



A VBR EXPLICA O SETOR HOSPITALAR? A RESPOSTA É NÃO

LE VBR EXPLIQUE LE SECTEUR HOSPITALIER? LA RÉPONSE EST NON

- **Área Temática:** Reconfigurações organizacionais: incorporações, fusões e implicações sociais e econômicas

Sérgio Almeida Migowski(UNIRITTER)

sergiomigowski@gmail.com

Doutorando em Administração(UNISINOS)

Rafael Teixeira (UNISINOS)

teixeira.rafa@gmail.com

Prof. Doutor em Administração

Resumo

O objetivo, nesse ensaio, é contribuir para um debate mais profundo sobre o setor hospitalar. Defende-se aqui que a concentração dos hospitais em grandes grupos reduz substancialmente a competição e que eles apenas competem com as próprias ineficiências das suas estruturas e não com os demais players. Isto leva à necessidade de uma reflexão sobre qual base teórica deve ser aplicada ao setor, já que a Teoria da Visão Baseada em Recursos (VBR), comumente utilizada nos estudos sobre o setor, trata da gestão dos recursos internos para a obtenção de vantagens competitivas. Se não há competição, não há razão para buscar tais vantagens. Propõe-se um framework conceitual para auxiliar na compreensão do setor e, ao final, foram elaboradas algumas premissas para estudos futuros, diante do impacto que o setor hospitalar tem na saúde pública.

Palavras-chave: Hospital; Concentração; VBR.

Résumé

Le but, dans cet essai, est de contribuer à un débat plus profond sur le secteur hospitalier. Fait valoir que la concentration d'hôpitaux dans les grands groupes réduit sensiblement la concurrence et qu'ils seulement sont en concurrence avec leur propre inefficacité de leurs structures et pas avec d'autres joueurs. Cela conduit à la



nécessité d'une réflexion sur quelles bases théoriques doivent être appliquées au secteur, étant donné que la théorie de la vision axée sur les ressources (VBR), couramment utilisés dans les études sur le secteur, traite de la gestion des ressources internes pour la réalisation des avantages concurrentiels. Si il n'y a pas de concurrence, il n'y a aucune raison de demander de tels avantages. Propose un cadre conceptuel pour aider à la compréhension du secteur et, à la fin, certaines hypothèses ont été formulées pour les études futures, sur l'impact que le secteur hospitalier a sur la santé publique.

Mots-clés : Hôpital ; Concentration ; VBR.

1. Considerações Iniciais

A elevação dos preços dos serviços de saúde é uma realidade mundial (CHAPMAN, KERN, LAGUECIR, 2014; PORTER, LEE, 2013). A busca por uma solução contra custos crescentes e qualidade insatisfatória tem levado à concentração de hospitais em uma única empresa, a fim de reduzir os serviços duplos, através da economia de escala (GROFF, LIEN, SU 2007). Enquanto o mercado não chega a um ponto de equilíbrio que seja interessante para todas as partes, o que se percebe é a redução de opções e a elevação dos preços praticados na venda de serviços hospitalares (PORTER, LEE, 2013; PORTER, TEISBERG, 2007). Também é notável a redução no número de hospitais como consequência destas fusões e este fenômeno tem ocorrido na Europa, Canadá, Estados Unidos (WEIL, 2010) e Brasil (FERREIRA JR., 2011).

Se as fusões ocorrerem, por exemplo, entre hospitais geograficamente próximos, há elevação de até 40% nos preços. As razões para a continuidade desta concentração e consequente redução no número de hospitais e leitos estão ligadas a alguns fatores: a tecnologia tem avançado a tal ponto que é possível realizar diversos procedimentos de forma ambulatorial (o que dispensa leitos hospitalares); a concentração amplia o poder de negociação, inclusive para obtenção de mais recursos financeiros quando da necessidade de ampliação das instalações; e, conforme Weil (2010), para a satisfação dos egos de gestores e médicos em virtude do aumento de poder que tal concentração lhes confere (WEIL, 2010).



A redução de leitos hospitalares e hospitais também vem sendo tema de vários estudos desde 2006 (KOBIS, KENNEDY, 2006; BAZZOLI, 2006; BURNS et al., 2008; DELIA, WOOD, 2008; FERRIER, LELEU, VALDAMANIS, 2009; RECHEL et al., 2010; CUTLER; MORTON, 2013). Outros fatores que explicam esse fenômeno podem ser acrescentados: economia de escala; qualificação e utilização mais eficiente dos investimentos em tecnologia; redução do poder de barganha dos demandantes, causada por um número menor de opções de escolha (KURAMOTO, 2014); fatores demográficos; os valores pagos pelos planos de saúde, o número de médicos disponíveis; a qualidade e variedade dos serviços oferecidos (BAZZOLI, 2006); deterioração do fluxo de caixa; e busca de parcerias (FINK, BURNS, 2014). A redução dos leitos hospitalares americanos, aliás, pode ser traduzida em números: em 1981, eram 4,6 leitos/1000 habitantes e, em 2008, 2,7 leitos/1000 habitantes (WEIL, 2010).

Especificamente, nos Estados Unidos, a onda de consolidações ocorreu em duas épocas distintas. Na década de 90, ocorreu uma primeira onda de concentração de hospitais em grandes grupos, o que acabou se refletindo na elevação dos preços praticados junto às seguradoras e planos de saúde. A reação destas foi a fusão de diversas seguradoras como forma de retomar a posição de dominação na sua capacidade de negociação (MORIYA, VOGT, GAYNOR, 2010).

Nova onda de concentrações de hospitais voltou a ocorrer nos anos seguintes e, com maior ênfase a partir da criação do *The Affordable Care Act* (mais conhecido como *Obama Care*). Trata-se de um programa que recompensa financeiramente hospitais que excedem indicadores de qualidade, ao mesmo tempo em que penaliza aqueles com desempenho ruim. Como boa parte da melhoria da qualidade está ligada ao desenvolvimento e atualização da tecnologia diagnóstica, o aumento dos investimentos tem levado a fusões, aquisições ou afiliações como forma de reduzir custos e riscos (BROWN JR., et al., 2012).

