

**VISÃO BASEADA EM RECURSOS (RBV) NA GESTÃO
DAS OPERADORAS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO:
NECESSIDADE PARA SUSTENTABILIDADE**

Tânia Kadima Magalhães Ferreira

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Gestão

Orientador:

José Dias Curto, Professor Associado com a Agregação do Departamento de Métodos
Quantitativos para Gestão e Economia

Setembro, 2019

**VISÃO BASEADA EM RECURSOS (RBV) NA GESTÃO
DAS OPERADORAS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO:
NECESSIDADE PARA SUSTENTABILIDADE**

Tânia Kadima Magalhães Ferreira

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Gestão

Orientador:

José Dias Curto, Professor Associado com a Agregação do Departamento de Métodos
Quantitativos para Gestão e Economia

Setembro, 2019

**VISÃO BASEADA EM RECURSOS (RBV) NA GESTÃO DAS OPERADORAS DE SAÚDE DE
AUTOGESTÃO: NECESSIDADE PARA SUSTENTABILIDADE**

Tânia Kadima Magalhães Ferreira

RESUMO

A complexidade da gestão da saúde e o alto custo da assistência médica motivaram a pesquisa. O estudo abordou a importância da aplicação da teoria RBV em empresas de autogestão da saúde como fator crítico para a heterogeneidade. Os artigos científicos foram selecionados para IDSS, IDQS e Índice de Satisfação do Cliente e indicadores econômico-financeiros no site da Agência Nacional de Saúde. Foram analisados os estatutos sociais de 99 operadoras de planos de saúde de autogestão. A discussão teórica foi sobre saúde suplementar, gestão de empresas de saúde, governança corporativa, desempenho organizacional, teoria da RBV e gestão profissionalizada. Verificou-se que a avaliação da qualificação das autogestões alcançou parcialmente os objetivos de melhoria contínua, devido às constantes mudanças nos indicadores desde 2015, verificando-se incoerência entre o resultado do IDSS (Índice de Desenvolvimento em Saúde Suplementar) e o IDQS (Índice de Desenvolvimento da Qualidade da Saúde) e Índice de satisfação do cliente medido por reclamações e resolução das pendências. Os indicadores econômico-financeiros apresentaram déficit, principalmente sinistralidade e endividamento. Governança corporativa composta por diretores nomeados e / ou eleitos. Apenas cinco autogestões de pequeno porte com ativos intangíveis raros, inimitáveis, não substituíveis e explorados pela organização (recursos internos) foram selecionadas como alto desempenho (pontuação máxima no IDQS; sustentabilidade econômico-financeira). Concluiu-se que a RBV nas empresas de autogestão é necessária para a sustentabilidade organizacional.

Palavras-chave: Assistência Médica e Gerenciada, Gestão do Conhecimento, Administração de Empresas, Sustentabilidade

I110 – Healthcare and Managed Care

M150 – Knowledge Management

M100 – Business Administration

M140 - Sustainability

ABSTRACT

Complexity of health management and high cost of assistance medical motivated the research. The study addressed the importance of applying of the RBV theory in self-management health companies as a critical factor for heterogeneity. Scientific articles were selected for IDSS, IDQS and costumer satisfaction Index and indicators economic-Financial on the website of the National Agency of Health. The social statutes of 99 self-managements health plan operators were analyzed. Theoretical discussion was about supplementary health, management health companies, corporate governance, organizational performance, RBV theory, and professionalized management. It was found that evaluation of the qualification of the health companies achieved the objectives of continuous improvement partially, due to constant changes in the indicators since 2015, so it was verified incoherence between the outcome of the IDSS (Supplementary Health Development Index) and the IDQS (Health Quality Development Index) and the costumer satisfaction Index measured by complaints and resolution of the pendencies. Economic and financial indicators showed deficit, mainly sinistrality and indebtedness. Corporate governance composed of directors appointed and/or elected. Only five small self-management health companies with rare intangible assets, inimitable, non-substitutable, and exploited by the Organization (internal resources) were selected as high performance (maximum score in the IDQS; sustainability Economic and financial). It's concluded that RBV in the self-management companies is necessary for organizational sustainability.

Keywords: Healthcare and Managed Care, Knowledge Management, Business Administration, Sustainability

I110 – Healthcare and Managed Care

M150 – Knowledge Management

M100 – Business Administration

M140 – Sustainability

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, pelo Caminho Iluminado desde sempre.

À minha família, pela presença constante em todos os momentos.

Ao meu orientador Prof. Dr. José Dias Curto, profissional extremamente dedicado e comprometido em compartilhar as experiências e os valiosos conhecimentos.

Ao amigo Ministro Antonio Saldanha Palheiro, pelos valiosos ensinamentos e apoio desde que assumi na Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro.

Às amigas Maria Amélia Nicolau, Adriane de Oliveira Sales e Rosiléa Di Masi Palheiro, pelo apoio nos trabalhos desenvolvidos na Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro.

À Mútua dos Magistrados, pelo apoio e incentivo no percurso desses 14 anos de trabalho.

**Visão baseada em recursos (RBV) nas operadoras de saúde de autogestão:
necessidade para sustentabilidade**

ÍNDICE GERAL

SUMÁRIO EXECUTIVO.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Problemática e questão de investigação.....	4
1.2 Objetivo geral.....	5
1.3 Estrutura da dissertação.....	7
2. REVISÃO LITERÁRIA.....	8
2.1 Saúde suplementar.....	8
2.2 Governança corporativa.....	16
2.3 Desempenho organizacional: teoria da organização da indústria e visão baseada em recursos (RBV)	22
3. MODELO DE ANÁLISE E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	28
4. CONTEXTUALIZAÇÃO: CRESCIMENTO DOS CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	35
5. METODOLOGIA.....	38
6. RESULTADOS.....	45
7. DISCUSSÃO.....	58
8. CONCLUSÃO.....	71
8.1 Recomendações.....	72
8.2 Implicações para a teoria e para a prática.....	73
8.3 Limitações.....	74
8.4 Sugestões para investigação futura.....	74
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

**Visão baseada em recursos (RBV) nas operadoras de saúde de autogestão:
necessidade para sustentabilidade**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores econômico-financeiros.....	12
Tabela 2 – Estatística descritiva (indicadores de qualidade)	45
Tabela 3 - Indicadores de qualidade por porte.....	46
Tabela 4 – Teste Mood da mediana: taxa de fiscalização por porte	46
Tabela 5 – Sumário do modelo de regressão: taxa de fiscalização por porte.....	47
Tabela 6 – Sumário do modelo de regressão: IDSS por porte.....	47
Tabela 7 – Sumário do modelo de regressão: IDQS por porte.....	47
Tabela 8 - IDSS por faixa de avaliação	47
Tabela 9 – IDQS por faixa de avaliação.....	48
Tabela 10 –Taxa de Fiscalização por faixa de avaliação.....	48
Tabela 11 – Indicadores econômico-financeiros por ano.....	48
Tabela 12 – Indicadores de rentabilidade por ano: mediana.....	49
Tabela 13 – Indicadores de eficiência operacional por ano: mediana.....	49
Tabela 14 – Indicadores financeiros de liquidez e endividamento por ano: mediana.....	49
Tabela 15 – Indicadores econômico-financeiros por porte.....	50
Tabela 16 - Sinistralidade: diferença de médias.....	50
Tabela 17 – Endividamento: diferença de médias.....	51
Tabela 18 – Análise de regressão linear múltipla.....	51
Tabela 19 - Operadoras com alto desempenho: pequeno porte	53
Tabela 20 – OPS baixo desempenho: grande porte.....	53
Tabela 21 - OPS de grande porte: Direção Fiscal ANS.....	53
Tabela 22 – OPS de alto desempenho: aspectos administrativos	56

**Visão baseada em recursos (RBV) nas operadoras de saúde de autogestão:
necessidade para sustentabilidade**

Tabela 23 - OPS de alto desempenho: aspectos técnicos.....	56
Tabela 24 - OPS de baixo desempenho: aspectos administrativos	56
Tabela 25 - OPS de baixo desempenho: aspectos técnicos.....	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Geração de valor.....	14
Figura 2 - Princípios e valores da governança corporativa.....	17
Figura 3 – Dimensões da governança corporativa.....	18
Figura 4 - <i>Factors influencing organizational performance</i>	20
Figura 5 – Tipos de vantagem competitiva.....	25
Figura 6 – Vantagem competitiva e desempenho da empresa.....	25
Figura 7 - Ciclo de dados/valor.....	26
Figura 8 – Capital intelectual.....	26
Figura 9 - Modelo analítico adaptado pela autora do trabalho.....	28
Figura 10 – Níveis de liderança e responsabilidade.....	31
Figura 11 – As quatro fontes de evidências.....	34
Figura 12 - Estratégias, ações e resultados.....	40
Figura 13 - Mapa estratégico.....	40
Figura 14 – Princípio de causa e efeito.....	41

