

Fundamentos económicos para a integração vertical em saúde

Economic foundations for vertical integration in health

Rúben Loureiro

Instituto Politécnico de Tomar, Escola Superior de Gestão de Tomar, Portugal
ruben.loureiro@ipt.pt

Eduardo Brou

Instituto Politécnico de Tomar, Portugal
ebrou@ipt.pt

Resumo

As Unidades Locais de Saúde são um modelo de Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados integrados verticalmente, que surgem em 1999 como um projeto pioneiro através da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e conta hoje com oito Unidades Locais de Saúde implementadas e em funcionamento. O objetivo deste artigo consiste numa revisão da literatura que pretende avaliar a integração existente nas Unidades Locais de Saúde, compreendendo os possíveis fundamentos económicos para a Integração Vertical em saúde. Após revisão do conceito de Integração Vertical e dos fundamentos económicos para a Integração Vertical, verifica-se que as Unidades Locais de Saúde apresentam condições/fundamentos para uma correta integração.

Palavras-chave: Integração vertical; unidade local de saúde; teoria dos custos de transação; eficiência produtiva.

Abstract

The Local Healthcare Unit (Unidade Local de Saúde) is a vertically integrated model comprising Primary Health Care, Hospital Care and Continued Care, which emerged in 1999 as a pioneering project with the Matosinhos Local Healthcare Care Unit and currently has eight implemented and operational Local Health Care Units. The objective of this paper is to review the literature with the aim of evaluating the existing integration in the Local Health Units, including possible economical grounds for the Vertical Integration in health care. After reviewing the concept of Vertical Integration and of the economic fundamentals for Vertical Integration, it is verified that the Local Health Units present the conditions and grounds for a correct integration.

Keywords: Vertical integration; local healthcare unit; theory of transaction costs; productive efficiency.

1. Introdução

O desenvolvimento significativo ocorrido nas décadas de 70 e 80 na integração de cuidados é, segundo Grone e Garcia-Barbero (2001, citado em Santana & Costa, 2008), um dos mais importantes desafios dos sistemas de saúde europeus.

Conforme se pode verificar pelas intenções manifestadas em sede de programa de governo (XVII) (citado em Santana & Costa, 2008: 31), a integração de cuidados é uma das estratégias de reorganização da oferta de cuidados de saúde, que prevê: “o desenvolvimento



de experiências de financiamento global, de base populacional, por capitação ajustada, integrando cuidados primários e hospitalares, numa linha de Unidades Integradas de Saúde, respeitando a autonomia e a cultura técnico-profissional de cada instituição envolvida” (Santana & Costa, 2008: 31). O principal motivo apontado pela literatura de Economia (ver, por exemplo, Moschandreas, 1994, Cap. 10 para uma síntese) para operações de Integração Vertical são os ganhos de eficiência que poderão, então, e particularmente no caso concreto em estudo – o setor da Saúde –, serem usados na prestação de um melhor serviço de cuidados de saúde aos utentes, cujas necessidades estão em permanente evolução.

Deste modo, a integração entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares é considerada como a estratégia para melhorar o acesso, a adequação, a qualidade técnica, a continuidade e a efetividade dos cuidados de saúde prestados à população (Nunes *et al.*, 2012). O conjunto de fenómenos demográfico-sociais e científicos (alterações como o envelhecimento da população, a mudança epidemiológica, a evolução do perfil dos consumidores, os avanços científicos no tratamento da doença, o nível da rapidez na disponibilização de informação e na partilha de conhecimento, a exigência do nível de qualidade assistencial), que exige uma adaptação da resposta fornecida pelas organizações de Saúde tem sido, e no seguimento do referido no anterior parágrafo, o principal influenciador da Integração Vertical (Lopes *et al.*, 2014).

Como se analisará, a Integração Vertical no setor da saúde abrangeu, então, não só os Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares, mas também os Cuidados Continuados que dão resposta não só a doentes idosos, como também a doentes crónicos e portadores de deficiência que ao longo da vida necessitam de cuidados de saúde de longa duração (cuidados continuados) (Potter & Perry, 2006). Esta rede (de cuidados continuados) consubstancia uma lógica de continuidade de cuidados e de promoção de autonomia. Melhorar as condições de vida de todos os indivíduos em situação de dependência funcional, prestando-lhes cuidados continuados de saúde, garantir os cuidados terapêuticos necessários a todas as pessoas com perda de funcionalidade, adequar a cada doente o tipo de apoio e acompanhamento, melhorar a qualidade dos cuidados prestados, apoiar os familiares/prestadores informais dos doentes e, ainda, articular os cuidados prestados nos diferentes serviços, são os principais objetivos dos Cuidados Continuados Integrados (OE, 2009). Deste modo, é cumprido o desiderato lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define o modelo de Integração Vertical como: “The management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services, according to their needs over time and across different levels of the health system” (OMS, 2008: 1).

A Integração Vertical em saúde é estudada e introduzida pela primeira vez na década de 90, tendo como principal foco a integração de vários segmentos distintos de um processo produtivo (Lopes *et al.*, 2014). Este aspeto pode ser verificado na área da saúde através das diferentes estruturas de cuidados de saúde que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) disponibiliza, pelo que, em 1999, é iniciado um processo de Integração Vertical em Matosinhos onde se faz a integração de várias estruturas (Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares e Continuados) e, anos depois, é realizada a integração em outros distritos do interior e litoral norte (Loureiro, Brou & Fernandes, 2016). Estas unidades integradas surgem de forma sequencial, mas sem qualquer justificação demográfica, social ou tecnológica associada, aparentando-se assim pouco fundamentada (Loureiro *et al.*, 2016). Através da revisão dos decretos de lei da constituição das Unidades Locais de Saúde (ULS), pode-se verificar que estes

não apresentam nenhuma orientação específica num contexto integrado, sendo muito ampla a sua abordagem, deixando ao critério dos Conselhos de Administração a sua gestão integrada. Como tal, é importante identificar que os Conselhos de Administração destas ULS são nomeados para a gestão e administração de toda a Unidade Local de Saúde, embora no âmbito clínico seja nomeado um diretor clínico para os Cuidados de Saúde Primários e outro para os Cuidados de Saúde Hospitalares, não existindo assim um pilar central para a área clínica.