O governo americano, em suas mais recentes projeções, estimou que os gastos com o sistema de saúde serão, em 2014, da ordem de U\$ 3,6 trilhões, consumindo 17,6% do PIB. São 49,9 milhões de americanos sem seguro saúde e este número tem-se elevado desde a crise de 2008 em virtude da perda de emprego. Para se ter uma noção deste montante, os países componentes da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) gastam, em



média, 9,5% do PIB ou U\$ 3,20/pessoa contra U\$ 8,20 gastos nos Estados Unidos (TOLAN, 2013).

O setor de saúde brasileiro também ostenta números grandiosos: cerca de 6.774 hospitais públicos, privados e filantrópicos; 195 mil unidades de serviços; e cerca de 500 mil leitos hospitalares. De acordo com o IBGE, em 2009, só este setor respondia por 4,5% dos postos de trabalho (4,3 milhões de ocupações). Naquele ano, os gastos em saúde atingiram 8,8% do PIB (Produto Interno Bruto), o equivalente a R\$ 283,6 bilhões, sendo 43,7% de gastos públicos e 56,3% de despesas das famílias com medicamentos, planos e seguros de saúde e pagamentos diretos de despesas com saúde (IBGE, 2012).

A concentração e ampliação de alguns dos maiores grupos hospitalares brasileiros também tem merecido atenção da imprensa nacional. A Rede D'Or, maior grupo hospitalar do país, está investindo R\$ 500 milhões em expansão orgânica em 2014. Do total de novos leitos, cerca de 2 mil devem vir de expansão orgânica e o restante, de aquisições de outros hospitais, o que voltou a fazer parte da estratégia da empresa (ANAHP, 2014).

Um crescimento expressivo também ocorre com os Hospitais Sírio Libanês e Albert Einstein, ambos com sede em São Paulo. Os dois grupos têm crescido 15% ao ano, sendo este último responsável por R\$ 500 milhões, enquanto o Sírio Libanês já comunicou que investirá R\$ 400 milhões nos próximos anos (EXAME, 28/04/2014). Por sua vez, a BBI Financial, gestora de recursos e especializada na área da saúde, tem investido em estruturas inferiores a 70 leitos, neste primeiro momento, no Rio de Janeiro. Elas recebem pacientes para recuperação após cirurgias de grande porte ou AVC, por exemplo. Desta forma, agem em colaboração com hospitais maiores que não precisam investir em ampliação de forma tão imediata (ANAHP, 2014).

Apesar dos valores vultosos de investimento, vive-se um paradoxo: os hospitais privados que parecem estar inseridos em um ambiente altamente competitivo, sendo considerados sofisticados e caros, têm filas de espera para exames, internação, cirurgia, parto e UTI, dentre outros. Com a demanda reprimida, a taxa de ocupação nos hospitais privados brasileiros, por exemplo, chegou a 90%, o que equivale à superlotação (FERREIRA JR., 2011; VALOR ECONÔMICO, 11/06/2014). Segundo a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), o



setor precisaria investir de R\$ 4,3 bilhões a R\$ 7,3 bilhões, até 2016, em 13 mil novos leitos, para fazer frente ao crescimento da demanda gerada pelos novos usuários da medicina suplementar (ANAHP, 2014).

Em números absolutos, a redução de leitos no Brasil tem sido significativa: em 1990, eram 3,71 leitos/1000 habitantes, caindo para 2,96 em 1999 e 2,26, em 2009. No restante do mundo, a concentração de hospitais também gera efeitos semelhantes:

	1995	2007
Japão	12,0	8,2
Coréia	3,8	7,1
Alemanha	6,9	5,7
Bélgica	5,0	4,3
França	4,6	3,6
Austrália	4,1	3,5
Itália	5,6	3,1
Portugal	3,3	2,8
Canadá	3,9	2,7
Estados Unidos	3,4	2,7

Tabela: Leitos no Mundo por mil habitantes

Fonte: OCDE Health Data 2009

Curiosamente, diante de um contexto que tem mostrado uma tendência de encolhimento e redução de opções para os clientes, com repercussões no desequilíbrio entre a oferta e a demanda, vários são os estudos que destacam a competitividade existente entre as organizações hospitalares. No caso brasileiro, utilizam a Visão Baseada nos Recursos (RBV) como suporte teórico para obtenção de vantagens competitivas (JORGE, CARVALHO e SALES, 2014; OLIVEIRA e TODA, 2013; PRESTES et al., 2012; MACHADO e BARZOTTO, 2012; FUMAGALLI, PIVA e KATO, 2011; COBAITO, 2012; ABREU, 2012; MAGALHÃES FILHO, 2012; FERREIRA JÚNIOR; 2011; COLUCCI, 2011).

Os estudos americanos (PORTER e TEISBERG, 2007; BOHMER, 2012; PORTER e LEE, 2013) também classificam o ambiente dos hospitais americanos como competitivo. Igualmente, utilizam a RBV como apoio teórico (ZIGAN, 2013; HUESCH, 2013; WU, HU, 2012; SMITH, 2008) por entenderem de que se trata de um ambiente competitivo.

Tem-se, todavia, uma situação desconfortável para os clientes dos serviços hospitalares: quando há necessidade da prestação do serviço, não há certeza de



consegui-lo. Para compreender esta situação, é interessante verificar o significado da palavra competição.

Segundo o dicionário Michaelis (2009), significa: 1. Ato ou efeito de competir; 2. Esforço de duas ou mais partes para ganharem como freguês uma terceira parte, pela oferta dos termos mais vantajosos; concorrência. No dicionário Priberam (2013), competição significa: 1. Lutar por algo ou alguém contra um adversário; entrar em competição; 2. Pretender suplantar em valor ou qualidade.

Em todos os conceitos, percebe-se a necessidade de disputar com algo ou alguém, o interesse de terceiros, oferecendo-lhe valor superior. Neste ambiente, que parece ser o da concentração dos hospitais em poucos grupos e redução da competição, surge uma série de questionamentos, entre os quais pode ser destacada a seguinte pergunta de pesquisa: A Teoria da Visão Baseada em Recursos pode ser utilizada como base teórica de um segmento, no qual parece não haver competição?

