deveria ser o principal tomador de decisões dessas organizações.

Para análise e interpretação dos dados, utilizou-se da estatística descritiva (média, mediana, moda e desvio padrão). Para comparar as percepções dos hospitais em relação à fornecedores e operadoras de planos de saúde, o teste *t* de amostras emparelhadas foi utilizado. Todas as análises estatísticas foram realizadas por meio do *software* SPSS versão 17.0.

### 3.2 Medida da intensidade dos fatores condicionantes da GCI

Cada uma das variáveis foi classificada, em relação à aplicabilidade da GCI, de acordo com sua média, como ‘remota’, ‘possível’, ‘provável’ ou ‘muito provável’. Consideraram-se favoráveis à GCI as variáveis classificadas como ‘provável’ e ‘muito provável’ e como inibidoras das GCI as avaliadas como ‘remota’ ou ‘possível’. Essa classificação em quatro categorias foi realizada dividindo-se por quatro a nota máxima da escala, que no caso é 10. O primeiro intervalo vai de 0 até 2,5; o segundo de 2,6 a 5,0; o terceiro de 5,1 a 7,5 e o quarto de 7,6 a 10,0 (Figura 1).

**Figura 1: Matriz para classificação das variáveis presentes no estudo**

Variáveis	Média	Classificação	Favorece/Inibe a GCI
Confiança Estabilidade Benefícios mútuos Cooperação Interdependência	Até 2,5 De 2,6 a 5,0 De 5,1 a 7,5 De 7,6 a 10,0	Remota Possível Provável Muito Provável	Inibe Inibe Favorece Favorece

## 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Qualificação do respondente/empresa

Os dados obtidos com a pesquisa de campo expressam a percepção de alguém que atua dentro das organizações. Portanto, é importante conhecer o perfil desses respondentes, bem como das organizações em que atuam.

**Tabela 1: Cargo ocupado pelos respondentes**

	Frequência	%	% acumulado
Superintendente	10	31,3	31,3
Diretor	8	25,0	56,3
<i>Controller</i>	8	25,0	81,3
Gerente	6	18,8	100,0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	

Dado o objetivo geral da pesquisa, o respondente ideal do questionário deveria ser o principal tomador de decisões no hospital. Insistiu-se nisso o quanto foi possível, mas, diante da negativa destes em participar (alegando principalmente falta de tempo), admitiu-se respondentes em nível de controladoria e de gerência. Ainda assim, 56,3% dos respondentes ocupam cargo de superintendência ou de diretoria.

**Tabela 2: Formação acadêmica dos respondentes em nível de graduação**

	Frequência	%	% acumulado
Medicina	9	28,1	28,1
Administração	17	53,1	81,3
Economia	2	6,3	87,5
Outros	4	12,5	100,0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	

Com relação à formação acadêmica dos respondentes em nível de graduação, a maioria deles (53,1%) são formados em administração de empresas. Nenhum dos respondentes, mesmo os ocupantes de cargos de *controller*, é formado em ciências contábeis.

**Tabela 3: Receita bruta dos hospitais da amostra – Ano 2009 - Reais/Milhões**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
Até 150	12	37,5	37,5
De 151 a 300	11	34,4	71,9
De 301 a 450	2	6,3	78,3
Acima de 450	2	6,3	84,4
Não informado	5	15,6	100,0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: ANAHP (2010, p. 74-113)

Os dados da receita bruta ajudam na compreensão da grandeza das organizações (porte) pesquisadas. Quinze hospitais (46,8%) faturam mais de R\$150 milhões anuais. Cinco hospitais não informaram seu faturamento

**Tabela 4: Número de leitos para internação dos hospitais da amostra**

	<b>Porte (*)</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
Até 50	Pequeno	1	3,1	3,1
De 51 a 150	Médio	8	25,0	28,1
De 151 a 500	Grande	22	68,8	96,9
Acima de 500	Especial	1	3,1	100,0
<b>Total</b>		<b>32</b>	<b>100,0</b>	

(\*) classificação de acordo com o Ministério da Saúde (1985, p. 15)

De acordo com a classificação do Ministério da Saúde, 23 hospitais (71,9%) da amostra disponibilizam mais de 150 leitos para internação. Vinte e dois são de grande porte e 1 (um) classifica-se como especial.