Pretende-se, durante o presente artigo, apresentar uma revisão teórica do conceito de Integração Vertical (teoria desenvolvida pelas ciências económicas e empresariais) e relacioná-la com as ULS, estrutura organizacional que adota a Integração Vertical enquanto ponto diferenciador.

Deste modo, o artigo está dividido em cinco secções, das quais esta Introdução constitui a primeira. Na segunda secção começa-se por definir o conceito de Integração Vertical, referindo-se, seguidamente, os seus determinantes económicos. Na terceira secção, depois de se averiguar os possíveis elementos influenciadores das entidades responsáveis na decisão de constituição das ULS (modelo de Integração Vertical), através da sua localização, é verificada a presença destes determinantes económicos no sector da saúde, de maneira a perceber se existem fundamentos económicos para a Integração Vertical em saúde. Na quarta secção são brevemente analisados resultados advindos da implementação, nacional e internacional, da Integração Vertical no setor da saúde. Na quinta secção são apresentadas as principais conclusões do artigo.

2. Integração vertical

Segundo o dicionário *Koogan Larousse Seleções* (1978, citado em Santana, 2011), o verbo integrar provém do latim *integer* (inteiro) e o seu significado sugere uma ação ou movimento onde diferentes partes se fundem. Resumidamente, integrar é envolver várias estruturas e permitir um funcionamento conjunto entre elas (Santana, 2011).

No decorrer do presente capítulo será abordada a definição de integração, tendo em consideração as teorias defendidas por investigadores da área das ciências económico empresariais. Depois serão consolidadas essas definições e direcionadas ao âmbito da investigação: a Integração Vertical em saúde.

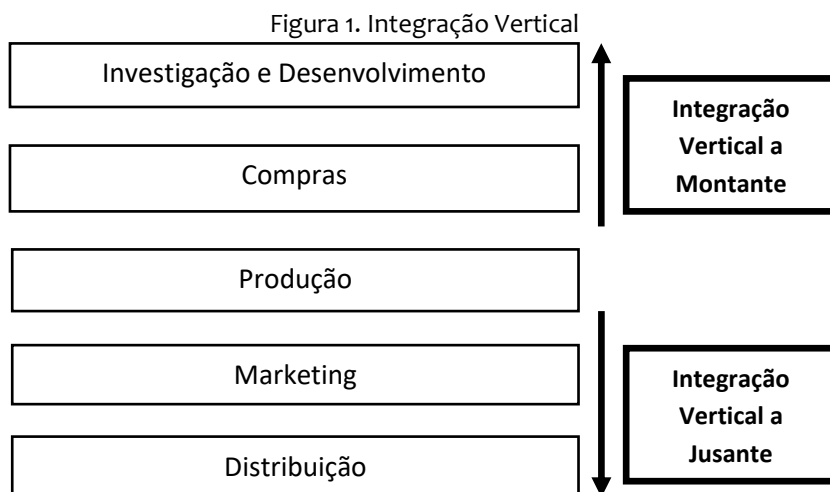
2.1. Definição de integração vertical

Existem diversas fundamentações na literatura económica acerca da Integração Vertical, podendo-se considerar, de forma generalista e introdutória, que a Integração Vertical acontece quando uma organização possui e/ou controla os seus ativos em fases sucessivas da cadeia de valor, ou seja, quando a organização tem várias atividades económicas na sua gestão (Fronmueller & Reed, 1996).

A Integração Vertical, segundo Williamson (1985: 445), pode ser caracterizada como “a combinação de processos tecnologicamente distintos (por exemplo: produção, processamento, distribuição, vendas) dentro das fronteiras de uma mesma empresa, ou seja, sob um mesmo comando decisório (...) e envolvendo a propriedade total dos ativos”. Já para Porter (1997), a Integração Vertical é a combinação de processos de produção, distribuição, vendas e/ou outros processos económicos tecnologicamente distintos dentro das fronteiras

de uma mesma empresa, representando isto, uma decisão da empresa no sentido de utilizar transações internas ou administrativas em vez da utilização de transações (externas) no mercado para atingir seus próprios objetivos.

Considerando os dois autores citados pode-se definir a Integração Vertical como a decisão da empresa integrar várias atividades em fases adjacentes da cadeia de produção e comercialização, situadas a montante (atividades que vão desde a investigação e desenvolvimento às compras) ou a jusante (atividades desde a venda e distribuição do produto final), como se pode verificar na Figura 1.



Fonte: Adaptado de Porter (1997).

2.2. Determinantes da integração vertical

Os principais determinantes da Integração Vertical são identificados por Perry em 1989:

- Economias tecnológicas;
- Economias de transação;
- Imperfeições de mercado (concorrência imperfeita).

Anos depois Moschandreas (1994) identifica os fatores que levam as organizações a integrar verticalmente, nos quais importa reter: a eficiência produtiva e os custos de transação. Comparando Perry (1989) e Monchandreas (1994), pode-se assumir que existe uma relação direta entre os determinantes apresentados pelos dois autores, essencialmente nos custos de transação, podendo ser este o principal pilar da Integração Vertical, sendo que se torna importante fundamentá-los, pela sua relação direta com as ULS.

3. Fundamentos económicos para a integração vertical em saúde

Considerando que as ULS foram constituídas sem qualquer justificação demográfica, social ou tecnológica associada, aparentando-se assim pouco fundamentada, importa deduzir alguns possíveis aspetos incentivadores da sua constituição. Para tal, analisar-se-á a localização das diferentes ULS, podendo-se constatar que a sua implementação foi realizada, na generalidade dos casos, em zonas problemáticas do ponto de vista de acesso, populacional e de recursos, acreditando-se que a sua constituição seria indicada na generalidade das zonas onde foi

aplicado o modelo (de Unidade Local de Saúde) e esperando-se ganhos de eficiência através da integração, respondendo às exigências e atenuando os problemas das regiões.

