



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

## **INTERORGANIZATIONAL COST MANAGEMENT: EMPIRICAL EVIDENCE IN PRIVATE HOSPITALS IN BRAZIL**

## **GESTIÓN DE COSTOS INTERORGANIZACIONALES: EVIDENCIA EMPÍRICA EN LOS HOSPITALES PRIVADOS EN BRASIL**

**Reinaldo Rodrigues Camacho**  
Universidade Estadual de Maringá  
rrcamacho@uem.br

Submetido em: 04/02/2014  
Artigo aceito em: 10/10/2014

**Wellington Rocha**  
Universidade de São Paulo  
w.rocha@usp.br

**Romildo Oliveira Moraes**  
Universidade Estadual de Maringá  
romoraes@uem.br

**Kelly Cristina Mucio Marques**  
Universidade Estadual de Maringá  
kcmmarques@uem.br

### **RESUMO**

O estudo teve como objetivo investigar e identificar fatores que favorecem e que inibem a Gestão de Custos Interorganizacionais (GCI) por parte de hospitais privados no Brasil. 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.

**Palavras-Chave:** Cadeia de Valor. Gestão de Custos Interorganizacionais. Hospitais Privados.

#### **ABSTRACT**

The study aimed to investigate and identify factors that promote and inhibit Interorganizational Cost Management (ICM) by private hospitals in Brazil. As an instrument of data collection, a structured questionnaire was administered to a population of 40 hospitals and 32 were returned and considered valid for analysis. Data were analyzed and processed using descriptive statistical and mean test. The interpretation of the data showed that, from the perspective of the hospitals, the factors 'trust in health plans' and 'expectation division of economic benefits with health plans' are inhibitors of ICM. All other investigated factors were considered favorable to ICM. The findings show that hospitals surveyed rely more on their suppliers than the operators of health plans. In the case of 'cooperation' to solve the problems that arise in day-to-day, from the perspective of hospitals, providers are more willing to cooperate than health plans. With regard to fairness and economic benefits deriving from possible partnership focused on joint management of costs, perceptions of hospitals, higher expectations are borne by the suppliers. The data show that hospitals perceive their relationship more stable and mature with suppliers than health plans. Corroborating empirical evidence from previous research, the data point to an economic and financial dependency of hospitals in relation to health insurance providers.

**Key Words:** Value Chain. Interorganizational Cost Management. Private Hospitals.

#### **RESUMEN**

El estudio tuvo como objetivo investigar e identificar los factores que promueven e inhiben la Gestión de Costos Interorganizacionales (GCI) por los hospitales privados en Brasil. Como instrumento de recolección de datos, un cuestionario estructurado se administró a una población de 40 hospitales y 32 fueron devueltos y consideró válido para el análisis. Los datos fueron procesados y analizados mediante la prueba estadística descriptiva y la media. La interpretación de los datos mostró que, desde la perspectiva de los hospitales, los factores "la confianza en los planes de salud" y "la división expectativa de los beneficios económicos con los planes de salud" son inhibidores de GCI. Todos los demás factores investigados fueron considerados favorables a GCI. Los hallazgos muestran que los hospitales encuestados confían más en sus proveedores que los operadores de los planes de salud. En el caso de la "cooperación" para resolver los problemas que surgen en el día a día, desde la perspectiva de los hospitales, los proveedores están más dispuestos a cooperar que los planes de salud. En lo que respecta a la equidad y los beneficios económicos que se derivan de la posible asociación centrada en la gestión conjunta de los costos, las percepciones de los hospitales, las mayores expectativas están a cargo de los proveedores. Los datos muestran que los hospitales perciben su relación con el más estable y maduro que los planes de salud con los proveedores. Corroborando la evidencia empírica de la investigación anterior, los datos apuntan a una dependencia económica y financiera de los hospitales en relación con los proveedores de seguros de salud.