Para responder à questão levantada, este ensaio se propõe a alcançar o seguinte objetivo geral: revisar a literatura da área para descrever quais as teorias organizacionais são utilizadas neste segmento. Como objetivos específicos, a fim de auxiliar no alcance do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes: a) realizar uma revisão bibliográfica, para dar suporte à construção de um *framework* conceitual; b) elaborar o *framework* conceitual como contribuição à discussão acadêmica; e c) discutir o setor, dada sua importância para o desenvolvimento nacional e regional.

O presente ensaio se estrutura em cinco sessões. A partir desta primeira sessão introdutória, a segunda sessão apresenta a fundamentação teórica, construída sobre dois eixos temáticos: os estudos que tratam da concentração dos hospitais; e do que tratam os artigos que utilizam a VBR como suporte teórico. Já na terceira sessão, a sugestão de um *framework* conceitual que auxilie na discussão acadêmica sobre o setor hospitalar. Na quarta sessão, são apresentadas as principais considerações sobre o ensaio como um todo. Por fim, na quinta sessão, são descritas as referências utilizadas no estudo e elaboração deste trabalho.

2. Discussão Teórica



Esta sessão se concentra em criar as bases teóricas para a discussão que se faz na próxima sessão. Para isso, são apresentados os dois eixos temáticos já mencionados: os estudos que tratam da concentração dos hospitais; e do que tratam os artigos que utilizam a VBR como suporte teórico.

2.1 Estudos sobre a Concentração do Segmento Hospitalar

Para esta subseção, foram pesquisados artigos nos portais *Scientific Periodicals Electronic Library (SPELL)* e no EBSCO *Information Services*, no período compreendido entre 1º de janeiro de 2006 e 14 de junho de 2014. Foram utilizadas as seguintes palavras chave e seus equivalentes em inglês: ambiente competitivo; competitividade; ambiente hospitalar; hospitalar; hospital; gestão; competição hospitalar, acreditação, *United States Hospital competition; United States Hospital market share; private hospital competition; private hospital competitive; competition american hospital, hospital consolidation cost; hospital consolidation quality; healthcare consolidation cost; healthcare consolidation quality; hospital merger; e healthcare merger.*

Diversos autores têm tratado da necessidade de gerenciamento de leitos devido à sua redução, enquanto a demanda só vem aumentando (KOBBISS, KENNEDY, 2006; BAZZOLI, 2006; BURNS et al., 2008; FERRIER, LELEU, VALDMANIS, 2009; RECHEL et al., 2010; KUSSEROW, 2013). Bazzoli (2006) destaca que até 2003, a média de ocupação oscilava em torno de 66% da capacidade, o que era uma prática usual, porque evitava o excesso de ocupação em tempo integral. Desta forma, os recursos tecnológicos sofriam menor deterioração e as equipes assistenciais não sofriam uma sobrecarga de trabalho, o que levaria a um aumento indesejável da rotatividade de pessoal.

Os estudos passaram, então, a propor formas de um melhor planejamento da capacidade instalada, através de escalas cirúrgicas que evitem cirurgias concomitantes de pacientes e que necessitem de longa permanência (KOBBISS; KENNEDY, 2006; RECHEL et al., 2010) ou ainda da sua capacidade em atender vítimas de intempéries e acidentes de grandes proporções (FERRIER, LELEU, VALDMANIS, 2009; DELIA, WOOD, 2008). Este tem sido um tema tão estudado que Akcali, Côte e Lin (2006) propõem um modelo matemático que possibilita ao gestor



uma tomada de decisão quanto à validade de ampliação da capacidade de atendimento.

Por outro lado, algumas pesquisas indicam que o excesso de demanda não é uma regra geral em todos os contextos. Burns et al (2008) fizeram uma comparação entre os hospitais de Ohio, Indiana e Kentucky. Em Ohio, na época do estudo, havia mais oferta do que demanda, o que os obrigava a um investimento maior em qualidade do que nos outros dois estados, onde a situação era inversa. O resultado era que, por terem mais gastos, os hospitais de Ohio experimentavam uma situação financeira mais delicada do que nos outros dois estados. Esta situação acaba auxiliando na compreensão deste aumento na concentração dos hospitais em poucos grupos.

O contexto onde o hospital está inserido também foi o tema de Ferrier et al (2013), mas com um olhar diferente. Eles concluíram que o tamanho do hospital impacta diretamente no desempenho organizacional e isto inclui a variedade de especialidades oferecidas. Os hospitais localizados em Los Angeles, segundo os autores, têm de oferecer mais opções de serviços do que seus similares da Filadélfia. A razão estaria diretamente ligada às distâncias que os clientes teriam de percorrer para buscar soluções para suas patologias.

O estudo de Burns et al (2008), já mencionado, faz parecer que consolidação significa redução da qualidade do serviço prestado. Mas não é o que encontraram Mutter, Romano e Wong (2011). Suas análises sobre consolidações, aquisições e fusões em 16 estados americanos sugerem que houve um aumento da qualidade nos casos em que a demanda foi ampliada em decorrência da concentração de hospitais em um mesmo grupo. Quando isto acontecia, uma mesma equipe cirúrgica fazia uma maior número de operações, com um menor número de erros. A repetição gerava aprendizado, uma das razões pelas quais o processo de fazer parte de uma grande corporação acabou acelerando-se nos últimos anos. Em 1990, 44% dos hospitais americanos faziam parte de um grupo de hospitais, enquanto, em 2013, este número já era da ordem de 70% (BURIK, DIXON, 2013).

Resultados semelhantes foram encontrados por Groff, Lien e Su (2007). Compararam 166 hospitais que estiveram envolvidos em processos de fusão em 1994 e 1995, com outros 255 hospitais (grupo controle) que não tinham passado pelo processo, na mesma época das análises. A eficiência, após 1 ano, melhorara



20% no grupo controle, contra 37% daqueles envolvidos na fusão. A diferença era ainda maior após 2 anos, sendo de 17% para os hospitais do grupo controle e 64% para os demais. Os autores esperavam que a eficiência obtida, principalmente pela eliminação da duplicidade de serviços e economia de escala, pudesse significar redução dos preços praticados, mas a redução da competição levava a sua elevação.