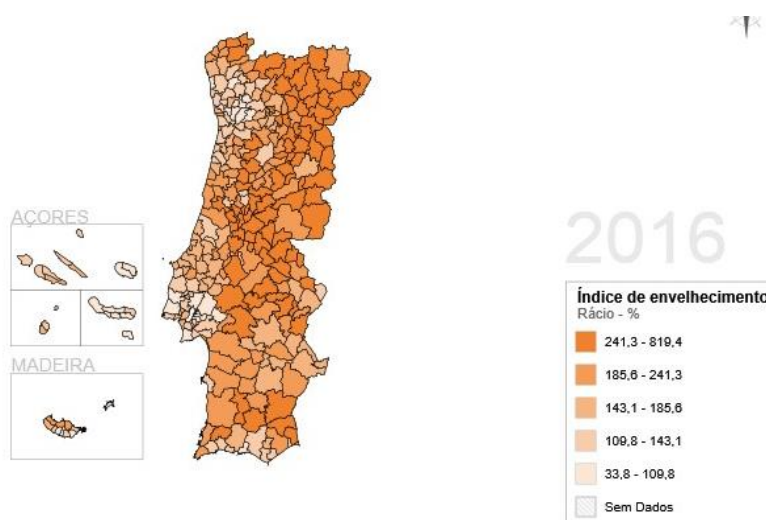
Através dos dois principais fatores da Integração Vertical e após a constituição das ULS, importa tentar responder a uma questão:

- Quais os possíveis fatores que influenciaram a constituição das ULS?

Ao analisar a estrutura de oferta das ULS surgem três pontos bastante comuns entre as estruturas integradas que são: população, acesso e recursos. Destacam-se assim, possíveis pilares para a constituição das Unidades Locais de Saúde, os quais poderão responder à questão acima formulada:

- População – Em relação à população não existe nenhum ponto comum na dimensão populacional das Unidades Locais de Saúde pois, abrangem entre 100.000 habitantes a 250.000. Contudo, as ULS têm sido constituídas essencialmente em zonas onde a população tem maior índice de envelhecimento, estando assim associadas a uma maior procura e a uma procura mais diferenciada. Como podemos verificar na figura abaixo (Figura 2), os dados referentes ao índice de envelhecimento no ano de 2016, mostram-nos uma maior incidência em todo o interior, alto minho e litoral alentejano.

Figura 2. Índice de envelhecimento em Portugal



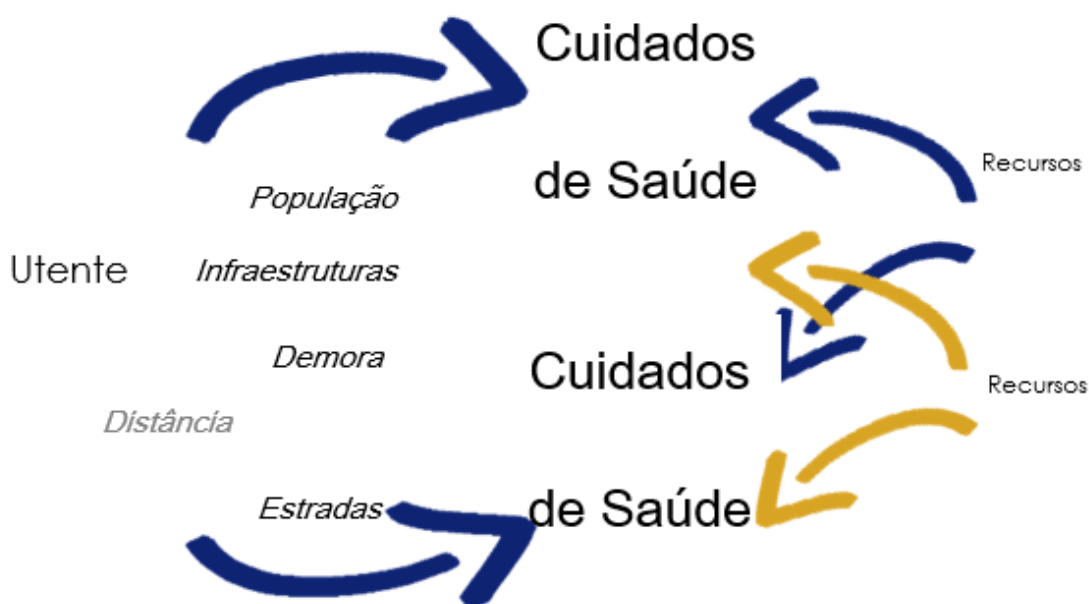
Fonte: Pordata (2016).

- Acessos – Muito associado ao envelhecimento da população está a facilidade no acesso aos cuidados de saúde, neste caso, as infraestruturas existentes para a prestação de cuidados assim como as vias (de informação e de transporte) disponíveis para aceder aos cuidados necessários. Podemos neste caso consentir que existe uma maior incidência de constituição de ULS em zonas que têm difíceis acessos, estruturas de saúde distantes, vias de transporte danificadas e deficit na difusão da informação médica e não médica.

- Recursos – Não só a dificuldade na contratação de novos recursos humanos no interior do país e o seu baixo rácio por 1000 habitantes, mas também a existência de tecnologia médica avançada em algumas unidades bastantes díspares da população, faz com que seja necessária uma nova relação (integração) entre unidades (dos vários tipos de cuidados) de forma a maximizar e aproveitar os recursos existentes.

Deste modo, de forma a minimizar os problemas identificados, têm-se verificado algumas alterações essencialmente na criação de Unidades Integradas (Unidades Locais de Saúde), de forma a proporcionar uma resposta centralizada ao utente.

Figura 3. Dificuldades no acesso aos cuidados de saúde



Fonte: Elaboração própria.