**Visão baseada em recursos (RBV) nas operadoras de saúde de autogestão:
necessidade para sustentabilidade**

LISTA DE QUADROS

Quadro

Quadro 1. O modelo VRIO.....	27
Quadro 2. A relação entre o modelo VRIO e as forças e as fraquezas organizacionais.....	27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estratificação das autogestões.....	45
Gráfico 2 – Correlação entre IDSS e IDSQ.....	46
Gráfico 3 – Correlação entre DSS e Taxa de Fiscalização.....	46
Gráfico 4 - Correlação entre EBITDA e LC.....	52
Gráfico 5 – Correlação entre sinistralidade e ROA.....	52
Gráfico 6 – Correlação endividamento e LC.....	52
Gráfico 7 – Correlação entre ROA e endividamento.....	52
Gráfico 8 – Correlação entre endividamento e EBITDA.....	52
Gráfico 9 - Correlação entre EBITDA e sinistralidade	52
Gráfico 10 - <i>Outlier</i> – ROA negativo.....	54
Gráfico 11 - <i>Outlier</i> – ROE negativo.....	54
Gráfico 12 - <i>Outlier</i> – Sinistralidade alta.....	54
Gráfico 13 - <i>Outlier</i> – EBITDA elevada.....	54
Gráfico 14 - <i>Outlier</i> – LC alta	55
Gráfico 15 - <i>Outlier</i> – Endividamento alto.....	55
Gráfico 16 – Comparativo por porte (IDSS, IDQS, Tx. Fiscalização)	58

**Visão baseada em recursos (RBV) nas operadoras de saúde de autogestão:
necessidade para sustentabilidade**

Gráfico 17 – IDSS – percentual OPS: faixa pontuação/porte.	59
Gráfico 18 – IDQS - percentual OPS: faixa pontuação/porte.....	59
Gráfico 19 – Taxa de Fiscalização – percentual OPS: faixa pontuação/porte	60
Gráfico 20 – Comparativo IDSS e IDQS (autogestões)	60
Gráfico 21 – IDSS: autogestões e OPS todas modalidades.....	61
Gráfico 22 – IDQS: autogestões e OPS todas modalidades.....	62
Gráfico 23 – Indicadores econômico-financeiros/ano	62
Gráfico 24 – IDSQ – heterogeneidade.....	63
Gráfico 25 - IDSS – heterogeneidade.....	64
Gráfico 26 – Taxa de Fiscalização heterogeneidade.....	64
Gráfico 27 – Rentabilidade – heterogeneidade.....	65
Gráfico 28 – Eficiência operacional – heterogeneidade	65
Gráfico 29 - Endividamento e LC - heterogeneidade.....	66
Gráfico 30 – IDSS – OPS em Direção Fiscal.....	67
Gráfico 31 – IDQS – OPS em Direção Fiscal	67
Gráfico 32 – Taxa de Fiscalização – OPS em Direção Fiscal.....	68
Gráfico 33 – Rentabilidade – OPS em Direção Fiscal.....	68
Gráfico 34 – Indicador operacional – OPS em Direção Fiscal.....	69
Gráfico 35 – Endividamento e LC – OPS em Direção Fiscal.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS

RBV - Visão Baseada em Recursos

**Visão baseada em recursos (RBV) nas operadoras de saúde de autogestão:
necessidade para sustentabilidade**

ANS - Agência Nacional de Saúde

IDSS - Índice de Desempenho em Saúde Suplementar

IDSQS Indicador da Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde

IDSM - Indicador da Dimensão da Sustentabilidade de Mercado

GC - Governança Corporativa

RH – Recurso Humanos

SUS - Sistema Único de Saúde

PQSS - Programa de Qualificação da Saúde Suplementar

IDGA - Índice de Garantia de Acesso

IDGR - Índice de Gestão de Processos e Regulação

DRE - Demonstrações de Resultados de Exercício

DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operações de Planos de Assistência à Saúde

ROE - *Return On Equity* Retorno sobre o Patrimônio Líquido

ROI - *Return On investment* Retorno sobre o Investimento;

ML - Margem Líquida

EBITDA - *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*

ERR - Evolução Real da Receita

ROA - *Return On Assets*

EBIT - *Earnings Before Interest and Taxes*

LPA – Lucro por ação

P/L - Índice de preço lucro

EVA - Valor Econômico Agregado

**Visão baseada em recursos (RBV) nas operadoras de saúde de autogestão:
necessidade para sustentabilidade**

ROCE- *Return on Capital Employed*

RN - Resolução Normativa

DIOPE - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras

CNPJ - Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica

CEO- *Chief Executive Officer*,

VRIO - valor, raridade, imitabilidade e organização

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

LC - Liquidez corrente

OPS – Operadoras de Saúde

Visão baseada em recursos (RBV) nas operadoras de saúde de autogestão: necessidade para sustentabilidade

SUMÁRIO EXECUTIVO

O serviço em saúde é complexo, podendo ser prestado diretamente ao paciente ou indiretamente, quando por meio de produtos ou serviços como, por exemplo, no caso das operadoras de planos de saúde (Saúde Suplementar), que encontraram ambiente favorável ao seu crescimento, devido ao financiamento deficitário do setor público de saúde, que ocasionou queda na qualidade dos serviços oferecidos, e inclusive, com incentivo governamental ao seu crescimento na década de 70.

O setor suplementar brasileiro é composto por financiadoras denominadas “Operadoras de Planos de Saúde” (OPS), entendidas como as empresas que oferecem aos beneficiários os planos de assistência à saúde, e representadas pelas seguintes modalidades: cooperativa médica; autogestão; medicina de grupo; filantropia e seguradora (Junior & Koyama, 2007:905).

Nas autogestões, empresas de direito privado, sem fins lucrativos e com administração direta pelos associados verificou-se contexto cercado pela falta de conhecimento específico dos gestores (indicados e/ou eleitos); pelos recursos limitados e necessidades ilimitadas e pela falta de comprometimento dos prestadores de serviço. Assim, nesse contexto, aplicar os fundamentos da teoria da visão baseada em recursos (RBV) é uma necessidade, visando o desempenho das operadoras (sustentabilidade), de acordo com os objetivos estabelecidos nos Estatutos Sociais, ou seja, assistência à saúde com foco nas necessidades dos associados e resultado econômico-financeiro.

A pesquisa teve como base os indicadores econômico-financeiros (ROA, ROE, Sinistralidade, EBITDA, Liquidez Corrente e Endividamento), publicados no site da Agência Nacional de Saúde (ANS), através dos Anuários (2013/2017); e os índices de qualidade, ou seja, Índice de Desempenho em Saúde Suplementar (IDSS), de Qualidade na Assistência à Saúde (IDQS) e Taxa de Fiscalização, indicador componente do Índice de Desempenho em Sustentabilidade no Mercado (IDSM), extraídos do Relatório de Qualificação das OPS 2017 (ano base 2016), publicado pela ANS, objetivando identificar a heterogeneidade entre as autogestões pela aplicação da teoria da RBV nos recursos internos intangíveis, e se houve diferença significativa por portes (pequeno, médio e grande), uma vez que a variável tamanho da empresa está relacionada com maior capacidade para sustentar uma vantagem competitiva em razão de economia de escala.

Visão baseada em recursos (RBV) nas operadoras de saúde de autogestão: necessidade para sustentabilidade

O estudo é atual e relevante, pois poucos trabalhos foram encontrados sobre o tema, além da insustentabilidade apresentada por algumas autogestões no Brasil, e inclusive a Caixa da Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil S.A – CASSI, primeira operadora do Brasil, tornou-se um exemplo marcante de insustentabilidade, por ser de grande porte, e estar em Direção Fiscal implantada pela ANS, em razão de irregularidades econômico-financeiras (ativo menor que passivo). As autogestões possuem administração direta por empregados e ex-empregados (aposentados) das patrocinadoras e, em regra, sem gestão profissionalizada, sendo essa uma das possíveis causas para o baixo desempenho apresentado por essa modalidade de OPS.

Dessa forma, o objetivo geral foi responder se foram os recursos internos das organizações, (Gestão Profissionalizada e Capacitada) fator crítico de sucesso para a sustentabilidade das operadoras de saúde de autogestão, no sentido de sustentabilidade dos associados (suprimento de suas necessidades), e da empresa (sustentabilidade econômico-financeira), dentro da teoria da Visão Baseada em Recursos (RBV) no período de 2013/2017.