Weil (2010) ressalta que a economia de escala só é percebida de forma mais substancial quando uma das estruturas adquiridas é eliminada. Harrison (2011), por sua vez, observa que a economia só ocorre nos meses subsequentes à fusão, mas que há uma tendência em seu decréscimo, à medida que o tempo passa. A elevação dos preços decorrente da fusão também foi encontrado por Hass-Wilson e Garmon (2011) e Dafny (2014), porque reduz o poder de barganha e as opções dos clientes (KURAMOTO, 2014). Brown et al. (2012) explicam que a elevação dos preços acaba ocorrendo também, porque as empresas de seguro saúde passam a pressionar mais por certificações de qualidade (JIANG, FRIEDMAN e JIANG, 2013), o que significa ampliação dos investimentos.

Para todos os trabalhos apresentados até aqui, percebe-se uma manutenção da tendência à concentração, com redução de opções e elevação de preços para o lado dos demandantes. Apesar disso, Jiang, Friedman e Jiang (2013) entendem que há uma intensa disputa por valor no segmento de assistência à saúde americano. Os autores concordam que houve uma expressiva redução no número de hospitais, mas entendem que sua análise de 1.521 hospitais americanos os leva a crer que, onde há pressão dos planos de saúde para aumento da qualidade, o seu resultado se reflete em redução nos índices de mortalidade e na maior competitividade entre as organizações.

Por outro lado, Kellis e Rumberger (2010) e Chen e Chuang (2013) defendem que os preços altos praticados por médicos e hospitais americanos ocorrem em função da pouca competição no setor, devido à concentração em poucas, mas grandes organizações. Por isso, sugerem uma intervenção governamental, inclusive com a criação de uma cobertura para a saúde, com custos mais baixos para aqueles não cobertos pelos seguros existentes. Para eles, isto iria forçar a busca da qualidade e preços reduzidos.



Os preços têm-se elevado a tal ponto que órgãos governamentais antitruste já estariam examinando estas fusões (CUTLER; MORTON, 2013). A tendência de aumento dos processos de aquisição tem sido responsável pela redução de 18% no número de hospitais americanos e de 31% no número de leitos desde 2006 (COSTELLO, WEST JR. RAMIREZ, 2011). Garmon (2009) destaca que esta concentração os leva a cobrarem mais caro daqueles que não possuem seguro-saúde, ainda que sejam hospitais comunitários.

Esta concentração se deve à fusão em sistemas consolidados de saúde que tem ocorrido nos últimos anos como forma de ganhar escala e reduzir o poder de barganha dos demandantes do serviço. Apesar da notável ausência de competição, vários pesquisadores utilizam a Teoria da Visão Baseada em Recursos como suporte teórico de um setor que parece competir mais com sua própria ineficiência do que com outras organizações,

2.2 A VBR nos Estudos do Segmento Hospitalar

A Teoria da Visão Baseada nos Recursos (VBR) teve origem no final da década de 50, através do trabalho de Edith Penrose (1959). Ela argumentava que o crescimento e o sucesso das firmas dependiam do acesso e do uso efetivo dos diversos recursos disponíveis. Entre tais recursos, Penrose e, mais tarde, Wernerfelt (1984) destacaram aqueles que pudessem ser pensados como uma força capaz de gerar vantagens competitivas em relação aos seus concorrentes. Ou como definiu Barney (1991, p. 101), “todos os ativos, capacidades, processos organizacionais, atributos da firma, informação e conhecimento (...) que a habilitam a conceber e a implementar estratégias que melhorem sua eficiência e efetividade.”

Para Barney (1991), uma vantagem competitiva, por si só, não seria suficiente para gerar um diferencial. A empresa deveria ter atributos que lhe conferissem sustentabilidade ao longo do tempo. Aliás, uma das primeiras referências à expressão “vantagem competitiva” nos estudos sobre estratégia, foi feita por Ansoff (1977) que a definiu como a vantagem de perceber, pró-ativamente, tendências de mercado à frente dos concorrentes, ajustando, em função disso, a oferta.

À semelhança de Wernerfelt (1984), Barney (1991) considerava tais atributos como: o valor do recurso, raridade, baixo grau de imitabilidade e baixo risco de vir a



ser substituído. Estes atributos ficaram conhecidos pela sigla VRIS. Na sua percepção, os recursos da organização possuem um contexto subjetivo que implica num maior grau de imobilidade, isto é, não são de fácil implementação e aquisição.

Mais tarde, Barney e Hesterly (2007) substituíram o “S” pelo “O” de organização, o que denota a sua importância para a obtenção de vantagens competitivas e incluíram a substituíbilidade na imitabilidade (VRIO). Este estudo enfatizou a importância da organização estar predisposta às mudanças, quando falou na dependência da trajetória, na estrutura e nas dificuldades de replicar e imitar.

2.2.1 A VBR e os Estudos Brasileiros

O sucesso do Planejamento Estratégico está ligado à VBR em um estudo feito em uma pesquisa empírica conduzida em cinco hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro. Este trabalho indica o quanto a gestão hospitalar precisa ser aprimorada, especialmente no tocante ao reconhecimento da TI como recurso valioso para o desenvolvimento de competências organizacionais e inovações (Oliveira e Toda, 2013).

Cobaito (2012) buscou compreender se, ao utilizar estratégias baseadas na VBR, é possível transformar hospitais sem fins lucrativos em organizações eficientes e passíveis de ganharem reconhecimento público. Seu estudo ocorreu no Hospital do Rim e da Hipertensão, de São Paulo.

Hospitais brasileiros públicos, privados e filantrópicos foram o objeto de estudo de Colucci (2011). Para o autor, a preocupação com os profissionais envolvidos, sua retenção e desenvolvimento contínuos, além de um bom relacionamento com o corpo médico aumentam o desempenho das organizações. Para o autor, a melhor utilização destes recursos internos é que os farão mais competitivos.