Como nos mostra a Figura 3 acima, no seguimento dos três tópicos identificados como razões deduzidas para a constituição de ULS, podemos constatar que o utente para aceder ao serviço de saúde depara-se com vários obstáculos do ponto de vista da acessibilidade, os quais associados a uma população envelhecida e com dificuldades de mobilidade torna o cenário muito complexo. Estes aspetos julgam-se terem sido os considerados pelas entidades responsáveis para a constituição das ULS, acreditando-se num aumento na eficiência produzida após a constituição deste novo modelo.

Após a análise dos tópicos anteriores, apresentar-se-ão seguidamente os principais determinantes que podem existir nas Unidades de Saúde e que são essenciais para a Integração Vertical (indicados na Tabela 1), considerando a Teoria da Integração Vertical, revista na secção 2.2. (e que será aprofundada nesta secção, através da análise sua aplicabilidade no setor da saúde), que é substanciada pela eficiência produtiva e os custos de transação.

Tabela 1. Determinantes essenciais à integração vertical

Integração Vertical	
Eficiência produtiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos; 2. Monitorização do utente; 3. Áreas de apoio;
Custos de transação	<ol style="list-style-type: none"> 4. Oportunismo; 5. Assimetria de Informação; 6. Ativos específicos: Tecnologia médica.

Observando o assunto desta forma, parece pouco evidente a relação destes tópicos com a área da saúde e em concreto com as ULS. Contudo, se verificarmos escrupulosamente todos os fatores, existem diversas relações entre a produção industrial (que serviu de modelo principal aos primeiros estudos, já mencionados na secção 2. sobre os determinantes económicos da Integração Vertical) e a produção em saúde. Nas secções seguintes, as duas dimensões apresentadas na tabela anterior (eficiência produtiva e custos de transação) serão detalhadamente explicadas.

3.1. Eficiência produtiva

A área da saúde tem essencial importância pelo seu exigente objetivo socioeconómico. Desta maneira, o cumprimento do seu desiderato exige uma gestão criteriosa dos recursos, nomeadamente técnicos e humanos. Esta gestão deve ser planeada de forma a adaptar-se a manifestações ambientais sazonais, tais como eventuais epidemias (curto prazo) ou tendências ambientais (de médio/longo prazo), tais como a evolução socio demográfica da população. Estes são alguns dos exemplos onde podemos constatar que os recursos devem ser mobilizados consoante as necessidades dos serviços e dos utentes, ou seja, é necessária a adaptação dos recursos (com os quais se constrói a oferta) aos utentes (procura) e especificamente, a cada tipo de cuidados necessitados. Contudo, não só a mobilidade de recursos entre os diferentes tipos de cuidados, mas também a partilha de conhecimento existente na relação entre os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalar, será uma vantagem para a gestão da doença num contexto integrado. O aproveitamento destas interdependências de conhecimento e recursos conseguem melhorar exponencialmente a eficiência dos cuidados prestados ao utente assim como a capacidade de resposta dos serviços nos diferentes tipos de cuidados.

Outro motivo essencialmente importante e que contribuirá para resultados favoráveis após uma integração, é o acompanhamento do utente (monitorização do utente). É facilmente compreensível que a segurança do utente aumenta exponencialmente e os custos de tratamento diminuem aquando o acompanhamento do utente é realizado pelos Cuidados de Saúde Primários, não só nos pós-cirúrgicos, como na gestão de doença crónica, diabetes, Hipertensão arterial e muitas outras patologias passíveis de acompanhamento em Cuidados de Saúde Primários.

Esta relação torna-se produtiva não só para o utente e para os Cuidados de Saúde Primários mas também para os Cuidados de Saúde Hospitalares que se concentram somente nos cuidados cirúrgicos e cuidados médicos diferenciados, delegando todo o restante acompanhamento para os cuidados de proximidade (Cuidados de Saúde Primários) preparados e especializados para a monitorização, avaliação, tratamento e encaminhamento

do utente, diminuindo assim custos hospitalares e aproveitando assim a capacidade instalada dos Cuidados de Saúde Primários e nos seus recursos.

Nas áreas de apoio administrativo (gestão, contabilidade, logística), a integração já ocorre quando se trata de Centros Hospitalares nos quais já existe integração (horizontal), sendo que nesta tipologia procura-se criar evidência de economias de escala (Barros, 2013). Contudo, nas áreas de apoio administrativo a existência de Integração Vertical resulta em diminuição de recursos humanos, aumento da uniformização dos artigos consumidos, diminuição do desperdício assim como diminuição do stock existente e do stock disponível necessário. Esta integração nas áreas de apoio potencia uma gestão mais eficiente dos recursos existentes e uma melhor informação entre as diferentes unidades, pois a unificação dos procedimentos e das metodologias traz vantagens não só a nível de informação contratual como a nível de gestão de recursos.

Segundo Raunick e Fischer (1972, citado em Queiroz & Queiroz, 2006) a perspetiva do problema deve, ainda, ser multidimensional e considerar todos os custos do produto: a capacidade, a qualidade, o moral dos colaboradores, o controlo de gestão e o histórico comercial da organização, não passando só por contexto material e económico, mas também pelo contexto humano da organização. Só após a análise destes dados e confirmar se existe eficiência produtiva com a Integração Vertical, se deve passar ao próximo determinante: custos de transação.

Deve-se, contudo, sublinhar e considerar que é a presença de custos de transação que leva à Integração Vertical, mais do que qualquer interdependência tecnológica (Moschandreas, 1994), pois a tecnologia pode indicar que duas fases de produção devem estar próximas, mas é indiferente quem é o proprietário de cada fase produtiva. Deste modo, quando existem duas fases de produção de proprietários diferentes, poderão existir custos de transação elevados (devido a contratos e oportunismo contratual) e tornar-se-á eficiente a Integração Vertical. Igualmente segundo Williamson (1991) será um erro considerar somente fatores tecnológicos para proceder à integração quando existem duas fases de produção distintas, pois nem sempre os fatores tecnológicos (interdependências tecnológicas) acarretam a Integração Vertical como solução. Da mesma maneira, segundo Rocha (2002), o que faz com que a Integração Vertical seja a forma económica de organização escolhida, são essencialmente, os custos de transação, que serão, então, analisados mais pormenorizadamente, pela sua importância determinística da Integração Vertical, na subsecção seguinte.