O tratamento estatístico dos dados das 99 (noventa e nove) operadoras de autogestão ocorreu por meio de estatística descritiva, considerando as operadoras em conjunto, e separadas por portes, assim como a verificação da existência de diferença das médias das variáveis, em razão dos diferentes portes, pelo Teste t *Student* para os indicadores econômico-financeiros, e Teste *Mood* das Medianas, não-paramétrico para os índices de qualidade. Análise pela correlação de *Pearson* e pela regressão linear múltipla para verificação de correlação e associação entre as variáveis foram realizadas, respectivamente.

Estudo comparativo entre as operadoras com de alto desempenho (5) e todas as autogestões (n= 99) e todas as modalidades das operadoras de saúde, isto é, autogestões, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras (n = 768) foi realizado. Assim como foram pesquisados indicadores de uma operadora em Direção Fiscal pela ANS por baixo desempenho.

Utilizado *Software* MINITAB versão 19.0, e ferramentas estatísticas do Excel, na análise dos dados, considerando IC de 95% e nível de significância menor ou igual a 0,05.

Em síntese, as operadoras com heterogeneidade nos resultados (alto desempenho) apresentaram excelência na gestão do cuidado (assistência) e na gestão dos recursos internos,

Visão baseada em recursos (RBV) nas operadoras de saúde de autogestão: necessidade para sustentabilidade

uma vez que todas focaram na capacitação e qualificação (especialização) dos seus colaboradores, por entenderem ser essa atuação o diferencial na direção do desempenho sustentável (competitividade). Assim, gestão profissionalizada (capacitada) proporcionou o alcance dos objetivos voltados aos resultados econômico-financeiros (sustentabilidade organizacional).

A pesquisa mostrou que é possível que os indicadores de qualidade tenham sofrido algum viés na metodologia de cálculo e definição de pesos, pois resultados verificados no IDSS, embora tenham apresentado correlação positiva com IDQS e Taxa de Fiscalização, apresentaram uma certa incoerência percentual quantitativa com resultados verificados no IDQS e na Taxa de Fiscalização, sendo importante a continuidade das pesquisas para melhor o entendimento.

Quanto aos indicadores econômico-financeiros, esses apontaram para problemas na gestão, uma vez que o desempenho das OPS não foi bom no período avaliado, principalmente a sinistralidade, indicador de eficiência operacional, e o endividamento, indicador financeiro. Estudo das diferenças de médias desses indicadores, pelo Teste *t Student*, considerando as operadoras de médio e pequeno porte, rejeitou a hipótese nula. Correlação positiva foi encontrada entre IDSS e IDQS e Taxa de Fiscalização, e entre LC e EBITDA e EBITDA e sinistralidade; negativa entre sinistralidade e ROA, LC e endividamento, ROA e endividamento e endividamento e EBITDA. Análise de regressão linear múltipla mostrou que o endividamento (variável dependente) foi explicado em 43,75% pelas variáveis independentes, ROA, EBITDA, LC, e porte da operadora. O resultado da pesquisa demonstrou necessidade de alteração na estrutura da governança corporativa das autogestões.

Dessa forma, a pesquisa demonstrou que recursos internos raros, inimitáveis, insubstituíveis, e explorados pela organização, embasaram a gestão profissionalizada (capacitada), consistiram no fator crítico de sucesso para desempenho sustentado das autogestões, que se destacaram pela heterogeneidade, em razão da teoria da visão baseada em recursos (RBV), período de 2013/2017, apontando a referida teoria (RBV) como recomendação a ser adotada pelas autogestões e demais modalidades de operadoras de saúde.

1. INTRODUÇÃO

O serviço em saúde é complexo, podendo ser prestado diretamente ao paciente ou indiretamente quando por meio de produtos ou serviços (Thompson *et al.*,2007) como por exemplo no caso de as operadoras de planos de saúde. É um serviço que apresenta peculiaridades e desafios dentro da visão focada no suprimento das necessidades dos beneficiários diretos (associados) e, também, no atendimento às expectativas dos clientes dentro da percepção da qualidade, e sustentabilidade das organizações (Crema & Verbano, 2013: 416).

A saúde suplementar (operadoras de planos de saúde (OPS)) surgiu e encontrou ambiente favorável ao seu crescimento, tendo em vista financiamento deficitário ao setor público de saúde. Na década de 70, houve incentivo do governo ao crescimento dos prestadores privados de assistência médica por meio de financiamento e garantia de demanda, sendo o Estado um comprador de serviços, e com isso não foram priorizadas nas empresas do setor suplementar medidas para melhorar os processos e o atendimento e nem dada ênfase na qualidade, eficácia, efetividade e eficiência (Junior & Koyama, 2007:905).

Em relação à peculiaridade das empresas de serviço em saúde, Crema e Verbano (2013: 416), citaram Shortell and Kaluzny, que individualizaram os desafios em razão de: 1) alta variabilidade e complexidade do trabalho, uma vez que envolve alto grau de especialidade e tolerância limitada de erro; 2) atividades do trabalho, altamente interdependentes, requerendo alto nível de coordenação entre diferentes grupos de profissionais; 3) pessoas, que desempenham um papel relevante na organização, altamente profissionais e leais para suas categorias profissionais e não à organização para a qual trabalham; 4) pouco controle organizacional ou gerencial sobre o staff médico, que influencia fortemente a efetividade e eficiência do serviço de saúde.

Junior e Koyama (2007: 904) referiram que a prática médica moderna integra complexa cadeia, na qual estão inseridos técnicos e instituições, mobilizando recursos financeiros, tendo ao centro o hospital, e ao redor a articulação de interesses de fornecedores de medicamentos e outros insumos; a formação de recursos humanos e centros de pesquisas científicas e tecnológicas. Os autores acrescentaram que “O setor suplementar brasileiro é composto por financiadoras denominadas “Operadoras de Planos de Assistência à Saúde”, entendidas como as empresas que oferecem aos beneficiários os planos de assistência à saúde, e representadas pelas seguintes modalidades: cooperativa médica; autogestão; medicina de grupo; filantropia e seguradora.

Nesse contexto, na relação entre operadora de saúde e paciente (beneficiário) estão também os profissionais de saúde (técnicos) e, por vezes, há conflitos de interesses, uma vez que os pacientes possuem necessidades em saúde a serem atendidas; os profissionais possuem uma relação de confiança com o paciente e, aqueles, nem sempre observam as melhores práticas (evidências científicas) no tratamento proposto, porém são as operadoras de planos de saúde (financiadoras) que arcam com as despesas geradas no tratamento proposto ao paciente. Sendo certo que, as operadoras de saúde, ao administrarem recursos de interesse coletivo, precisam estar atentas ao desperdício dos recursos, que são limitados, visando não só a perpetuidade da empresa, como também a qualidade do serviço prestado, que deverá suprir as necessidades específicas do paciente, e ao mesmo tempo gerenciar e preservar o patrimônio de todos.

Quanto às autogestões, modalidade de OPS, empresas de direito privado, sem fins lucrativos e com administração direta pelos associados (empregados ativos e/ou aposentados da empresa patrocinadora), verifica-se um contexto cercado pela falta de conhecimento específico dos gestores (indicados e/ou eleitos); pelos recursos limitados; pelas necessidades ilimitadas e, muitas vezes, pela falta de comprometimento dos prestadores de serviço. Assim, a aplicação da teoria da Visão Baseada em Recursos (RBV), considerando as capacidades organizacionais como a forma única de como a organização combina e explora seus recursos, se faz necessária, para que o desempenho das operadoras (em qualidade do serviço prestado e em resultado financeiro) siga na direção dos objetivos previamente estabelecidos nos estatutos sociais (Barney, 1991).

Nesse sentido, Pedrosa (2010: 68), citando Hoskisson *et al.* (2008), referiu que a abordagem estratégica baseada nos recursos e capacidades pode ser realizado em seis etapas: 1) identificação dos recursos da empresa com análise dos pontos fortes e fracos; 2) identificação da capacidade da empresa que permite que destaque em relação aos concorrentes; 3) identificação da vantagem competitiva potencial a ser explorada pelos recursos e capacidades disponíveis; 4) identificação do setor atrativo, com potencial de retorno acima da média; 5) identificação da estratégia que permita a empresa explorar seus recursos e capacidades no setor escolhido; 6) utilização dos pontos fortes da empresa (recursos e capacidades desenvolvidos ou adquiridos) para implantar a estratégia.

Em essência, competência é uma empregabilidade para desempenhar as habilidades requeridas para um trabalho específico (Levenson *et al.*, 2006: 361), motivo pelo qual líderes

executivos tem um substancial impacto no desempenho organizacional (Day & Lord, 1998: 463).