**Palabras-Clave:** Cadena de Valor. Gestión de Costos interorganizacionales. Hospitales Privados.



## INTRODUÇÃO

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 Gestão de Custos Interorganizacionais (GCI) podem ser uma alternativa viável para qualquer setor da economia melhorar suas margens de lucro e enfrentar a concorrência.

A GCI tem sido objeto de vários estudos nos últimos anos (HOFFJAN; CRUSE, 2006) e atinge até mesmo fornecedores dos fornecedores em algumas indústrias (KAJÜTER; KULMALA, 2005 e KULMALA *et al.* 2007).

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*).

Masschelein *et al.* (2012) citam vários estudos que assumem que a troca de informações de custos sempre traz benefícios para clientes e fornecedores. Todavia, 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).

Este estudo pretende investigar, junto aos hospitais privados brasileiros de grande porte, sua propensão à prática da GCI, verificando se o ambiente seria favorável no caso dessas organizações estarem dispostas a adotar tais práticas. A questão que naturalmente emerge é: 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 essa questão, o 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 os 40 hospitais privados da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP); 32 foram recebidos e considerados válidos para análise.

Como delimitação do estudo tem-se que, embora os resultados não possam ser extrapolados para todos os hospitais, representam a realidade da população alvo (hospitais privados brasileiros de grande porte não ligados a operadoras de planos de saúde). A pesquisa captou a percepção unilateral dos hospitais, não sendo objeto de investigação seus fornecedores nem operadoras de planos de saúde (clientes).



## REVISÃO DA LITERATURA

### Divisão dos benefícios auferidos na GCI

Interdependência, estabilidade, cooperação, benefícios mútuos e confiança são fatores apontados como relevantes na GCI (COOPER; SLAGMULDER, 1999; KAJÜTER; KULMALA, 2005; SOUZA, 2008; SOUZA; ROCHA, 2009). 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). Para que manter um relacionamento de parceria que implique em esforços, investimentos, metas conjuntas etc. se não se vislumbrar benefício?

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.

Segundo Masschelein *et al.* (2012), a propensão à troca de informações de custos é menor quando: (a) as partes já vêm auferindo lucros significativos; (b) não há incentivos apropriados; e (c) as partes possuem poder de negociação equivalente.

### Definições operacionais

Para evitar dúvidas sobre o que está sendo investigado neste estudo, é necessário definir os 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 das 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.

## MÉTODO E TÉCNICAS DA PESQUISA

### Caracterização do estudo

Este estudo pode ser caracterizado como de natureza descritiva (Vergara, 1998). 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 estavam inseridos em 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 à pré-teste com vistas a verificar o nível de adequação do instrumento aos objetivos do estudo. Para tanto, o questionário foi testado em cinco 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 com operadoras de planos de saúde; como estas podem ter seu próprio hospital ou 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 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, vinculados 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 a percepção dos hospitais em relação a 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.

### 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 as avaliadas como 'remota' ou 'possível'. A classificação em categorias foi realizada dividindo-se por quatro a nota máxima da escala (10). O primeiro intervalo vai de 0 a 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	Até 2,5	Remota	Inibe
Estabilidade	De 2,6 a 5,0	Possível	Inibe
Benefícios mútuos	De 5,1 a 7,5	Provável	Favorece
Cooperação	De 7,6 a 10,0	Muito Provável	Favorece
Interdependência			

## ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### Qualificação dos respondentes e das empresas

As duas próximas tabelas mostram o cargo e a formação acadêmica dos respondentes.

**Tabela 1: Cargo ocupado pelos respondentes**

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

O alto nível hierárquico dos cargos ocupados pelos respondentes é um indício do grau de confiabilidade das respostas e, portanto, da validade dos achados da pesquisa.

**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
Total	32	100,0	

As três próximas tabelas indicam o porte dos hospitais investigados.