3.2. Custos de transação

O conceito de Custos de Transação ganhou relevância na sequência dos estudos de Coase em 1937 sobre as formas de organização, impulsionados pela questão de investigação simples e clara: “Porque é que existem Empresas?”. Coase (1937, citado em Barros, 2012) refere que as empresas existem pelo facto de haver custos de utilização do sistema de preços, surgindo assim a ideia da existência de custos de transação (nos mercados). Esta relação vê a empresa como uma forma alternativa na coordenação da produção, onde irá escolher a forma, planeada e hierárquica, como vai organizar a produção com base no que se irá traduzir em menores custos de transação (Barros, 2012).

Os custos de transação são segundo Pondé (1996, citado em Fagundes, s.d.) o consumo de recursos económicos de adaptar, estruturar e monitorizar as interações entre os diferentes agentes, garantindo o cumprimento dos contratos. Segundo Coase (1937, citado em Barros, 2012), a Integração Vertical deixa de ser benéfica para a empresa quando o custo de produção interno é superior ao preço do ativo adicionando o seu custo de transação associado. A teoria apresentada por Coase (1937) defende que as transações não só implicam custos, como a tentativa de minimizar esses custos acaba por influenciar a forma como as atividades económicas se organizam (Rocha, 2002).

As teorias dos custos de transação estão associadas a custos de negociação com outras organizações, os quais, são custos essencialmente com relações contratuais, que advêm das falhas de mercado (Rocha, 2002). Esta teoria defende que os custos de transação não só são importantes, como fornecem um instrumental importante para entender certas formas de organização económica (Rocha, 2002). Desta forma, define-se os custos de transação como: “(...) custos não diretamente ligados à produção, mas que surgem à medida que os agentes se relacionam entre si e problemas de coordenação emergem” (Azevedo, 1996: 28-29). A minimização destes custos, é segundo Williamson (1991) materializada através do alinhamento das estruturas de gestão com elaboração de estruturas únicas diminuindo assim os comportamentos oportunistas pela outra parte, sobretudo se existir uma relação de dependência entre as duas partes.

Os vários fatores que influenciam as falhas de mercado, tornam quase impossível as empresas transmitirem as informações específicas do que necessitam com um custo razoável (Foss, 1993), devendo-se esta impossibilidade a quatro principais fatores: alto oportunismo, racionalidade limitada, incerteza/complexidade (contratual e organizacional) e elevada presença de ativos específicos (Moschandreas, 1994).

O impacto informacional (*Information impactedness*), definição que advêm de Oliver Williamson (Prémio Nobel da Economia – 2009), é uma condição derivada e existe, segundo Moschandreas (1994), quando os decisores estão interessados em atuar de forma oportunista na presença de incerteza/complexidade, surgindo em situações de assimetria de informação (podendo originar manifestações de seleção adversa e risco moral) (Moschandreas, 1994).

A especificidade dos ativos é um dos fatores mais importantes que contribui para os altos custos de transação e, portanto, para a integração. Existem outros fatores conducentes às falhas de mercado também com relevância para a Integração Vertical. Uma dessas falhas, identificada por Moschandreas (1994), é a racionalidade limitada que, por sua vez, pressupõe a tomada de decisões usando regras simplificadoras que extraem aspetos principais do problema sem captar toda a sua complexidade. Visto que a racionalidade dos agentes económicos é limitada, isto conduz-se a contratos incompletos, no sentido de que é impossível para eles projetar todos os acontecimentos futuros (Kato & Margarido, 2000). Segundo Kreps (1990, citado em Kato & Margarido, 2000) a racionalidade limitada significa que será muito dispendioso para os indivíduos prever e contratar para cada eventualidade que pode surgir ao longo da transação.

Considerando que a racionalidade dos agentes económicos é limitada, por eles não terem condições de elaborar um modelo que possa prever perfeitamente futuros acontecimentos, isso implica necessariamente que os contratos pertinentes a qualquer transação sejam incompletos (Kato & Margarido, 2000). Apesar da racionalidade do agente económico ser

limitada, estes estão conscientes que as suas relações contratuais necessitam de adaptações e negociações para salvaguardar os respetivos interesses (Kato & Margarido, 2000).

Também o oportunismo é considerado um atributo comportamental (do homem) que pode conduzir a falhas de mercado pois, segundo Moschandreas (1994) os indivíduos têm comportamentos falaciosos para seu interesse próprio, distorcendo informação e influenciando diversos fatores de cariz económico. A assimetria de informação numa transação pode conduzir a uma situação em que um agente económico tem mais acesso a informações do que o seu concorrente de mercado, levando-o assim a retirar vantagens adicionais em relação aos restantes (Kato & Margarido, 2000).

Posto isto, caso exista impacto informacional (ou problemas de assimetria em contratos complexos), oportunismo e ativos específicos, podemos estar perante determinantes influenciadores da Integração Vertical.

Analisar-se-á seguidamente os ativos específicos, conjuntamente com o esquema apresentado por Besanko, Dranove, Shanley e Schaefer (2006), anos depois do contributo de Moschandreas (1994), onde apresenta as principais presunções para a Integração Vertical (Tabela 2). Um ativo específico é aquele que não pode ser utilizado em outras transações sem que se incorra em perda significativa do seu valor (Rocha, 2002). Deste modo, a não desvalorização do ativo depende da continuidade do relacionamento comercial para o qual ele é específico (Rocha, 2002). Noutros casos, a especificidade de ativos de transporte torna a negociação entre as empresas excessivamente caro e leva à integração (Moschandreas, 1994). Na realidade, o grau de especificidade dos ativos varia entre os produtos e, mais importante, quer os custos de produção, quer os de transação dependem especificidade dos ativos (Moschandreas, 1994).