Assim, apesar de todo o arsenal normativo (leis e resoluções), visando a sustentabilidade do setor privado de saúde, a responsabilidade e o conhecimento específico do gestor para o cargo que ocupa são fundamentais para que, com a experiência e resultados comprovados, possa traçar a estratégia assistencial adequada e o controle econômico-financeiro eficiente, no sentido de melhor aproveitamento de seus recursos internos, visando vencer desafios significativos, tais como barreiras externas correspondentes à utilização acrítica da inovação tecnológica e ao envelhecimento demográfico, (Contandriopoulos *et al.*, 2016: 1), fatores, esses, que elevam os custos da assistência médica, principalmente nas autogestões cujos idosos correspondem a 25% da carteira de beneficiários, e ainda assegurar o comprometimento da equipe interna e dos prestadores externos no atendimento em saúde aos associados (beneficiários) na direção do alto desempenho econômico-financeiro.

Dessa forma, a avaliação do desempenho organizacional, embasada nos pilares defendidos pela teoria da Visão Baseada em Valores (RBV), é um instrumento que permite fortalecer os recursos internos, incluindo habilidades de gestão, processos, rotinas, informações e conhecimentos, uma vez que tendo a empresa valor, pela raridade, dificuldade na imitação e substituição, a consequência é a heterogeneidade da organização, garantia do alto desempenho quando comparada com as demais empresas do mesmo setor (Barney, 1991).

A atenção dada aos princípios da Governança Corporativa tem por finalidade alcançar os objetivos pré-determinados por cada organização na direção da satisfação de todos os *stakeholders*.

O presente estudo tem por objetivo verificar se os recursos internos, considerando os fundamentos da teoria da RBV, foram os fatores críticos de sucesso para a sustentabilidade das autogestões.

Para a realização da pesquisa, base de dados publicada no site da Agência Nacional de Saúde (ANS) foi utilizada, ou seja, analisados os dados dos Anuários, com seleção dos indicadores econômico-financeiros (eficiência), assim como os dos relatórios de qualidade (efetividade e eficácia da gestão), através da avaliação dos Índices de Desempenho em Saúde Suplementar (IDSS), de Qualidade em Saúde (IDSQS) e Taxa de Fiscalização, indicador componente da Sustentabilidade no Mercado (IDSM), objetivando verificar a existência de

variação significativa entre os diferentes indicadores e portes das autogestões. A análise da arquitetura estrutural da governança corporativa (GC) foi realizada pela verificação dos estatutos sociais, publicados nos sites das operadoras de autogestão, tendo em vista que a heterogeneidade entre as operadoras é explicada pela organização administrativa e técnica.

Poucos trabalhos foram encontrados sobre o tema, que é relevante e atual, tendo em vista a insustentabilidade de parte das operadoras de autogestão do Brasil, sendo a Caixa da Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil S.A – CASSI, a primeira operadora do Brasil, um exemplo marcante, por ser de grande porte e com decisão da ANS quanto à implantação de Direção Fiscal datada de abril de 2019, em razão de irregularidades econômico-financeiras. E por isso, pretende-se, com o estudo, contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços em saúde prestados e da sustentabilidade econômico-financeira das autogestões, tendo em vista a importância dessa modalidade de operadora que congrega, aproximadamente, 10% dos beneficiários da saúde suplementar (4.841.138 milhões de beneficiários, no total). O presente estudo pesquisou às autogestões não ligadas ao RH (Recursos Humanos) das empresas patrocinadoras, classificadas pela ANS como sem mantenedor e totalizando 3.048.989 beneficiários, conforme Nota Técnica Nº 2/2019, e pretende-se que o estudo seja referência para reflexão dos atores envolvidos na saúde suplementar, visando a melhoria da governança corporativa dessa modalidade de operadoras de planos de saúde e, conseqüentemente, da qualidade dos serviços prestados e do desempenho econômico-financeiro das organizações.

1.1 Problemática e questão de investigação

O tema em estudo é atual e relevante, ou seja, de interesse geral, uma vez que as operadoras de planos de saúde de autogestão possuem administração direta, em regra, por empregados e ex-empregados (aposentados), e muitas encontram-se em situação de insustentabilidade. Além disso, a autora do trabalho é gestora de uma autogestão de pequeno porte que se destacou na Saúde Suplementar, tornando-se de baixo risco, e associada a outra operadora de autogestão de grande porte, que se encontra na insustentabilidade e em vias de Direção Fiscal pela ANS, quando a literatura específica afirma que as operadoras de grande porte apresentam resultado em rentabilidade semelhante às grandes empresas de outros setores (Baldassare, 2014), e que a variável tamanho da empresa está relacionada a maior capacidade para sustentar uma vantagem competitiva, em razão da presença do benefício de economia de escala e de escopo (Roberts & Dowling, 2002: 1081). Logo, a investigação do estudo segue na

linha da descoberta do (s) fator (es) que originou (originaram) a heterogeneidade entre as operadoras de planos de saúde da modalidade de autogestão.

Diante do contexto explicitado, o estudo pretende responder ao seguinte tema de investigação: A heterogeneidade verificada no desempenho das operadoras de autogestão, é justificada, ao longo do tempo, pela aplicação dos fundamentos defendidos pela teoria da Visão Baseada em Recursos (RBV)?

Assim, a problemática da investigação girou em torno da identificação e análise de três fatores principais e interligados, que podem impactar na sustentabilidade e influenciar na heterogeneidade entre as OPS de autogestão, ou seja, a qualidade da operadora no sentido do foco na pessoa, isto é, o cuidado em saúde e satisfação dos associados com os serviços prestados quanto ao suprimento das necessidades em saúde/doença com agilidade e resolutividade, medido pelo IDSS; a visão baseada em recursos, para que haja o melhor desempenho possível, observada pela existência ou não da gestão profissionalizada (capacitação do capital humano), e finalmente a sustentabilidade econômico-financeira, demonstrada pelos indicadores de rentabilidade e operacionais, uma vez que, embora as OPS de autogestão não tenham fins lucrativos, precisam do gerenciamento eficiente dos recursos, que sempre são escassos diante da imprevisibilidade das questões que envolvem diagnósticos e tratamentos médicos, para honrar os compromissos assumidos perante aos associados, verdadeiros donos das autogestões, e aos prestadores de serviços em saúde.

Em síntese, a hipótese de investigação envolveu a análise da arquitetura estrutural da GC das autogestões, e dos desempenhos em qualidade e econômico-financeiros, visando demonstrar que a heterogeneidade entre as operadoras foi justificada pelos seus recursos internos raros, inimitáveis e insubstituíveis, e explorados pela organização, considerando a aplicação da teoria da Visão Baseada em Recursos (RBV).

1.2 Objetivo geral

Foram os recursos internos das organizações, (gestão profissionalizada e capacitada) fator crítico de sucesso para a desempenho sustentável das operadoras de planos de saúde, modalidade autogestão, quanto à sustentabilidade dos associados (suprimento de suas necessidades), e da empresa (sustentabilidade econômico-financeira), considerando os fundamentos da teoria da Visão Baseada em Recursos (RBV) no período de 2013/2017?

1.2.1 Objetivos específicos

Para que se possa responder à questão principal, outras questões precisaram ser levantadas, visando auxiliar o estudo na direção do objetivo geral, conforme abaixo:

1.2.1.1 O suprimento das necessidades em saúde e de satisfação dos beneficiários, por meio da análise do Índice de Desempenho em Saúde Suplementar (IDSS) e dos Índices das dimensões de Qualidade em Saúde (IDQS) e Sustentabilidade no Mercado (IDSM), passando pela satisfação do beneficiário publicados pela ANS, demonstraram que os objetivos de qualidade das autogestões foram alcançados?

1.2.1.2 Indicadores econômico-financeiros das autogestões, pela análise dos anuários publicados pela ANS, apontaram para a sustentabilidade ou insustentabilidade das operadoras de saúde de autogestão?

1.2.1.3 A variável independente, isto é, operadora por porte, influenciou as variáveis dependentes, ou seja, os indicadores de qualidade e econômico-financeiros, no sentido da existência de no mínimo uma média ser diferente das demais?

1.2.1.4 Heterogeneidade de desempenho organizacional entre as operadoras foi detectada na direção de excelência pela presença de pontuação máxima no Índice de Desempenho de Qualidade na Atenção à Saúde (IDQS), e de alto desempenho verificado pelos indicadores econômico-financeiros, ou *outliers* positivos?

1.2.1.5 Estatutos das operadoras de autogestão estabeleceram critérios de capacitação (competência) relacionados à indicação e seleção de Dirigentes e Conselheiros (arquitetura estrutural da Governança Corporativa), quanto a conhecimentos, experiências e resultados anteriores comprovados e específicos na área de saúde, atributos necessários, em razão da complexidade que envolve a gestão da assistência à saúde e seus custos?