Abreu (2012) buscou analisar quais recursos organizacionais foram mobilizados em 3 hospitais mineiros para a implementação de estratégias. Concluiu que os recursos humanos foram preponderantes para o êxito, o que corroborava os conceitos da VBR.

A cooperativas médicas foram o objeto de estudo de Magalhães Filho (2012) que buscou pesquisar sobre quais recursos estratégicos influenciavam na apropriação de renda em cooperativas médicas. Conclui que a posse de alguns



recursos estratégicos (conhecimento, reputacional e regulatório) conferia grande poder de barganha aos grupos de interesses na competição pela apropriação de renda da firma.

Ferreira Júnior (2011) analisou 10 hospitais privados e filantrópicos de São Paulo que promoveram alguma expansão nos 10 anos anteriores à pesquisa. Concluiu que não só a estratégia de crescimento de escala era um recurso preponderante para a continuidade das organizações, mas que também as participações do corpo clínico como suporte às decisões tomadas possibilitavam a aquisição de vantagens competitivas.

2.2.2 A VBR e os Estudos Publicados em Periódicos Americanos

A relação entre a gestão do conhecimento e o desempenho organizacional foi o assunto pesquisado por Wu e Hu (2012) em 437 hospitais de Taiwan. Confirmaram que as organizações que mantinham práticas de gestão de seus funcionários percebiam reflexos positivos no seu desempenho e no resultado assistencial.

Em um estudo realizado em 2 hospitais universitários e um hospital católico dos Estados Unidos, Zigan (2013) observou que a VBR não bastaria para fazer a gestão dos ativos intangíveis. Era preciso, também, dar atenção às peculiaridades do segmento hospitalar e das contingências inesperadas, sob pena de se prejudicar uma utilização ótima do capital humano existente.

Huesch (2013) realizou uma ampla pesquisa em 75 hospitais da Florida que, em comum realizavam cirurgia coronariana, de forma a comparar como estas equipes trabalhavam. O estudo ocorreu entre 1998 e 2006 e concluiu que ter recursos e fazer gestão não é garantia de obtenção de sinergia. Aponta, como possíveis causas, a diferença nas capacidades dos indivíduos e problemas relacionados à gestão destas pessoas.

A reputação como recurso intangível foi o resultado encontrado por Smith (2008) e considerado como o mais importante diante de outros ativos intangíveis. O estudo foi realizado em dois hospitais de Pittsburgh, um batista e um universitário. Além disso, concluiu que nem todos os ativos intangíveis deveriam ser considerados estratégicos.



3. Uma Proposta de *Framework* Conceitual

Para a elaboração deste *framework* conceitual (FIGURA), buscou-se dividir o fenômeno que tem marcado o segmento hospitalar na última década em duas fases, tomando, como base, o referencial teórico no qual se baseou este ensaio:

- **Fase 1** – as organizações hospitalares são mais dependentes do contexto ambiental onde estão inseridas (KOBIS, KENNEDY, 2006; BAZZOLI, 2006; BURNS et al., 2008; DELIA, WOOD, 2008; FERRIER, LELEU, VALDAMANIS, 2009; RECHEL et al., 2010; CUTLER; MORTON, 2013) e, em virtude disso, podem ter excesso de demanda (BURNS et al, 2008). Outro fator ambiental é a pressão por atualização tecnológica de seus equipamentos diagnósticos (KURAMOTO, 2014), além dos valores pagos pelos planos de saúde (BAZZOLI, 2006) e a deterioração do fluxo de caixa (FINK, BURNS, 2014), o que as leva à Fase 2;
- **Fase 2** – é marcada pela busca de parcerias (FINK, BURNS, 2014) que pode ocorrer através de afiliação (não altera a gestão de cada hospital); *joint venture* (gestão compartilhada); acordo de operação conjunta (nova governança, mas cada hospital com seu próprio conselho; fusão (débitos e ativos são absorvidos); e aquisição, na qual há a possibilidade de funcionar de forma semi-independente, ou então, totalmente subordinado a uma única governança (BURIK, DIXON, 2013). O resultado da segunda fase é a redução da competição em função do menor número de hospitais e leitos (KELLIS, RUMBERGER, 2010 ;COSTELLO, WEST JR. RAMIREZ, 2011), com elevação dos preços (GARMON, 2009; KELLIS e RUMBERGER, 2010), aumento do poder de barganha (HASS-WILSON e GARMON, 2011; DAFNY, 2014; KURAMOTO, 2014) e melhoria na eficiência (GROFF, LIEN e SU, 2007) e na qualidade (MUTTER, ROMANO e WONG, 2011). O ambiente continua influenciando nesta fase, pois as organizações de saúde devem conhecer o contexto onde estão inseridos, a fim de compreender se devem tornar-se hospitais especializados ou gerais (BURNS et al; 2008; FERRIER et al, 2013). Entretanto, não são forçados a competir, pois o poder público não atua de forma efetiva na assistência à saúde, o que os obrigaria a rever

preços e a incrementar, ainda mais, a qualidade (CHEN, CHUANG, 2013; KELLIS e RUMBERGER, 2010).