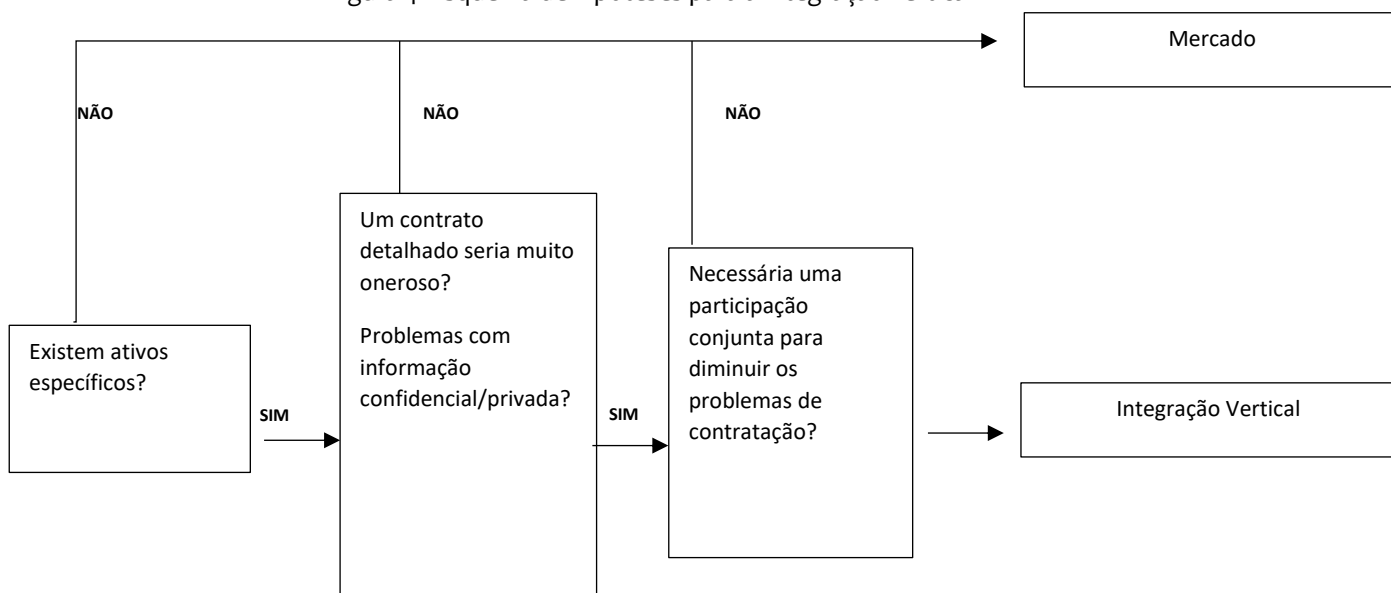
Tabela 2. Especificidade dos ativos

Especificidade dos ativos	Incerteza		
	Baixa	Média	Alta
Baixa	Mercado	Mercado	Mercado
Média	Contrato	Contrato ou Integração Vertical	Contrato ou Integração Vertical
Alta	Contrato	Contrato ou Integração Vertical	Integração Vertical

Fonte: Adaptado de Brickley, Smith & Zimmerman (2009).

A decisão de integrar verticalmente ou optar pelo mercado (no sentido de satisfazer as necessidades da organização) implica definir o peso dos custos e benefícios da integração, devendo-se realizar uma análise cuidada destes fatores, visto a complexidade desta informação. Para tal, Besanko *et al.* (2006) elaborou um esquema orientador (Figura 4) que prevê as diferentes hipóteses (antecedentes à integração) que podem existir e os seus possíveis resultados: integrar verticalmente ou procurar respostas no mercado.

Figura 4: Esquema de hipóteses para a integração vertical



Fonte: Adaptado de Besanko *et al.*, (2006).

A primeira questão que Besanko *et al.* (2006) apresenta, é a existência de ativos específicos, sendo esta a primeira razão, segundo o autor, para a Integração Vertical. Segundo Rocha (2002) os ativos específicos são aqueles que não podem ser utilizados em outras transações sem que ocorra perdas significativas de valor, assim a não desvalorização desse ativo depende da continuidade da relação comercial para o qual ele é específico. Em situações onde existem ativos específicos nos quais são necessários investimentos elevados, aumenta a probabilidade de a empresa optar pela Integração Vertical (Williamson, 1985), enquanto os ativos se tornam mais específicos, mais necessidade existe de investimentos diferenciados e possivelmente existir comportamento oportunista. Como tal, segundo Coase (1937) este problema apenas poderá ser resolvido através da Integração Vertical.

Relativamente à Integração Vertical, segundo Slack *et al.* (1997: 185), todas as empresas devem responder a uma questão muito pertinente: “se as vantagens que uma Integração Vertical confere, dado um conjunto particular de circunstâncias empresariais, atendem aos objetivos de desempenho necessários para ela competir mais efetivamente nos seus mercados”.

Os recursos humanos disponíveis nas Unidades de Saúde são cada vez mais escassos, pelo que, existe a necessidade de subcontratação de vários profissionais. No que concerne ao profissional médico, começa aqui o grande problema do aumento dos gastos em saúde, devido à complexidade destas contratações. Neste tipo de contratação, um dos principais fatores está associado aos profissionais de saúde que ficam abrangidos por contratos com empresas nos quais o seu acordo contratual passa a ser muito “flexível” e com poucas especificações contratuais. Sendo as exigências contratuais mínimas, o profissional tende a aumentar assim vários consumos, essencialmente de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêuticas (MCDT) e medicamentos, devido ao seu oportunismo e à incerteza/complexidade de algumas situações. Os MCDT são muitas vezes ativos essenciais ao funcionamento de determinadas unidades de saúde e maioria das vezes ativos diferenciadores destas unidades de saúde. Como tal, a sua utilização depende do bom encaminhamento médico, onde o deficit de informação, a complexidade do problema e a existência de um ativo diferenciador, pode levar o profissional

a ser oportunista – encaminhando o utente para unidades de saúde do seu interesse. Este é um exemplo de problemas de informação nas unidades de saúde onde não existe a informação expressa dos objetivos contratuais das Unidades de Saúde com os patamares superiores (ministérios). A existência desta tecnologia médica, específica, leva a uma gestão mais pormenorizada dos equipamentos, onde o pedido de MCDT ao exterior deve diminuir exponencialmente ao integrar os vários tipos de cuidados – considerando-se assim que todos os MCDT são realizados internamente de forma a aproveitar os recursos existentes.