**Tabela 5: Quantidade média mensal de cirurgias realizadas pelos hospitais da amostra**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
Até 300	3	9,4	9,4
De 301 a 600	11	34,4	43,8
De 601 a 900	6	18,8	62,5
De 901 a 1.200	5	15,6	78,1
Acima de 1.200	7	21,9	100,0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	

A quantidade média mensal de cirurgias é outra medida de grandeza (porte) do hospital. Na amostra pesquisada, 18 hospitais (56,3%) realizam mais de 600 cirurgias por mês. Isso significa uma média diária mínima de 20 cirurgias.

## 4.2 Fundamentos da Gestão de Custos Interorganizacionais

A análise e a interpretação das variáveis contidas neste tópico estão diretamente relacionadas com o alcance do objetivo do estudo.

#### 4.2.1 Confiança

A Tabela 6 mostra os resultados obtidos para a variável *confiança*.

**Tabela 6: Percepção do nível de confiança dos hospitais em relação aos fornecedores e aos planos de saúde**

Confiança	Estatísticas			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Moda
a) O hospital confia em seus principais fornecedores o suficiente para fornecer-lhes informações a respeito do custo de seus produtos/serviços?	5,47	1,41	5,00	5
b) O hospital confia em seus principais clientes (os planos de saúde) o suficiente para fornecer-lhes informações a respeito do custo de seus produtos/serviços?	4,03	1,92	4,00	5

Escala: 0 = desconfio totalmente

10 = confio totalmente

Percebe-se que o nível de confiança dos hospitais, tanto nos fornecedores quanto nos planos de saúde, é de grau médio para baixo. A média das respostas em relação aos fornecedores é de 5,47 enquanto que em relação aos planos de saúde a média é 4,03. Esses achados representam um ponto de atenção tanto para os fornecedores quanto para os planos de saúde, pois indicam como os hospitais os vêem em termos de confiança. Realmente, os hospitais confiam mais nos fornecedores do que nos planos de saúde, conforme será demonstrado adiante. Conclui-se, então, isolando-se quaisquer outras variáveis e centrando o foco nos níveis de confiança revelados (sem a presença de acordos formais de confidencialidade de informações), que, na visão dos hospitais pesquisados, a adoção da GCI, se depender do nível de confiança, é apenas possível (menos que provável).

#### 4.2.2 Estabilidade

A Tabela 7 mostra os resultados obtidos para a variável *estabilidade*.

**Tabela 7: Percepção dos hospitais sobre a estabilidade na relação com fornecedores e planos de saúde**

Estabilidade	Estatísticas			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Moda
a) Nível de estabilidade no relacionamento com os principais fornecedores	7,53	1,10	7,0	7
b) Nível de estabilidade no relacionamento com os principais clientes (planos de saúde)	6,69	1,59	7,0	7

Escala: 0 = Muito instável, inconstante, imaturo

10 = muito estável, constante, maduro

Tanto em relação aos fornecedores (média 7,53) quanto em relação aos clientes (média 6,69) o nível de estabilidade no relacionamento está relativamente mais próximo de 10 do que de 0 e isso é favorável à GCI. Na percepção dos hospitais, seu relacionamento com os fornecedores é mais estável do que com os clientes. Isso pode indicar para o hospital que um caminho mais favorável para a GCI está a montante, junto aos fornecedores.

Portanto, considerando-se unicamente o fator estabilidade no relacionamento, pode-se dizer que, dados os achados da pesquisa, a adoção da GCI por parte dos hospitais tanto a montante quanto a jusante é provável e, portanto, viável.

### 4.2.3 Benefícios mútuos

A Tabela 8 mostra os resultados obtidos para a variável *benefícios mútuos*.