1.2.1.6 A relação entre competência gerencial e desempenho organizacional restou evidenciada pela aplicação dos fundamentos da teoria da Visão Baseada em Recursos (RBV) nas operadoras com alto desempenho?

1.3 Estrutura da dissertação

A presente dissertação está organizada em nove capítulos: introdução; revisão literária; modelo de análise e hipótese de investigação; contextualização; metodologia; resultados e discussão; conclusões e referências bibliográficas.

O primeiro capítulo traz a introdução, onde de forma resumida é traçado o contexto em que se encontra o estudo e a pergunta de pesquisa, juntamente com a problemática, os objetivos (geral e específicos) e a estrutura da dissertação.

O segundo capítulo trata do referencial teórico, que está dividido em quatro partes: a primeira parte apresenta uma revisão sobre: a saúde suplementar brasileira: conceito, índices de desempenho em saúde suplementar criados pela ANS, e indicadores econômico-financeiros; a segunda, conceito e características das autogestões; a terceira, conceito, boas práticas em Governança Corporativa e Órgãos de Administração, Fiscalização e Diretoria Executiva. A quarta parte traz revisão sobre desempenho organizacional, conceito e importância da visão baseada em recursos (RBV).

O terceiro capítulo versa sobre modelo de análise e hipóteses de investigação no sentido da importância e necessidade da gestão profissionalizada e da prática de gestão baseada em evidências.

O quarto capítulo trata da contextualização, considerando o crescimento dos custos dos serviços de saúde e a decisão estratégica necessária para sustentabilidade das organizações (gestão baseada em evidências).

O quinto capítulo versa sobre a metodologia, enumerando os procedimentos, tais como levantamento bibliográfico, coleta de dados quantitativos (seleção dos indicadores), avaliação e tratamento estatístico dos dados amostrais, coleta de dados qualitativos (análise dos estatutos das operadoras de autogestão e das respostas das entrevistas realizada com gestores das operadoras identificadas como de alto desempenho).

O sexto capítulo traz os resultados da pesquisa, o sétimo, a discussão, o oitavo capítulo traça as conclusões e considerações finais, e o nono capítulo, as referências bibliográficas.

2. REVISÃO LITERÁRIA

A revisão literária aborda conceitos a respeito da saúde suplementar (privada) no Brasil, e da modalidade de operadoras de planos de saúde de autogestão, objeto da pesquisa em relação ao desempenho na qualidade da prestação do serviço e, em consequência, na sustentabilidade econômico-financeira, tendo em vista a visão baseada em recursos no que se refere ao capital humano (recursos internos).

O sistema de saúde suplementar é regulado por leis e resoluções normativas, a partir de 1998, e estas são apresentadas no decorrer da pesquisa. A transparência entre os diferentes atores envolvidos na saúde suplementar, a fiscalização e a estimulação para a melhoria da qualidade são os objetivos principais das normas e dos acompanhamentos realizados pela ANS, criada em 2000, porém verificou-se que nem sempre os objetivos foram de fato alcançados em razão de mudança constante da metodologia do cálculo dos indicadores de qualidade. A melhoria deve ser contínua, e para isso há necessidade de comparação entre os anos.

Em relação a abordagem das boas práticas em governança corporativa, terceiro tema da revisão literária, é fundamental a observação de seus princípios, em razão do objetivo de, com responsabilidade social, se alcançar o melhor desempenho empresarial possível, assim como é fundamental a reflexão sobre aplicação dos fundamentos da teoria da Visão Baseada em Recursos (RBV) relacionada à gestão profissionalizada (capacidade de gerenciamento e dos colaboradores), uma vez que os custos dos serviços de saúde são crescentes e a diferenciação no desempenho organizacional (heterogeneidade) está diretamente vinculada ao capital humano, no sentido de conhecimento adequado e experiência na área de gestão em saúde.

Essas são as questões abordadas pela revisão literária.

2.1 Saúde suplementar

O sistema de saúde do Brasil é público e privado, sendo o público garantido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (art.196), como direito universal, gratuito e com equidade no acesso por meio do Sistema Único de Saúde – SUS (Paulo, 2016: 986). Ocorre que há déficit no financiamento do SUS desde a sua instituição por problemas políticos, e a Saúde Suplementar (privada) vem crescendo a cada ano, alcançando 47,3 milhões de beneficiários (ANS (anstabnet), online, 22/11/2018), em torno de 25% da população brasileira, porém, a organização do setor suplementar historicamente não mostrou exigência de

uma estrutura de mecanismos que assegurassem a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários (Junior & Koyama, 2007:904).

Em 1998, foi editada a Lei 9656, objetivando regular o sistema privado de saúde e, dois anos após, a Agência Nacional de Saúde (ANS) foi criada pela Lei 9.961/2000, vinculada ao Ministério da Saúde, visando regular e fiscalizar as operadoras de saúde (sistema privado de saúde), inclusive quanto às relações com prestadores e consumidores, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país, uma vez que monitora a qualidade da assistência em saúde, a satisfação dos beneficiários, e o desempenho econômico-financeiro das operadoras.

Ao longo dos anos, a ANS vem ajustando suas ações na direção de seus objetivos, e em 2004, foi lançado o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS), com publicação anual e com o entendimento de que a saúde suplementar deve ser avaliada como local de produção de saúde, transformando operadoras de planos de saúde em gestores de saúde e prestadores de serviços em produtores do cuidado aos beneficiários (Junior & Koyama, 2007:904). Assim, surgiu o IDSS (Índice de desempenho em saúde suplementar), criado para avaliação de desempenho das operadoras, e calculado a partir de indicadores pré-determinados, e retroativos, referentes ao ano anterior ao da divulgação.

O IDSS, inicialmente, foi composto por quatro dimensões, com indicadores ponderados proporcionalmente por pesos da seguinte forma: Atenção à saúde em 50%; Estrutura e operação em 10%; Econômico-financeiro em 30% e Satisfação do beneficiário em 10% (Junior e Koyama, 2007:908). Posteriormente, o peso da Atenção à saúde foi alterado para 40%, e as demais dimensões (Tecnologia e Operação; Satisfação e Econômico-financeiro) para 20%. Até 2015, os indicadores e respectivos pesos se mantiveram constantes, porém, a partir dessa data, o PQSS sofreu reestruturação pela Resolução Normativa N° 386 e pela Instrução Normativa N° 60, objetivando promover a melhoria contínua do programa, e os pesos foram uniformizados em 25% para cada dimensão, causando importantes distorções no IDSS quando comparado com o IDQS (Índice de Qualidade em Atenção à Saúde).

Assim, o IDSS 2017 (ano base 2016) é composto por 28 indicadores, distribuídos em quatro dimensões, ou seja, 1) Indicadores da Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde, medido pelo índice IDQS; 2) Indicadores da Dimensão Garantia de Acesso, medido pelo IDGA (Índice de Garantia de Acesso); 3) Indicadores da Dimensão Sustentabilidade no Mercado, medido pelo IDSM (Índice de Sustentabilidade no Mercado), e 4) Indicadores da Dimensão de Gestão de Processo e Regulação, medido pelo IDGR (Índice de Gestão de Processos e Regulação).

A partir de 2017, nova revisão alterou os indicadores para o ano 2018 (ano base 2017), de acordo com a Resolução Normativa (RN) N° 423, de 12 de maio de 2017, e Instrução Normativa (IN) n° 68, de 15 de maio de 2017). Foram mantidos 28 indicadores, distribuídos nas quatro dimensões, porém com IDSQ, IDGA e IDSM com peso igual a 30% e IDGR igual a 10%.

A ANS vem reconhecendo, em suas fichas técnicas, que as alterações na metodologia do IDSS impossibilitam a comparação dos resultados da avaliação com anos anteriores.

Quanto à análise do desempenho econômico-financeiro, essa é utilizada para comparar o desempenho das empresas ao longo de um período (análise temporal), ou o desempenho da empresa com outras do mesmo setor (análise *cross-section*), objetivando estimar as forças e fraquezas financeiras com base nos dados das suas demonstrações contábeis, e a tomada de decisões (Neto & Martins, 2011:109), em razão de o desempenho organizacional possuir relação direta com a vantagem competitiva.

São utilizadas para avaliação as Demonstrações de Resultados de Exercício (DRE), que mostram os objetivos por meio das regras de contabilidade, permitindo comparar o desempenho ao indicar os lucros e as perdas que uma empresa gerou em um período, ou seja, se tem rendimentos líquidos positivos ou não; o Balanço, que mostra a solvência de uma empresa pela demonstração de uma fotografia instantânea dos bens da empresa, do passivo e dos capitais próprios em determinado dia, em regra último dia do ano ou do trimestre, mostrando o equilíbrio, entre o que a empresa possui (ativos) e o que deve (passivo) e a diferença entre eles, chamada de patrimônio; e a Demonstração do Fluxo de Caixa, que mostra o montante de dinheiro que uma empresa está gerando, de onde veio o recurso e como está sendo usado, e se for negativo, podendo indicar que a empresa está em sérias dificuldades (ABC das Finanças, 2017:29; 31; 34).