**Tabela 3: Receita bruta dos hospitais no ano de 2009**

Milhões de reais	Frequência	%	% acumulado
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
Total	32	100,0	

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

**Tabela 4: Número de leitos para internação**

	Porte (*)	Frequência	%	% acumulado
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
Total		32	100,0	

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

**Tabela 5: Quantidade média mensal de cirurgias realizadas em 2009**

	Frequência	%	% acumulado
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
Total	32	100,0	

Tratam-se de hospitais de grande porte, seja em relação à receita (46,8% acima de R\$150 milhões), à quantidade de leitos (71,9% com mais de 150 leitos) ou ao número de cirurgias (56,3% realizaram mais de 600 por mês).

### **Adequação aos 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.

### **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 às operadoras de 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 (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

O nível de confiança dos hospitais, tanto nos fornecedores quanto nas operadoras de planos de saúde, é de médio para baixo. A média das respostas em relação aos fornecedores é de 5,47 enquanto que em relação aos planos de saúde é 4,03. Esses achados representam um ponto de atenção, pois indicam como os hospitais os veem em termos de confiança; eles confiam mais nos fornecedores que nas operadoras. Deduz-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 possível, mas parece pouco provável. Sendo assim, podem-se identificar duas constatações, conforme a seguir.

A primeira, de que as partes envolvidas (hospitais, fornecedores e operadoras de planos de saúde) estão perdendo a oportunidade de reduzir custos de transação, pela falta ou insuficiência de confiança mútua. Um exemplo é o custo de atividades relacionadas a auditoria e inspeção, pelas operadoras, das contas apresentadas pelos hospitais e o custo das atividades dos hospitais relacionadas ao retrabalho de contas glosadas.

A segunda refere-se à colocação de Dekker (2003), de que não é a confiança prévia que deve levar à abertura de livros (*open book accounting*), mas a prática habitual desta última é que faz gerar confiança.

## 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 com operadoras de 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 quanto aos clientes, o nível de estabilidade no relacionamento está mais próximo de dez do que de zero. Na percepção dos hospitais, seu relacionamento com os fornecedores é um pouco mais estável do que com os clientes, indicando um caminho mais favorável para GCI a montante. Mesmo assim, o fator estabilidade do relacionamento é favorável à adoção da GCI por parte dos hospitais



pesquisados, tanto a montante quanto a jusante. O desenvolvimento e a maturidade da relação tende a aumentar o nível de confiança e, por conseguinte, a troca de informações, tudo isso propiciando elevação do grau de eficácia da gestão interorganizacional.

## 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. As médias 5,19 (fornecedores) e 3,78 (clientes) estão longe do máximo (10), indicando possível 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 imaginam que os fornecedores e planos teriam de uma justa divisão de ganhos e que estariam mais dispostos a uma justa divisão de ganhos com seus fornecedores (7,13) do que com os planos (6,56).

Esses achados devem ser interpretados com maior cautela, pois refletem meras elucubrações dos respondentes sobre hipotética divisão de ganhos. Como não há prática de GCI, é quase impossível extrair inferências sobre como seria, de fato, a divisão.

## 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.

### 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**

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 clara relação de interdependência entre hospitais e fornecedores nem entre hospitais e planos, mas os hospitais declaram depender mais dos fornecedores e dos planos de saúde do que estes deles. 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, a perda de receita por parte do hospital seria percebida como relevante.

A dependência dos hospitais em relação aos planos pode levá-los a participar, forçadamente, de processos de gestão conjunta de custos. Kajüter e Kulmala (2005) e Seal *et al.* (1999) 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.



## Comparação das médias das variáveis

Utilizou-se o Teste *t* para amostras emparelhadas para verificar se existiam 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 da GCI (a montante ou a jusante) mais viável para os hospitais. Para os fornecedores e para os planos de saúde é importante saber como são vistos pelos hospitais sob essa perspectiva. As hipóteses foram 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 H0 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

Para o primeiro par de variáveis (Par 1), de acordo com o valor do teste de significância (Sig), rejeita-se H<sub>0</sub>, ou seja, há diferença significativa 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 seus fornecedores do que com as operadoras.