**Tabela 8: Expectativa dos hospitais sobre a divisão de benefícios mútuos entre os membros da cadeia**

Benefícios mútuos	Estatísticas			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Moda
a) O hospital acredita que seus principais fornecedores estariam dispostos a fazer uma justa divisão de ganhos, advindos de uma parceria firmada com o objetivo de redução de custos na cadeia de valor?	5,19	2,07	5,00	6
b) O hospital está disposto a fazer uma justa divisão de ganhos com seus principais fornecedores, advindos de uma parceria firmada com o objetivo de redução de custos na cadeia de valor?	7,13	1,40	7,00	7
c) O hospital acredita que seus principais clientes (planos de saúde) estariam dispostos a fazer uma justa divisão de ganhos, advindos de uma parceria firmada com o objetivo de redução de custos na cadeia de valor?	3,78	2,22	4,00	4
d) O hospital está disposto a fazer uma justa divisão de ganhos com seus principais clientes (planos de saúde) advindos, de uma parceria firmada com o objetivo de redução de custos na cadeia de valor?	6,56	2,10	7,00	5

Escala: 0 = Muito improvavelmente

10 = muito provavelmente

A resposta à pergunta ‘a’ revela como os hospitais percebem seus principais fornecedores em se tratando da partilha de benefícios econômicos. A resposta à pergunta ‘c’ indica o mesmo em relação aos planos de saúde. Considerando-se a escala de 0 a 10, as médias 5,19 (fornecedores) e 3,78 (clientes) estão longe do máximo (10). Parece haver alguma ligação entre essa baixa expectativa (tanto em relação aos fornecedores quanto em relação aos planos de saúde) com o nível de confiança depositado nestes por parte dos hospitais (que também é baixo).

As respostas às questões ‘b’ e ‘d’ indicam o quanto os hospitais estão dispostos a fazer uma justa divisão de ganhos com os fornecedores (b) e com os planos de saúde (d). Os dados mostram que a disposição por parte dos hospitais é maior do que a disposição que estes imaginam que os fornecedores e planos teriam de fazer uma justa divisão de ganhos. Os hospitais estão mais dispostos a fazer uma justa divisão de ganhos com seus fornecedores (7,13) do que com os planos de saúde (6,56).

#### 4.2.4 Cooperação

A Tabela 9 mostra os resultados obtidos para a variável *cooperação*.

**Tabela 9: Percepção dos hospitais acerca dos níveis de cooperação entre os membros da cadeia**

Cooperação	Estatísticas			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Moda
a) Cooperação, por parte dos principais fornecedores do hospital, para resolução de problemas que surgem no dia a dia dos negócios.	6,97	1,35	7,00	7
b) Cooperação, por parte do hospital, para resolução de problemas que surgem no dia a dia dos seus negócios com seus principais fornecedores.	7,59	1,34	8,00	7
c) Cooperação, por parte dos principais clientes (planos de saúde) do hospital, para resolução de problemas que surgem no dia a dia dos negócios.	5,50	1,70	5,00	5
d) Cooperação, por parte do hospital, para resolução de problemas que surgem no dia a dia dos negócios com seus principais clientes (planos de saúde).	7,41	1,66	8,00	8

Escala: 0 = Não há cooperação nenhuma

10 = Há cooperação total

Os hospitais percebem maior disposição para cooperação por parte dos fornecedores (média 6,97) do que por parte dos planos de saúde (média 5,50) e se mostram mais propensos a cooperar com fornecedores e planos do que estes com os hospitais. Nesse sentido, os dados da amostra para o fator ‘cooperação’ indicam um nível de médio para cima, favorecendo, portanto, a adoção da GCI pelos membros integrantes da cadeia.

#### 4.2.5 Interdependência

A Tabela 10 mostra os resultados obtidos para a variável *interdependência*.

**Tabela 10: Percepção dos hospitais acerca da interdependência entre os membros da cadeia de valor**

Interdependência	Estatísticas			
	Média	Desvio padrão	Mediana	Moda
a) Dependência do hospital em relação aos seus principais fornecedores	5,56	2,16	5,00	5
b) Dependência dos principais fornecedores em relação ao hospital	4,69	2,74	4,50	2
c) Dependência do hospital em relação aos seus principais clientes (planos de saúde)	7,41	2,15	8,00	8
d) Dependência dos principais clientes (planos de saúde) em relação ao hospital	5,72	2,64	6,00	3

Escala: 0 = Perda insignificante de receitas

10 = Perda relevante de receitas

Não há uma clara e forte relação de interdependência entre hospitais e fornecedores nem entre hospitais e planos. Os hospitais dependem mais dos fornecedores e dos planos de saúde do que estes dos hospitais. A alínea ‘c’ é a que mais chama atenção – caso os planos de saúde deixem de comprar serviços do hospital, em uma escala de 0 a 10, a média é de 7,41 com moda 8, ou seja, as perdas de receitas por parte do hospital seriam relevantes.