Os indicadores econômico-financeiros de cada operadora de saúde são extraídos do Documento de Informações Periódicas das Operações de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS, enviados trimestralmente à ANS pelas operadoras de planos de saúde, de acordo com art. 3° da Instrução Normativa N° 10, e divulgados anualmente por meio da publicação do Anuário no site da ANS. O DIOPS/ANS foi instituído pela ANS com a finalidade de coletar informações cadastrais e financeiras para o acompanhamento da saúde econômico-financeira das operadoras e para manutenção dos dados cadastrais.

Em síntese, os índices econômico-financeiros são os principais instrumentos utilizados para análise da sustentabilidade de uma empresa, sendo os tradicionais os de liquidez, que avaliam as condições da empresa em honrar seus compromissos financeiros de curto prazo; os de atividade, que medem a capacidade da empresa em transformar seus ativos circulantes em caixa ou mensura o grau de utilização dos investimentos; os de endividamento, que aferem o montante de recursos de terceiros utilizado pela empresa, e os de lucratividade, que avaliam o retorno obtido em relação a vendas, ativo ou patrimônio líquido. Em conjunto, esses indicadores mostram a estrutura de capital escolhida (composição entre capital próprio e de terceiros), e o desempenho global da empresa (solvência e rentabilidade), de acordo com Neto e Martins (2011: 109; 217). Citando Silva (2006:183), os autores conceituaram a análise econômico-financeira como:

...o exame das informações obtidas por meio das demonstrações contábeis, com intuito de compreender e avaliar aspectos como: 1) capacidade de pagamento da empresa por intermédio da geração de caixa; 2) capacidade de remunerar os investidores gerando lucro em níveis compatíveis com suas expectativas; 3) nível de endividamento, motivo e qualidade do endividamento; 4) políticas operacionais e seus impactos na necessidade de capital de giro da empresa; 5) diversos outros fatores que atendam ao propósito do objetivo da análise.

Baldassare (2014), citando Malik e Veloso (2010), referiu que a análise das 100 maiores operadoras de saúde, comparando-as com as 100 maiores empresas de diversos setores no Brasil, cujo desempenho econômico-financeiro foi medido pelos indicadores: ROE, retorno sobre o Patrimônio Líquido; ROI, retorno sobre o Investimento; Margem Líquida (ML), EBITDA e evolução real da receita (ERR), mostrou não existir diferença de resultado entre as maiores operadoras e empresas em geral quanto à rentabilidade (ROE e ROI mostraram a possibilidade de serem tão rentáveis quanto as empresas em geral em função da receita), acrescentando Correa (2016: 39) que OPS de grande porte apresentam condições mais favoráveis em razão do benefício de escala.

Em outro estudo, Silva e Lobel (2016), além de ROE e ROI, avaliaram a Liquidez Corrente, Endividamento e Sinistralidade, cujo resultado do estudo mostrou que o impacto do fator operadora apresentou maior poder de explicação da variabilidade do desempenho entre as empresas, permitindo inferir que as com desempenho superior nos índices de endividamento e de sinistralidade encontraram explicações significativas nas próprias características internas.

Para Barney e Hesterly (2013: 13) os indicadores econômico-financeiros permitem avaliação do desempenho organizacional, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Indicadores econômico-financeiros

Índice	Cálculo	Interpretação
Índices de lucratividade		
1. Retorno do ativo total (ROA)	$\frac{\text{Lucro líquido após imposto de renda}}{\text{Ativo total}}$	Uma medida de retorno sobre o investimento total em uma empresa. Quanto maior, normalmente melhor.
2. Retorno sobre o patrimônio líquido (ROE)	$\frac{\text{Lucro líquido após imposto de renda}}{\text{Patrimônio líquido}}$	Uma medida de retorno sobre o investimento total do acionista em uma empresa. Quanto maior, normalmente melhor.
3. Margem de lucro bruto	$\frac{(\text{Vendas} - \text{custo dos produtos vendidos})}{\text{Vendas}}$	Uma medida das vendas disponíveis para cobrir despesas operacionais e ainda gerar lucro. Quanto maior, normalmente melhor.
4. Lucro por ação (LPA)	$\frac{\text{Lucro disponível aos acionistas ordinários}}{\text{Número de ações ordinárias}}$	Uma medida do lucro disponível para acionistas ordinários. Quanto maior, normalmente melhor.
5. Índice de preço/lucro (P/L)	$\frac{\text{Preço de mercado da ação ordinária}}{\text{Lucro por ação}}$	Uma medida de previsão de desempenho - um P/L alto tende a indicar que o mercado de ações prevê um forte desempenho futuro. Quanto maior, normalmente melhor.
6. Fluxo de caixa por ação	$\frac{\text{Lucros após imposto de renda} + \text{depreciação}}{\text{Número de ações ordinárias}}$	Uma medida dos recursos disponíveis para custear atividades acima do nível de custos atual. Quanto maior, normalmente melhor.
Índices de liquidez		
1. Índice de liquidez corrente	$\frac{\text{Ativo circulante}}{\text{Passivo}}$	Uma medida da capacidade de uma empresa de saldar suas dívidas de curto prazo com ativos que podem ser convertidos em capital no curto prazo. Recomenda-se um intervalo entre 2 e 3.
2. Índice de liquidez seca	$\frac{(\text{Ativo circulante} - \text{estoques})}{\text{Passivo circulante}}$	Uma medida da capacidade de uma empresa de saldar suas dívidas de curto prazo sem se desfazer de seus estoques atuais. Uma proporção de 1 é considerada aceitável pela maioria dos setores.
Índices de alavancagem		
1. Índice de endividamento total	$\frac{\text{Exigível total}}{\text{Ativo total}}$	Uma medida do quanto das atividades de uma empresa foi financiado com endividamento. Quanto maior, maior o risco de insolvência.
2. Índice de endividamento sobre patrimônio líquido	$\frac{\text{Exigível total}}{\text{Patrimônio líquido}}$	Uma medida do endividamento proporcionalmente ao patrimônio líquido para financiar as atividades de uma empresa. Geralmente, menos que 1.
3. Índice de cobertura de juros	$\frac{\text{Lucro antes dos juros} - \text{imposto de renda}}{\text{Despesa anual em juros}}$	Uma medida do quanto os lucros de uma empresa podem cair e ainda permitir que paguem os juros de suas dívidas. Deve estar acima de 1.
Índices de atividade		
1. Giro de estoque	$\frac{\text{Custo dos produtos vendidos}}{\text{Estoque}}$	Uma medida da velocidade com que o estoque de uma empresa gira.
2. Giro total do contas a receber	$\frac{\text{Vendas anuais}}{\text{Contas a receber}}$	Uma medida do tempo médio que uma empresa leva para realizar seu crédito de vendas.
3. Prazo médio de recebimento	$\frac{\text{Contas a receber}}{\text{Vendas médias diárias}}$	Uma medida do tempo necessário para uma empresa receber seus pagamentos após a realização de uma venda.

Fonte: Barney, J.B. & Hesterly, S.W. 2013. Administração estratégica e vantagem competitiva

A Tabela 1 discriminou os diferentes indicadores de desempenho, relacionados os índices, conforme o objetivo da avaliação, suas fórmulas de cálculo e interpretações.