Com relação ao segundo par de variáveis (Par 2) emparelhadas, o nível de significância (Sig), superior a 0,05, indica que não se pode rejeitar H<sub>0</sub> (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.

### Fatores contingenciais que favorecem ou inibem a GCI nos hospitais

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 considerou-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 classifica-se seu potencial em relação à GCI. Essa classificação tem quatro categorias: remota, possível, provável e muito provável. O Fator que se enquadra como provável ou muito provável se configura como favorável à GCI; aquele cuja classificação apontar como remota ou possível se configura como 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	
<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Classificação</b>			
Confiança Fornecedores	5,47	REMOTA	POSSÍVEL	PROVÁVEL	MUITO PROVÁVEL
Confiança Nos 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 Com 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 ‘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 ‘possíveis’ quanto ao potencial em relação à GCI. Como favoráveis, destaca-se ‘estabilidade com fornecedores’, com média superior a 7,5.

Em relação ao quesito confiança ressalta-se, novamente, que se trata de uma condição necessária à GCI e que deve ser construída, desenvolvida e amadurecida ao longo do tempo. Em sendo conquistada, tende a reduzir não apenas custos de transação, mas também levar à otimização de custos operacionais com benefícios para todas as partes interessadas, incluindo os consumidores finais, que são os titulares dos planos de saúde.

Quanto à percepção de benefícios mútuos, ela parece prematura; somente vivenciando a experiência da GCI e experimentando diferentes formas de compartilhar os ganhos é que se aperfeiçoam seus mecanismos.

Por fim, a estabilidade das relações com fornecedores, enquanto fator que pode fomentar a GCI dos hospitais a montante da cadeia, sinaliza para oportunidade de outras pesquisas. Uma possibilidade de redução de custos, nesse sentido, seria o fornecimento de medicamentos a granel, que eliminaria custos relacionados às atividades de desembalar e de unitizar as doses, ainda que isso dependa de alterações na legislação.

## CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Foram identificados como inibidores da prática da GCI os fatores ‘confiança nos planos de saúde’ e ‘benefícios mútuos com planos de saúde’; os demais fatores 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 deve estar acontecendo. Na percepção dos hospitais pesquisados, a 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; e os fornecedores estariam mais dispostos a cooperar. 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 seu relacionamento com os fornecedores mais estável do que com os planos de saúde, indicando a direção para os hospitais seguirem, inicialmente, rumo à GCI. Outras pesquisas podem lançar luz sobre essa questão, investigando-se a visão dos estúgios a montante e a jusante dos hospitais. Quanto às variáveis inibidoras da GCI junto às operadoras de planos de saúde, os resultados da pesquisa mostram que são pontos vulneráveis; precisam, portanto ser fortalecidos.

Outro 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 à ‘cooperação’ para a resolução de problemas, os hospitais se apresentam igualmente dispostos a cooperar com fornecedores e com planos de saúde.

Os resultados fornecem *insights* para o planejamento estratégico, para gestão estratégica e para o processo de negociação entre as organizações da cadeia de valor do setor de saúde.

Como limitação natural do estudo tem-se que as respostas ao questionário refletem a visão dos respondentes, sujeitas a possíveis vieses. Além disso, a pesquisa captou a percepção dos gestores dos hospitais em relação a clientes e fornecedores em geral, sem entrar no mérito das especificidades da relação com determinados parceiros em particular. Não foram investigadas a duração da relação nem a frequência das transações, que afetam a estabilidade da relação. O resultado do estudo poderia ter sido diferente se a pesquisa captasse aspectos da relação de pares específicos clientes-fornecedores. Nesse sentido, estudos de casos seriam adequados.

## 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.

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.

MASSCHELEIN, Stijn; *et al.* **ABC information, fairness perceptions, and interfirm negotiations**. *The Accounting Review*. Vol. 87, No. 3, p. 951-973, 2012.

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.

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.