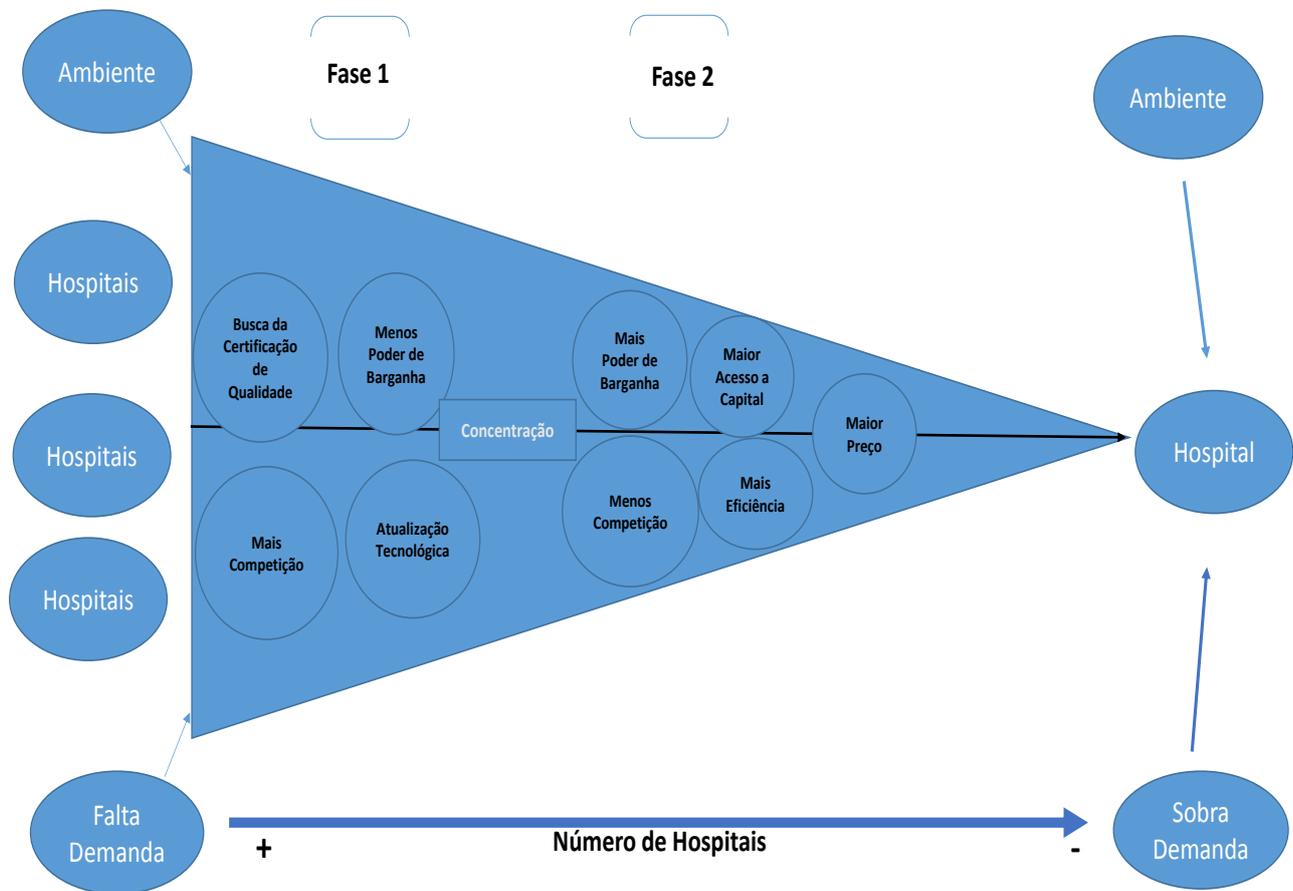


Figura – Framework Conceitual sobre a Concentração no Segmento Hospitalar
Elaborado: pelo Autor

Como se percebe, as organizações não atendem às premissas estabelecidas pela VBR (BARNEY, 1991, 2007). Os recursos valiosos são, agora, compartilhados entre os membros de um mesmo grupo. São raros, apenas porque há poucas organizações que os dividem dentro dos grupos formados. A raridade se dá mais pela redução da competição, do que pela posse propriamente dita. Além disso, como a consolidação tem-se ampliado, com os hospitais seguindo a tendência dos demais, não se pode falar em imitabilidade, já que todos estão utilizando a mesma estratégia. Por esta mesma razão, não se pode falar em vantagem competitiva (ANSOFF, 1977), porque todos seguem a tendência da concentração e ajustam a oferta de acordo com as suas conveniências.



4. Considerações Finais

A concentração de hospitais ao redor do mundo parece ser uma tendência irreversível. As razões são as mais diversas, mas a principal parece ser a busca da eficiência para a manutenção da sustentabilidade das organizações envolvidas. Se por um lado, os clientes (pessoas físicas, seguros e planos de saúde) saem perdendo em virtude da redução expressiva de opções, o que impacta, inclusive, no seu tempo de espera pelos serviços, por outro, acabam ganhando pelo aumento da eficiência operacional, o que significa menos erros nos processos assistenciais e mais qualidade nos serviços prestados.

Por outro lado, ao serem considerados os dados demográficos sobre envelhecimento da população (com elevação da internação para tratamento de doenças crônicas); o aumento de usuários de planos de saúde e os dados sobre ocupação de hospitais em taxas acima dos 90%, esta concentração passa a ser preocupante do ponto de vista social.

Saliente-se, ainda, que, ao contrário do que acredita a crença popular, juízes podem conceder liminares ordenando a imediata internação de um paciente em uma determinada UTI – tanto faz se na rede pública ou privada. A questão não é não querer atender, mas sim de capacidade. Se não é possível internar um paciente é porque não há lugar. Pela natureza do atendimento, hospitais privados ou públicos não se confundem com os prontos-socorros que atendem convênios públicos, nos quais, na falta de lugar, improvisa-se, colocando o paciente em maca no corredor. Neles, não há como aumentar a capacidade além daquela para a qual foram construídos.

Em outras palavras, parece haver lugar para as organizações atuais se expandirem e para novas se instalarem, o que contraria quaisquer argumentos a favor da existência da concorrência neste setor. A situação é tão preocupante em alguns países, que, ainda que os investimentos privados venham a se confirmar, não deverá haver atendimento satisfatório da demanda. No caso brasileiro, por exemplo, ela é muito grande e crescente (acesso da classe C ao serviço privado, envelhecimento e longevidade da população, dentre outros fatores), além dos investimentos feitos na rede privada que estão cronologicamente defasados. Não se trata da necessidade de gerar vantagem competitiva para ganhar dos concorrentes



através da gestão dos recursos internos já existentes na organização, mas da concentração dos serviços em grandes grupos, o que gera a redução da duplicidade de serviços e um significativo aumento do poder de barganha por parte dos ofertantes dos serviços hospitalares.