Concordando com Barney e Hesterly, Silva e Lobel (2016: 4) referiram que ROA, OROA e ROE (índices econômicos); endividamento geral e de curto prazo, e liquidez corrente

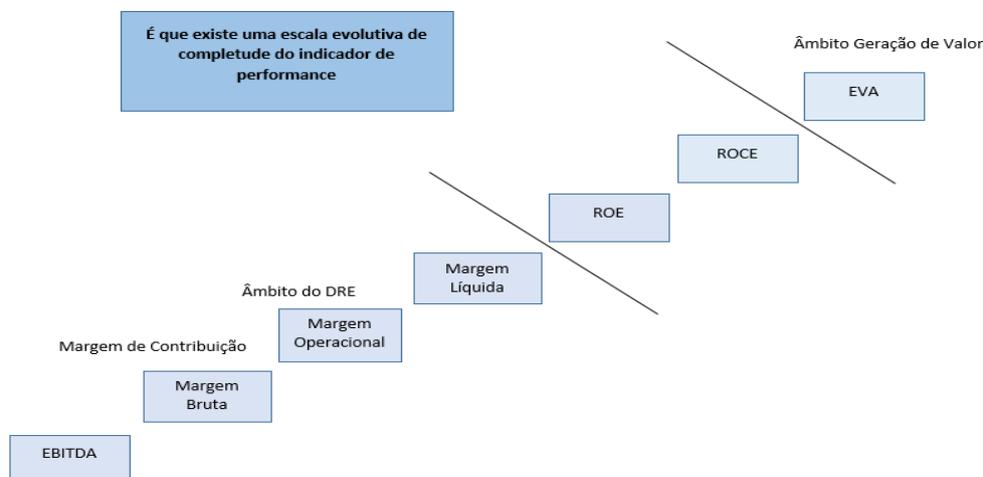
(índices financeiros) e sinistralidade (índice operacional) são os principais índices utilizados nos estudos sobre desempenho econômico-financeiro. Acrescentam, os autores, que as empresas, além de conhecer o seu desempenho organizacional, precisam conhecer o desempenho de outras empresas de seu setor econômico, para comparar a sua posição relativa no mercado, assim como compreender as fontes de variação explicativas das diferenças entre os seus desempenhos. E, segundo Richard *et al.* (2009: 29), ROA, ROE, ROI, Margem de lucro, EBIT e EBITDA são indicadores classificados como medidas de contabilidade.

Em relação ao conceito de rácio, ou seja, relação entre duas grandezas significativas, esta, pode ser expressa em valor absoluto ou em percentagem, o que permite uma indicação rápida sobre um determinado aspecto da gestão financeira das empresas, com as seguintes vantagens: facilidade e rapidez de cálculo; comparabilidade intra e inter empresas; utilização de informação acessível (documentos contabilísticos disponíveis) e possibilidade de conclusões de forma imediata. No entanto, os autores argumentaram que os dados precisam ser consistentes e abranger um mínimo de 3 anos, para que a comparabilidade produza conclusões sustentadas e seguras. Além disso, referiram que “o *benchmarking*, sempre que possível, deve ocorrer em termos de médias setoriais ou de empresas que se considerem comparáveis e de referência, para que haja uma correta identificação da posição relativa da empresa em análise e do modo como esta vem evoluindo ao longo do tempo” (Mota & Custódio, 2012:98; 99).

Nesse mesmo sentido, ABC das Finanças (2014:30) ensinou que “Os rácios financeiros são apenas dois números das demonstrações financeiras expressas na relação entre si”, e que os rácios de rentabilidade tais como: margem de lucro bruta e líquida; rentabilidade dos ativos (ROA) e dos capitais próprios (ROE); ganhos antes de juros e impostos (EBIT); e rácios de eficiência como: rotação de ativos, prazo médio para recebimento e pagamento, são úteis em praticamente todas as indústrias, acrescentando que “se quiser avaliar o desempenho da sua empresa, a comparação mais útil é, por norma, com outras empresas que operam no mesmo setor”, sendo certo que “convém comparar as mudanças nestes coeficientes entre um período e outro, e registrar as suas tendências ao longo de três anos ou mais”.

Assim, na análise financeira das empresas, o método dos rácios serve para analisar: 1) a evolução da estrutura das aplicações e dos recursos; 2) o equilíbrio entre os prazos de liquidez das aplicações e de exigibilidade dos recursos; 3) a gestão operacional; 4) a rentabilidade, e em particular, a utilização do ROA e ROE, principais rácios dessa dimensão (Mota & Custódio, 2012: 99), conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Geração de valor



Fonte: G. Dornas - notas de aula, Neto, J.A.S. & Martins, H.C. 2011. Finanças corporativas na prática: Ferramentas gerenciais

A figura 1 demonstrou a escala evolutiva da criação de valor, passando pela margem de contribuição, indicadores de rentabilidade (ROE e ROCE), até ao alcance da performance com o EVA (Valor Econômico Agregado), tornando visível a importância dos diferentes níveis de indicadores na escala e na direção do EVA, que corresponde a uma medida quantitativa, refletindo o montante de valor criado ou destruído, em um determinado período, pela administração da empresa. Sendo certo que, um dos mais importantes princípios da empresa é a criação de valor para o acionista, refletindo o objetivo estratégico organizacional voltado para a sustentabilidade.

Assim, a Saúde Suplementar, prestada por diferentes modalidades de operadoras de saúde (medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestões e filantropia), e cada uma dessas modalidades com finalidades e características distintas, é regulada, monitorada e fiscalizada pela ANS, objetivando a melhoria contínua dos serviços prestados e a garantia da assistência à saúde aos beneficiários (sustentabilidade).

2.1.2 Operadora de planos de saúde – autogestão

Operadora de saúde de autogestão é um tipo de modalidade de operadora de plano de saúde (saúde suplementar, privada), que presta assistência à saúde aos associados, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, exclusivamente a empregados ativos,

aposentados, pensionistas e ex-empregados de uma ou mais empresas, assim como a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos e entidades de classes profissionais. Não possui fim lucrativo, e por esse motivo os benefícios aos associados são mais amplos, ultrapassando o rol de procedimentos de observância obrigatória estabelecido pela ANS. A aproximação entre os associados e os dirigentes das autogestões é maior do que a existente nas outras modalidades de operadoras.

Podem ser classificadas como: 1) modalidade por RH, quando operam por intermédio do departamento de recursos humanos (Resolução Normativa RN nº 137/2006, alterada pela RN nº 148/2007); 2) com mantenedor, quando possui entidade pública ou privada mantenedora, que garantirá os riscos decorrentes da assistência (Resolução Normativa – RN nº 137/2006, alterada pela RN nº 148/2007 e Instrução Normativa – IN DIOPE nº 10/2007); e 3) sem mantenedor, quando a operadora é quem garante os riscos decorrentes da assistência por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor - Resolução Normativa – RN nº 137/2006, alterada pela RN nº 148/2007 – (ANS, online, 22/1/2018).

A administração da entidade de autogestão é de forma direta, conforme previsto no art. 21, caput, da Resolução Normativa (RN) Nº 137/2006. Malta e Jorge (2008) referiram que o grupo das autogestões é heterogêneo, e que cerca de 50% são administradas por instituições sindicais ou entidades jurídicas paralelas às empresas empregadoras como caixas de assistência e caixas de previdência.

Na modalidade por RH, as patrocinadas sofrem ingerência direta da empresa patrocinadora, uma vez que a gestão da operadora está vinculada ao Departamento de RH da empresa, e conforme art. 8º da RN 137, estão dispensadas do cumprimento das normas contábeis da saúde suplementar e das regras prudenciais da ANS, porque são entidades que atuam em setores econômicos distintos da saúde suplementar, oferecendo assistência à saúde como um benefício a seus empregados. Na modalidade sem mantenedor, a ingerência se dá de forma indireta, pois uma empresa é constituída para prestação da assistência à saúde, com CNPJ próprio, e parte dos dirigentes e dos conselheiros são indicados pela patrocinadora (instituição pública ou privada que participa do custeio do plano) e parte eleitos pelos funcionários ativos e aposentados, devendo observar integralmente as normas prudenciais referentes às garantias dos riscos decorrentes da operação de planos de saúde, conforme inciso I do art.5º da RN 137. Na modalidade com mantenedor, as autogestões possuem termo de garantia firmado com uma

entidade mantenedora que garante os riscos da operação, o que implica em redução das exigências de cumprimento das regras prudenciais, conforme Nota Técnica N° 2/2019/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE. As autogestões correspondem a aproximadamente 10% da totalidade das operadoras, 128 operadoras, sendo 116, com patrocinador (sem mantenedor), segundo informação “Diope responde” (online, 04 de setembro de 2017), e apenas as vinculadas ao RH estão desobrigadas do envio do DIOPS/ANS, sendo, porém, avaliadas quanto à qualidade dos serviços prestados.

Normas a respeito da governança corporativa e arquitetura funcional das empresas; escolha dos dirigentes e conselheiros; direitos, deveres, responsabilidades dos envolvidos (associados, dirigentes e conselheiros), e remuneração ou não dos dirigentes e conselheiros são definidas nos estatutos das operadoras de autogestão, em regra, disponibilizados em seus sites.

A referida pesquisa abrangeu as autogestões patrocinadas, nas quais uma instituição pública ou privada participa total ou parcial do custeio do plano privado de saúde aos beneficiários, conforme art. 12, III, da RN nº 137/2006. Excluídas as de modalidade por RH.