Como se verificou, a incerteza e complexidade dos contratos existentes na área da saúde podem ser melhorados através da procura de Integração Vertical entre os diferentes tipos de cuidado. As novas políticas de gestão dos Cuidados Saúde Primários, neste caso as Unidades Saúde Familiar, proporcionam cada vez mais incentivos próprios para trabalhar em torno do doente, diminuindo assim a referênciação, aumentando a eficiência e a produção médica, colocando o utente no centro da decisão promovendo mecanismos de articulação e consultoria ao nível hospitalar, diminuindo assim a referênciação. Já no âmbito das ULS, a sua estrutura incide na continuação e acompanhamento do utente sempre na mesma estrutura, diminuindo assim as ineficiências do setor e aumentando as sinergias existentes, embora não exista ainda qualquer estrutura de incentivos para influenciar a integração e a diminuição de referênciação entre unidades de diferentes tipos (exceto no caso das Unidades de Saúde Familiares dos Cuidados de Saúde Primários, caso que é global a ULS e não ULS). Contudo, este caso é um exemplo explícito de custos de transação, onde existem elevados custos pelo oportunismo dos profissionais, potenciada pela presença de ativos tecnológicos específicos e ainda pelos custos informacionais que advém das referênciações.

Assim, deve-se notar que, de acordo com os estudos analisados, no caso da integração do cuidado, os efeitos positivos ocorrem em todas as áreas, mas com foco principal na saúde do utente.

4. Resultados da integração vertical: Casos internacionais e estudo da entidade reguladora da saúde

Apresenta-se seguidamente a síntese de alguns estudos internacionais sobre a Integração Vertical em Saúde, bem como a do estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2015) sobre o desempenho das ULS.

O aumento da capacidade através da integração levou ao aumento de investimento e maior ocupação de tempo (Sutton & Long, 2014). No caso dos programas de gestão de doenças (verticais) foram eficazes na redução da incidência da infeção pelo HIV, por exemplo (Nigatu, 2012). No que diz respeito à Administração de Saúde, no futuro os sistemas de saúde devem se concentrar na gestão da saúde e não na gestão da doença (Sutton & Long, 2014). Pode-se argumentar que os países de baixa e média renda precisam de sistemas de saúde fortes e dinâmicos para responder efetivamente às mudanças no padrão epidemiológico da doença. Por exemplo, a integração do HIV, diabetes e controle da hipertensão mostrou boa aceitação e bons resultados (Janssens *et al.*, 2007). Para estes mesmos autores, abordagens integradas fornecem à população opções holísticas focadas nas necessidades de saúde das pessoas.

Já a nível nacional, o estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2015) refere que nos Cuidados de Saúde Primários, quanto à cobertura populacional, verifica-se nas unidades integradas (ULS) que 92,8% dos habitantes se encontram numa área de abrangência até 15 minutos de viagem em estrada para aceder a um estabelecimento de Cuidados de Saúde Primários. Contudo, no caso das unidades não integradas o panorama é um pouco melhor, situando-se 94,3% dos habitantes, a um tempo inferior a quinze minutos de viagem em estrada destas unidades de saúde. Assim, considerando que em 2008 quase a totalidade da população estava abrangida por um prestador de Cuidados de Saúde Primários a menos de trinta minutos, a Entidade Reguladora da Saúde no seu estudo ao desempenho das ULS, mostra-se mais exigente analisando tempos de viagem em estrada de quinze minutos para a caracterização da dimensão geográfica do acesso em Unidades Integradas e Unidades de Saúde não integradas.

5. Conclusões

O atual paradigma da saúde em Portugal e os fenómenos sociais e demográficos que se têm observado nos últimos anos tem levado a uma alteração estrutural do SNS. De modo a obter ganhos em saúde, existiram várias formas de responder aos problemas socio demográficos que o país tem sofrido, onde a possível solução mais implementada nos últimos anos foram as ULS. Contudo, as ULS surgem com base na Integração Vertical entre os diversos tipos de cuidados, mas sem existência (pelo menos de conhecimento público) de estudos prévios de avaliação das condições para a formação destas ULS.

Pode-se constatar que o modelo existente, embora não esteja corretamente justificado e enquadrado, pode ter sido concebido, possivelmente, com base nas barreiras de acesso aos cuidados de saúde, tentando minimizar as desigualdades existentes entre as regiões do “interior” e as zonas com maior índice de envelhecimento populacional. Independentemente das razões da constituição das ULS e das suas localizações prioritárias, é importante afirmar que existem falhas na área da saúde propícias à eventual criação de unidades de saúde integradas verticalmente, existindo assim, com base nas análises realizadas ao longo deste documento, fundamento económico para a Integração Vertical.

Após a implementação do modelo de Integração Vertical, são esperadas melhorias contínuas e um aumento positivo dos resultados (havendo fundamento económico para a Integração Vertical em saúde, esperar-se-ão ganhos de eficiência nos organismos de saúde integrados verticalmente; seria esta expectativa que estaria, implicitamente, subjacente à decisão inicial de localização das ULS em regiões, genericamente, mais carentes (onde este ganho de eficiência seria mais necessário). Contudo, no caso em concreto das ULS, pode-se concluir que embora existir fundamentação legal, ainda existem poucas linhas orientadoras, nomeadamente organizativas, para a gestão das ULS de modo a obter resultados completamente diferenciados das demais estruturas de saúde não integradas. Porventura, existe vários aspetos em que se pode considerar que o modelo é favorável e que trará essencialmente pontos fortes do ponto de vista assistencial, embora existir ainda falta de investimento nos Cuidados de Saúde Primários e na utilização da Telemedicina.