Portanto, analisando-se exclusivamente a variável interdependência conclui-se que, no contexto da cadeia de valor dos hospitais privados, sua presença não é acentuada, inibindo, de acordo com a literatura pesquisada, o processo de GCI.

Essa situação de dependência dos hospitais em relação aos planos pode levar os primeiros a participar forçadamente com os planos em um processo de gestão conjunta de custos. Nos estudos de Kajüter e Kulmala (2005) e Seal *et al.* (1999), os autores alertam que, quando há algum tipo de assimetria de poder, a parte mais fraca pode ser obrigada a fornecer informações de seus custos ao agente mais forte na cadeia.

### 4.3 Comparação das médias das variáveis

Nesta seção, utiliza-se o Teste *t* para amostras emparelhadas para verificar se existem diferenças significativas entre as médias das variáveis relacionadas aos fornecedores e às relacionadas às operadoras de planos de saúde. Isso é importante porque pode apontar a direção (a montante ou a jusante) mais viável para os hospitais que desejarem adotar as práticas da GCI. Para os fornecedores e para os planos de saúde pode ser importante conhecer como são vistos pelos hospitais sob a perspectiva das variáveis presentes no estudo.

Este teste *t*, segundo Pestana e Gageiro (2003, p. 236), permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas, formando pares de observação, cujas diferenças são testadas para verificar se o resultado é igual a zero ou não. O resultado zero indica que não há diferença nas médias (elas são iguais). Qualquer resultado diferente de zero indica que há diferença entre as médias. As hipóteses deste teste são as seguintes:

H0: As médias são iguais

H1: As médias são diferentes

**Tabela 11: Teste *t* para amostras emparelhadas**

		Diferenças emparelhadas					T	df	Sig. (2-caudas)
		Média	Desvio padrão	Erro padrão médio	Intervalo de confiança 95% da diferença				
					Inferior	Superior			
Par 1	Confiança nos fornecedores - Confiança nos planos	1,438	2,341	,414	,594	2,281	3,474	31	,002
Par 2	Estabilidade com fornecedores - Estabilidade com planos	,844	1,273	,225	,385	1,303	3,750	31	,001
Par 3	Benefícios mútuos com fornecedores - Benefícios mútuos com planos	1,406	2,674	,473	,442	2,370	2,975	31	,006
Par 4	Cooperação por parte dos fornecedores - Cooperação por parte dos planos	1,469	2,110	,373	,708	2,229	3,938	31	,000
Par 5	Dependência dos fornecedores - Dependência dos planos	-1,844	2,065	,365	-2,588	-1,099	-5,050	31	,000

De acordo com o nível de significância ( $Sig < 0,05$ ) do teste (última coluna da direita), rejeita-se  $H_0$  para todas variáveis comparadas, ou seja, as médias de todos os pares de variáveis são significativamente diferentes ao nível de 0,05. Para os hospitais da amostra, as variáveis ‘confiança’, ‘estabilidade’, ‘benefícios mútuos’ e ‘cooperação’ estão presentes mais fortemente no relacionamento com seus fornecedores do que no relacionamento com os planos de saúde. Comprovou-se, também, que o nível de dependência dos hospitais em relação aos planos é maior do que em relação aos fornecedores.

Os achados indicam que, sob a ótica dos hospitais, o caminho a montante, em direção aos fornecedores, é mais viável para a prática da GCI e sinalizam aos planos de saúde a forma como são vistos pelos hospitais, indicando as variáveis que precisam ser ‘trabalhadas’ no sentido de viabilizar a GCI.

Utilizou-se, também, o Teste  $t$  para amostras emparelhadas incluindo dois pares de variáveis para verificar a disposição, por parte dos hospitais, em dividir benefícios e em cooperar com os fornecedores e com as operadoras de planos de saúde.