Finalmente, este ensaio, como contribuição à discussão acadêmica, propõe algumas premissas:

- a) Os Hospitais não aumentam a oferta de leitos, porque tendem a tomar as mesmas decisões que já foram tomadas pelos hospitais que são considerados referência em gestão (isomorfismo);
- b) Não há competição, porque não há, por parte dos governos, qualquer ação em relação à qualificação e/ou ampliação do atendimento público, o que obrigaria as instituições privadas a atender melhor seus clientes, preocupando-se, inclusive, com os valores cobrados; e
- c) As organizações de saúde concorrem, primordialmente mais, com suas ineficiências do que com outros *players*. Trata-se de um fator que não é atendido pela VBR e que, portanto, não é útil como base teórica.

Espera-se que estudos futuros possam utilizar estas premissas para a geração de novos dados. E, a partir desta investigação, talvez se possa construir uma teoria capaz de interpretar o contexto, no qual está inserido o setor hospitalar brasileiro. O título deste ensaio, aliás, é uma forma de lembrar o artigo de Priem e Butler (2001) que buscou apontar falhas na VBR, defendida por Barney (1991).

REFERÊNCIAS

- ABREU, A.A. **Estratégias Hospitalares e o Pro Hosp**: uma análise da parceria público privada com o Estado de Minas Gerais. Dissertação para obtenção do Título de Mestre em Administração apresentado à Universidade Federal de Lavras, 2013.
- AKCALI, E.; CÔTE, M.J.; LIN, C. **A Network Flow Approach to Optimizing Hospital Bed Capacity Decisions**. *Health Care Manage Sci*, 9: 391:404, 2006.
- ANSOFF, H. I. **Estratégia empresarial**. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1977.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP), 2014. Disponível em: <http://anahp.com.br/noticias/not%C3%ADcias-sobre-o-mercado>. Acesso em: 14/07/2014
- BAZZOLI, G.J. **The Transition from Excess Capacity to Strained Capacity in U.S. Hospitals**. *The Mitbank Quaterly*, V 84, N 2, pp. 273-304, 2006.
- BARNEY, J.B. **Resources and Sustained Competitive Advantage**. *Journal of Management*, v. 17, n.1, pp. 99-120, 1991.



- BARNEY, J.; HESTERLY, W. S. **Administração estratégica e vantagem competitiva.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- BOHMER, Richard M.J. **Arquitetura e planejamento na gestão da saúde:** alinhando o conhecimento médico à administração do sistema de saúde. Porto Alegre: Bookman, 2012.
- BROWN, T.C. et al. **Current Trends in Hospital Mergers and Acquisitions.** Healthcare Financial Management, march 2012.
- BYRNES, J. **Now is Not The Time to Cut Your Quality Resources.** Healthcare Financial Management, Apr 2014.
- BURIK, D.; DIXON, T. **What's Really Happening with US Health Systems Consolidation.** Navigant Pulse, Issue III:4, 2013.
- BURNS, D.J. et al. **Hospital Care and Capacity in the Tri State Region of Indiana, Kentucky and Ohio:** analysis and insights. Health Marketing Quarterly, V 25 (3) 2008.
- BUTLER, T.W. LEONG, G.K., EVERETT, L.N. **The Operations Management Role in Hospital Strategic Planning.** Journal of Operations Management, 14, p 137-156, 1996.
- CHAPMAN, C.; KERN, A.; LAGUECIR, A. **Costing Practices in Healthcare.** Accounting Horizons, V 28, n 2, pp 353-364, 2014.
- CHEN, K.C.; CHUANG, K.C. **Using Systems Thinking to Analyse Healthcare in the United States:** should we move to a government sponsored healthcare system? Academy of Healthcare Management Journal, V 9, n 2, 2013.
- COBAITO, F.C. **Gestão Hospitalar sob a Lente da Resource Based View.** Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, jan/jun 2012.
- COLUCCI, C. **Um Estudo Exploratório sobre as Estratégias de Mercado Adotadas em Grandes Hospitais Gerais Brasileiros.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do Título de Doutor, São Paulo, 2013.
- COSTELLO, M.M.; WEST JR., D.J. RAMIREZ, B. **Hospitals for Sale.** Hospital Topics, 89 (3): 69-73, 2011.
- CUTLER, D.M.; MORTON, F.S. **Hospitals, Market Share and Consolidation.** JAMA, Journal of American Medical Association, 310, (18): 1964-1970, November 2013.
- DAFNY, L. **Hospital Industry Consolidation:** still more to come? N. Engl J Me, 370:3, January 2014.
- DELIA, D. WOOD, E. **The Dwindling Supply of Empty Beds:** implications for hospital surge capacity. Health Affairs, V 27, n 6, nov/dec 2008.
- EXAME. **Uma Santa Guerra Entre Einstein e Sírio Libanês,** 28/04/2014.
- FERREIRA JÚNIOR, W.C. **Ampliação dos Serviços Hospitalares Privados na Cidade de São Paulo:** uma estratégia ou uma aposta? Tese de Doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.
- FERRIER, G.D. et al. **The Focus Efficiency of U.S. Hospitals.** Atl Econ J, 41: 241-263, August 2013.
- FERRIER, G.D; LELEU, H.; VALDMANIS, V.G. **Hospital Capacity in Large Urban Areas:** is there enough in time of need? J. Prod Anal, 32: 103-117, 2009.
- FINK, J.N.; BURNS, S.F. **Combinning Forces to Manage the Continuum of Care.** Healthcare Financial Management, April 2014.
- FOLHA DE SÃO PAULO, **Gestora de Recursos Investe em Hospitais do RJ,** 20/06/2014.