Deve-se referir, ainda, que a verificação dos fundamentos económicos para a Integração Vertical em saúde, traduz, uma primeira abordagem que merecerá aprofundamentos futuros.

Referências

- Azevedo, P. F. de (1996). *Integração vertical e barganha* (tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Barros, P. M. A. (2012). *Determinantes da integração vertical: Uma análise de empresas portuguesas* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Minho.
- Barros, P. P. (2013). *Economia da saúde* (3.^a ed.). Lisboa: Almedina.
- Besanko, D., Dranove, D., Shanley, M., & Schaefer, S. (2006). *A economia da estratégia* (3.^a ed.). (Trad. Christiane de Brito). Porto Alegre: Bookman.
- Brickley, J. A., Smith, C. W. & Zimmerman, J. L. (2009). *Managerial economics and organizational architecture* (5th ed.). New York: McGraw-Hill/Irwin.
- Coase, R. (1937). The nature of the firm. *Economica*, 4 (novembro), 386-405. doi: 10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde. Disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=1096
- Fagundes, J. (s.d.). *Economia Institucional: Custos de transação e impactos sobre política de defesa da concorrência*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Fan, J. P.H. (2000). Price uncertainty and vertical integration: An examination of petrochemical firms. *Journal of Corporate Finance*, 6, 345-376. doi: 10.1016/S0929-1199(00)00006-7
- Foss, N.J. (1993). Theories of the firm: Contractual and competence perspectives. *Journal of Evolutionary Economics*, 3(2), 127-144.
- Fronmueller, M. P. & Reed, R. (1996). The competitive advantage potential of vertical. *Omega*, 24(6), 715-726. doi: 10.1016/S0305-0483(96)00011-4
- Janssens, B., Van Damme, W., Raleigh, B., Gupta, J., Khem, S., Soy... Zachariah, R. (2007). Offering integrated care for HIV/AIDS, diabetes and hypertension within chronic disease clinics in Cambodia. *Bull World Health Organ*, 85(11), 880-885. doi: 10.2471/BLT.06.036574
- Kato, H. T. & Margarido, M. A. (2000). *Economia dos custos de transação (ECT): Análise do conflito das bananas*. *Revista de Administração*, 35(4), 13-21.
- Koogan Larousse Seleções. (1978). *Dicionário enciclopédico*, V 1. Brasil: Editora Larousse do Brasil.
- Lopes, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., Matias, T. & Ribeiro, V. (2014). Relatório do grupo de trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Loureiro, R., Brou, E. & Fernandes, A. C. (2016). Breves conclusões acerca da integração vertical em saúde – Unidades locais de saúde. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 19, 8-10.
- Moschandreas, M. (1994). *Business economics*. New York: Thomson.
- Nigatu, T. (2012). Integration of HIV and noncommunicable diseases in health care delivery in low- and middle-income countries. *Preventigng Chronic Disease*, 9. doi: 10.5888/pcd9.110331
- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M... Ramos, V. (2012). *Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2008). *Integrated health services - What and why?*
- Perry, M. K. (1989). Vertical integration: Determinants and effects. In R. Schmalensee & R. Willig (Eds.). *Handbook of Industrial Organization* (pp. 183-255). Elsevier online.
- Pordata. (2016). Pordata. [Online]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Porter, M. E. (1997). *Estratégia competitiva: Técnicas para a análise de indústrias e da concorrência*. (Trad. Elizabeth Maria de Pinho Braga). Rio de Janeiro: Campus.
- Queiroz, R. V. & Queiroz, A. E. F. S. (2006). *Integração vertical versus terceirização: Análise da viabilidade em um estudo de caso na indústria moveleira*. Comunicação apresentada na XXVI ENEGEP. Fortaleza, Brasil.
- Rocha, M. M. (2002). *Integração vertical e incerteza*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Santana, R. & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: Aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 29-56.
- Santana, R. (2011). *O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: A utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambulatório* (Tese de doutoramento não publicada). Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Slack, N., Chambers, S., Harland, C., Harrison, A. & Johnston, R. (1997). *Administração da produção* (1.^a ed.). (Trad. Maria Teresa Corrêa de Oliveira). São Paulo: Atlas.

Sutton, M. & Long, J. (2014). Integration of health and wellbeing services with general health services. *Health Research Board*.

Williamson, O. E. (1985). *The economics institutions of capitalism*. Nova Iorque: The Free Press.

Williamson, O (1991). Strategizing, economizing, and economic organization. *Strategic Management Journal*, 12, *Special Issue: Fundamental Research Issues in Strategy and Economics* (Winter, 1991), 75-94.

RÚBEN LOUREIRO é docente convidado da Unidade Departamental de Ciências Empresariais no Instituto Politécnico de Tomar. Atualmente realiza doutoramento em Gestão na Universidade da Beira Interior. É licenciado e mestre em Gestão em Saúde com formação especializada em Cuidados de Saúde Primários e em Logística. Atualmente é gestor logístico na área hospitalar. Investiga Estratégia e Logística. Endereço institucional: Unidade Departamental de Ciências Empresariais; Instituto Politécnico de Tomar, Escola Superior de Gestão de Tomar, Tomar, Quinta do Contador. Estrada da Serra. 2300-313 Tomar, Portugal.

EDUARDO BROU é doutorado em Economia (Universidade Autónoma de Lisboa), mestre em Administração e Gestão de Empresas (Universidade Católica Portuguesa), M.B.A. (Universidade Católica Portuguesa), licenciado em Engenharia Química (F.E.U.P.) e professor-adjunto convidado no Instituto Politécnico de Tomar. Endereço institucional: Unidade Departamental de Ciências Empresariais da Escola Superior de Gestão do Instituto Politécnico de Tomar, Campus da Quinta do Contador, Estrada da Serra, 2300-313 Tomar, Portugal.

Submetido em 27 setembro 2017

Aceite em 22 de outubro 2018