**Tabela 12: Teste  $t$  para amostras emparelhadas - disposição dos hospitais em dividir benefícios econômicos e cooperar com fornecedores e planos de saúde**

		Diferenças emparelhadas					T	df	Sig. (2-caudas)
		Média	Desvio padrão	Erro padrão médio	Intervalo de confiança 95% da diferença				
						Inferior	Superior		
Par 1	Disposição do hospital em dividir benefícios econômicos com fornecedores & Disposição do hospital em dividir benefícios econômicos com planos de saúde	,563	1,523	,269	,014	1,111	2,090	31	,045
Par 2	Disposição do hospital em cooperar com fornecedores & Disposição do hospital em cooperar com planos de saúde	,188	,931	,165	-,148	,523	1,139	31	,263

De acordo com o valor do teste de significância (Sig), rejeita-se  $H_0$  para a disposição do hospital em dividir benefícios econômicos tanto com fornecedores quanto com planos de saúde, ou seja, há diferença significativa, por parte dos hospitais da amostra, quando se trata da disposição em dividir benefícios econômicos entre fornecedores e planos de saúde. Os dados indicam que os hospitais estão mais dispostos a fazer esse tipo de partilha com fornecedores do que com planos de saúde.

Com relação ao segundo par de variáveis emparelhadas, o nível de significância (Sig), superior a 0,05, indica que não se pode rejeitar  $H_0$  (as médias são iguais), ou seja, os hospitais da amostra se apresentam igualmente dispostos a ‘cooperar’ e a se ‘comprometer’ com fornecedores e com planos de saúde.

#### 4.4 Fatores que favorecem ou inibem a GCI nos hospitais pesquisados

Para identificar os fatores contingenciais que favorecem ou inibem a GCI, fez-se uso da matriz de análise dos fatores explicada no Tópico 3.2. Para elaboração dessa matriz de análise

considera-se a média como uma medida da intensidade com que o fator (variável) é percebido nas organizações pesquisadas. Com base na média de cada variável em análise, classifica-se seu potencial em relação à GCI. Essa classificação tem quatro categorias possíveis: ‘remota’, ‘possível’, ‘provável’ e ‘muito provável’. O Fator que se enquadrar como provável ou muito provável se configura como favorável à GCI; aquele cuja classificação apontar como remota ou possível, se configura como um fator inibidor da GCI.

**Figura 2: Classificação dos fatores em relação ao seu potencial para a GCI**

ESCALA (0 a 10)	Média	Classificação			
		2,5	5,0	7,5	
Confiança Fornecedores	5,47	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
Confiança Planos de saúde	4,03	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
Estabilidade Fornecedores	7,53	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
Estabilidade Planos de saúde	6,69	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
Benefícios Mútuos Fornecedores	5,19	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
Benefícios Mútuos Planos de saúde	3,78	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
Cooperação Fornecedores	6,97	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
Cooperação Planos de saúde	5,50	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
Dependência Fornecedores	5,56	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
Dependência Planos de saúde	7,41	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
<b>FAVORECE/INIBE A GCI</b>		<b>INIBE</b>		<b>FAVORECE</b>	
		+	← ————— →	-	- ————— → +

Destacam-se como fatores inibidores da GCI a ‘confiança nos planos de saúde’ e ‘benefícios mútuos com plano de saúde’, que recaíram no intervalo de 2,5 a 5 e foram classificados como ‘possível’ quanto ao potencial em relação à GCI. Como fatores favoráveis à GCI destacam-se ‘estabilidade com fornecedores’, com média superior a 7,5.

## 5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Foram identificados como inibidores da prática da GCI, de acordo com a percepção dos respondentes, os fatores ‘confiança nos planos de saúde’ e ‘benefícios mútuos com planos de saúde’. Todos os demais fatores pesquisados se apresentaram favoráveis à GCI.

Sobre a dependência econômica dos hospitais em relação às operadoras de planos de saúde, os achados permitem afirmar que isso pode estar realmente acontecendo. Na percepção dos hospitais pesquisados, a nota média atribuída para a questão que investigou o nível de dependência, ficou em 7,41 (em uma escala de 0 a 10). Esse resultado soma-se aos achados de Melo (2007), que realizou pesquisa em cinco hospitais privados na cidade do Rio de Janeiro e

apontou a dependência financeira como sendo um dos principais desafios enfrentados pelos hospitais que participaram do estudo.