- FOLHA DE SÃO PAULO, País já gasta 8,9% do PIB com atendimento médico, mas de forma ineficiente; redução de desperdícios implica articular sistemas público e privado. 01/04/2014.
- FOLHA DE SÃO PAULO, Datafolha aponta saúde como principal problema dos brasileiros, 29/03/2014.
- FOLHA DE SÃO PAULO, População idosa vai triplicar nos próximos 20 anos. 29/03/2014.
- FOLHA DE SÃO PAULO, Convidados divergem sobre financiamento da saúde pública e privada, 26/03/2014.
- FUMAGALLI, L. A.W.; PIVA, L.C.; KATO, H.T. **O impacto da tecnologia da informação na gestão hospitalar: o caso do hospital Santa Cruz Revisitado.** Perspectivas em Gestão & Conhecimento, v. 1, n. 2, p. 209-231, 2011.
- GARMON, C. **Hospital Competition and Charity Care.** Forum for Health Economic Policy, V 12, issue 1, 2009.
- GROFF, J.E.; LIEN, D.; SU, J. **Measuring Efficiency Gains From Hospitals Mergers.** Research in Healthcare Management, VII, n 1:77-90, 2007.
- HAAS-WILSON, D.; GARMON, C. **Hospital Mergers and Competitive Effects: two retrospective analyses.** Int J. of the Economics of Business, V 18, n 1, pp. 17-32, February 2011.
- HARRISON, T.D. **Do Mergers Really Reduce Costs? Evidence From Hospitals.** Economic Inquiry, Issue 4, p 1054-1069, 25 feb 2010.
- HUESCH, M.C. **Are There Always Synergies Between Productive Resources and Resource Deployment Capabilities?** Strategic Management Journal, 34: 1288-1313, 2013.
- JIANG, H.J.; FRIEDMAN, B.; JIANG, S. **Hospital Cost and Quality Perform in Relation to Market Forces: na examination of U.S. hospitals in the post-managed care era.** Int. Journal Care Finance Econ, 13: 53-71, Springer 2013.
- JORGE, M.J.; CARVALHO, F.A.; SALES, P.R. **Determinantes Organizacionais do Ambiente Hospitalar: uma análise empírica usando micro dados sobre conformidade segundo o modelo da Acreditação Hospitalar.** Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, V 11, n 1, p 68-82, jan/mar 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conta satélite de Saúde Brasil – 2007 a 2009. Consumos de bens e serviços de saúde chega a 8,8% do PIB.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2070&id_pagina=1&titulo=Consumo-de-bens-e-servicosde-saude-chega-a-8,8%-do-PIB>. Acesso em: 01 jun 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2012.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e02.def> Acesso em: 01 jun 2014.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Sistema de Indicadores de Percepção Social.** 09/02/2011.
- KELLIS, D.S.; RUMBERGER, J.S. **Healthcare Reform and The Hospital Industry: what can we expect?** Journal of Healthcare Management, 55: 4, July/August 2010.
- KOBIS, D.A.; KENNEDY, K.M. **Capacity Management and Patient Throughtout: putting this problem to bed.** Healthcare Financial Management. October 2006.
- KURAMOTO, R.K. **Specialties: missing in our healthcare reform strategies?** Journal of Healthcare Management, 59:2, march/april 2014.



- KUSSEROW, R.P. **Mergers and Aquisitions Due Diligence in HealthCare.** Journal of Healthcare Compliance, Nov/Dec 2013.
- MACHADO, D.D.P.N.; BARZOTTO, L.C. **Ambiente de Inovação em Instituição Hospitalar.** Revista de Administração e Inovação, São Paulo, V 19, n 1, p 51-80, jan/mar 2012.
- MAGALHÃES FILHO, L.L. **Efeitos do Conhecimento sobre a Apropriação de Renda na Saúde Suplementar: o caso UNIMED de São José dos Campos.** Tese de Doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.
- MORIYA, A. S., VOGT, W. B., & GAYNOR, M. **Hospital prices and market structure in the hospital and insurance industries.** Health Economics, Policy and Law, 5(4), pp. 459-479, 2010.
- MICHAELIS, 2009. Consulta on line. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=competição>. Acesso em 21/06/2014.
- MUTTER, R.L.; ROMANO, P.S.; WONG, H.S. **The Effects of US Hospital Consolidations on Hospital Quality.** Int J of the Economics of Business, V 18, n 1, pp. 90-126, February 2011.
- OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. OECD Health Data 2009 – comparing health statistics across OECD countries. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/oecdhealthdata2009comparinghealthstatisticsacrossoecd countries.htm>. Acesso em: 01/06/2014
- O ESTADO DE SÃO PAULO, **Nem sempre a culpa é dos planos de saúde,** 16/09/2013.
- OLIVEIRA, S.B.; TODA, F.A. **O Planejamento Estratégico e a Visão Baseada em Recursos (RBV),** uma avaliação da tecnologia da informação na gestão hospitalar. Revista Eletrônica de Ciência Administrativa, Campo Largo (PR), V 12, n 1, p 39-57, jan/abr 2013.
- PENROSE, Edith. **A Teoria do Crescimento da Firma.** Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2006. Edição original: 1959.
- PRIBERAM, dicionário online. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/competição>. Acesso em 21/06/2014.
- PORTER, M.; LEE, T.H. **The Strategy That Will Fix Health Care.** Harvard Business Review, October 2013.
- PORTER, M., TEISBERG, E. **Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Porto Alegre: Bookman, 2007.
- PRIEM, R.; BUTLER, J. **Is the resource-based “view” a useful perspective for strategic management research?** Academy of Management Review, Vol. 26, No. 1, p. 22-40, 2001
- RECHEL et al. **Hospital Capacity Planning: from measuring stocks to modelling flows .** Bull World Health Organ, 88: 632-636, 2010.
- SMITH, A.D. **Resource Based View of the Firm: measures of reputation among health servisse-sector business.** Health Marketing Quarterly, V 25 (4), 2008.
- TOLAN, M. **Reasons for Optimism About U.S. HealthCare.** Vital Speeches of the Day, V 79, I 9, pp. 286-289, September 2013.
- VALOR ECONÔMICO. **Falta visão estratégica de longo prazo.** 11/06/2014
- WEIL, T. **Hospital Megers: a panacea?** Journal of Health Services Research & Policy, V 15, n4, pp 251-253, 2010.



WERNERFELT, B. **A Resource-Based View of the Firm.** Strategic Management Journal, V 5, n 2, p 171-180, 1984.

WU, I; HU, Y. **Management Enabled Performance for Hospital Professionals: a dynamic capability view and the mediating role of process capability.** Journal of The Association for Information Systems, V 13, Issue 12, p. 976-999, Dec 2012.

ZIGAN, K. **A Contingency Approach to the Strategic Management of Intangible Resources.** Journal of General Management, V 38, n 2, Winter 2012/2013.