Os hospitais declararam confiar mais nos fornecedores do que nos planos de saúde. Na sua percepção, os fornecedores estão mais dispostos a cooperar do que os planos de saúde. A mesma percepção existe no tocante à divisão de benefícios econômicos – essa expectativa é maior em relação aos fornecedores. Nesse mesmo sentido, os hospitais percebem que seus relacionamentos com os fornecedores são mais estáveis do que com os planos de saúde. Isso indica a direção para os hospitais seguirem, inicialmente, rumo à GCI; embora esse caminho esteja sendo traçado sob a perspectiva dos hospitais; fornecedores e planos de saúde não foram consultados. Outras pesquisas podem lançar luz sobre essa questão. Apesar dessa limitação, trata-se de uma informação relevante. Quanto às variáveis inibidoras da GCI junto às operadoras de planos de saúde, os resultados da pesquisa mostram que são os pontos vulneráveis; precisam, portanto ser fortalecidos.

O último achado relevante é o fato de que, em se tratando de ‘divisão justa de benefícios econômicos’, os hospitais estão mais dispostos a fazê-la com seus fornecedores. Com relação ‘cooperação’ para a resolução de problemas, os hospitais se apresentam igualmente dispostos a cooperar com fornecedores e com planos de saúde.

Este estudo investigou apenas a perspectiva de hospitais privados em relação à GCI. Fornecedores de medicamentos, de gases medicinais, de material hospitalar etc. e operadoras de planos de saúde não foram pesquisados. Replicar este estudo contemplando esses estágios da cadeia de valor e cruzar a percepção de todos acerca da GCI seria uma contribuição importante tanto para as empresas como para a literatura.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos** – Junho/2010 Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 06/07/2010.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório ANAHP**. Edição 02/2010. Disponível em: <http://www.anahp.org.br>. Acesso em: 30/06/2010.

CAMACHO, Reinaldo R. **Fatores condicionantes da gestão de custos interorganizacionais na cadeia de valor de hospitais privados no Brasil: uma abordagem à luz da Teoria da Contingência**. 2010. 216p. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

COOPER, Robin; SLAGMULDER, Regine. **Supply chain development for the lean enterprise – Interorganizational cost management**. New Jersey: The IMA Foundation For Applied Research, Inc. 1999. 512p.

DEKKER, Henri C. Value chain analysis in interfirm relationships: a field study. **Management Accounting Research**. vol. 14, p. 1-23, 2003.

GULATI, Ranhay; SINGH, Harbir. The architecture of cooperation: managing coordination cost and appropriation concerns in strategic alliances. **Administrative Science Quarterly**. V. 43, n. 4, p. 781-814, Dec. 1998.

HOFFJAN, Andreas; KRUSE, Holger. Open book accounting in supply chain: when and how is it used in practice? **Cost Management**, vol. 20, no. 6, p. 40-47, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas da Saúde – Assistência Médico Sanitária**. Ano 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 05.07.2010.

KAJÜTER, Peter; KULMALA, Harri I. Open-book accounting in networks: Potential achievements and reasons for failures. **Management Accounting Research**. vol. 16, p. 179-204, 2005.

KULMALA, Harri; *et al.* **Inter-organizational cost management in SME networks**. 8<sup>th</sup> Manufacturing Accounting Research, Cost and Performance Management in Services and Operations, 18-20 jun. Trento, 2007.

MELO, Alexandre C. L. **Gestão hospitalar – o caso de hospitais privados no Rio de Janeiro**. 2007. 90p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia básica em saúde**. 2. ed. Centro de documentação do Ministério da Saúde. 1985.

PESTANA, Maria H.; GAGEIRO, João N. **Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS**. 3. ed. Lisboa: Silabo, 2003.

SEAL, Willie; *et al.* Enacting a European supply chain: a case study on the role of management accounting. **Management Accounting Research**. Vol. 10, p. 303-322, 1999.

SOUZA, Bruno C. **Fatores Condicionantes da Gestão de Custos Interorganizacionais**. 2008. 141p. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, Bruno C.; ROCHA, Welington. **GCI - Gestão de Custos Interorganizacionais – Gerenciamento de resultados entre organizações distintas por meio de ações coordenadas**. São Paulo: Atlas, 2009.

TOMKINS, Cyril. Interdependencies, trust and information in relationships, alliances and networks. **Accounting, Organizations and Society**. vol. 26, p. 161-191, 2001.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

WILLIAMSON, Oliver E. **The economic institutions of capitalism**. Free Press, New York, 1985.