2.2 Governança corporativa

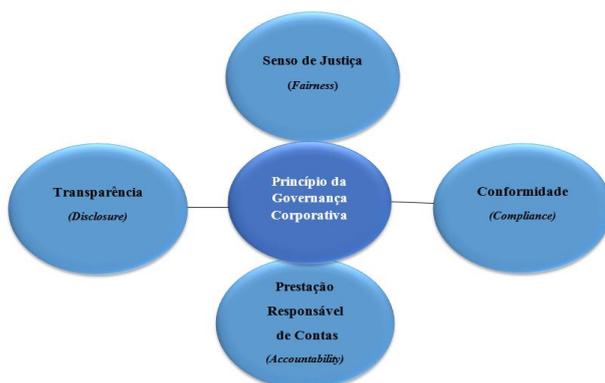
Segundo Instituto Brasileiro de Governança Corporativa - GC - (2004), a governança corporativa é o sistema pelo qual as sociedades são dirigidas e monitoradas, envolvendo os relacionamentos entre acionistas/cotistas, conselho de administração, diretoria, auditoria independente e conselho fiscal, estando ligada aos mecanismos decisórios de uma empresa, com os conselheiros de administração no centro de qualquer discussão (Neto & Martins, 2011: 129; 130). Acrescentaram os autores, que as práticas de governança corporativa têm por finalidade contribuir para a perpetuidade da empresa, além de aumentar seu valor, no entanto apesar do reconhecimento de que empresas com boa governança podem obter melhores desempenhos, enfatizam que isso não está claro, porque uma governança não gera valor isolada, o que só ocorre se ao seu lado houver um negócio de boa qualidade para gerar lucros, e se esse for bem administrado. Álvares *et al.* (2008: 3) relataram que a GC no âmbito da Administração tem tido aplicação mais ampla, sendo o século XIX, o dos empreendedores, o século XX, o da gestão e o século atual, segundo Tricker, promete ser o da governança corporativa.

Do ponto de vista teórico, a necessidade da GC surgiu dos potenciais conflitos de agência, decorrentes de diferentes interesses dos *stakeholders*, cujas fontes principais são: diferentes participantes têm diferentes objetivos e preferências e diferentes grupos de interesses

têm informações imperfeitas uns dos outros sobre suas ações, conhecimentos e preferências. O problema de agência surge quando a gestão de uma empresa privilegia interesses em detrimento dos interesses dos acionistas, sendo os conflitos de agência entendidos como quaisquer relações entre partes que detêm recursos de forma desigual, ocorrendo sempre que uma pessoa ou um grupo age em detrimento dos demais, como por exemplo: busca de benefícios e privilégios, priorização de prestígio e poder pessoal, má conduta gerencial ou priorização de lucros em detrimento da riqueza da empresa (Álvares *et al.*, 2008: 6; 13). Para Williamson (1975), e Campos (2003), citados por Álvares *et al.* (2008: 11), os principais fatores humanos, identificados no modelo financeiro de GC, são a racionalidade limitada, no sentido de que os indivíduos nem sempre dispõem de todas as informações necessárias para desempenhar todas as atividades produtivas, em razão da complexidade das transações, e o oportunismo dos agentes, em razão do egoísmo dos indivíduos, ao tentar maximizar suas utilidades e priorizar o auto interesse, uma vez que, dentro de uma oportunidade, tentarão obter rendimentos extras em seus processos de troca, especialmente porque o comportamento oportunista oferece pouco risco quando grande número de trocas se estabelece.

Segundo Álvares *et al.* (2008: 43), boa governança está calcada em princípios inspiradores, norteadores do funcionamento das empresas, proporcionando maior credibilidade e criação de valor, tais como: transparência (*disclosure*), equidade (*fairness*); prestação de contas (*accountability*) e responsabilidade social (*compliance*), conforme Figura 2.

Figura 2 - Princípios e valores da governança corporativa



Fonte: Miguel Danilo de Carvalho Marques – notas de aula, Neto, J.A.S. & Martins, H.C. 2011. Finanças corporativas na prática: Ferramentas gerenciais.

A Figura 2 mostrou a integração dos princípios da GC, visando as melhoras práticas em observação à ética.

Os autores (Álvares *et al*, 2008: 57) acrescentaram que as cinco dimensões da GC, ou seja, de alinhamento (valores, crenças, missão, visão, código de conduta, gestão, patrimônio); conformidades (jurídicas, trabalhistas, tributárias e previdenciárias, agentes reguladores); sustentabilidade (responsabilidades com os sócios e com os *stakeholders*; estrutura (conselhos de administração, conselho fiscal, direção executiva); e processos (contratação de CEO; avaliação de desempenho, diretrizes e objetivos empresariais, gestão estratégica, relações com o mercado, gestão de risco), sugerem os fundamentos da boa governança. Figura 3, abaixo, esquematiza a interligação das dimensões da GC, e sua importância para a maximização do valor aos acionistas.

Figura 3 – Dimensões da governança corporativa



Fonte: Álvares *et al.*, 2008. Governança corporativa: Um modelo brasileiro.

2.2.1 Órgãos de administração e fiscalização e diretoria executiva

Segundo Mota e Custódio (2012: 299), o modelo latino de GC é baseado no modelo monista, no qual “a função de supervisão é dividida em duas, uma que permanece no conselho de administração e mais ligada à supervisão da gestão através dos administradores não executivos, e outra mais ligada à supervisão da informação financeira e que está autonomizada em um órgão próprio, o conselho fiscal.

O Conselho Administrativo é “autoridade máxima na empresa após os sócios”, e “um órgão de deliberação colegiada que representa o interesse de todos os acionistas, atuando como instância de avaliação, monitoramento, decisão e orientação, visando agregar valor à gestão sem interferir no dia-a-dia da organização”, e “embora a legislação só obrigue as sociedades anônimas abertas a estruturar esse conselho, todas as empresas, sejam abertas ou fechadas

devem fazê-lo”, sendo importante que seus membros sempre decidam em conformidade com o melhor interesse da empresa, independentemente da parte que os indicou, harmonizando os interesses dos acionistas e dos minoritários. Deve zelar pela integridade, transparência e prestação de contas da empresa e da gestão. Estudos mostram que maior nível de transparência pode reduzir os riscos e o custo do capital, sendo a missão do conselho proteger o patrimônio, maximizar o retorno dos investimentos e agregar valor aos empreendimentos. Na composição do conselho, deve-se observar critérios para admissão e renovação do conselho no que se refere a qualificações pessoais e de competências; conhecimento das melhores práticas de governança corporativa; e visão estratégica e conhecimento do negócio, entre outros (Álvares *et al.*, 2008: 129; 131; 132).

O Conselho Fiscal é órgão fiscalizador independente, e “tem por objetivo contribuir para o bom desempenho da empresa, empregando os princípios de governança - transparência, prestação de contas e equidade”, sendo “recomendável que os conselheiros tenham conhecimentos de controladoria, finanças e gestão de risco”, auxiliando também na gestão social. “Diferentemente do conselho de administração, que atua como colegiado, o membro do conselho fiscal tem o direito de atuar individualmente, conforme as responsabilidades do conselho e “sempre no interesse da companhia ou sociedade”. Na função fiscalizadora deve examinar a gestão dos administradores, mediante conhecimento do negócio, riscos empresariais e estrutura de controles internos da empresa, assim como verificar o atendimento às obrigações legais, contratuais e estatutárias. No exame de documentos, atos e contratos, deve ser observado se a empresa está atuando de acordo com o objeto social, sem condições de favorecimento direto ou indireto aos administradores, às partes relacionadas, a determinados sócios, acionistas ou terceiros, em detrimento dos interesses da empresa (Álvares *et al.*, 2008:139;140).

Heracleous (2001: 424) referiu que estudos concluíram que boas práticas de governança corporativa não é garantia de superior desempenho organizacional. A avaliação dos efeitos dessa relação considerou 3 critérios principais: independência, responsabilidade e qualidade do conselho para os acionistas, e quatro possibilidades, conforme discriminado abaixo.

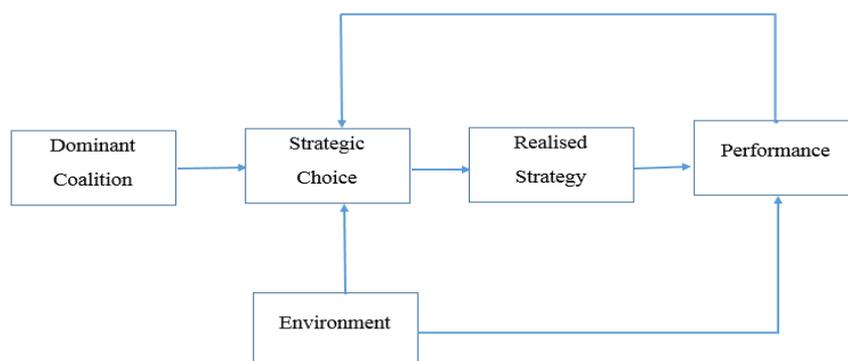
Primeiramente (2001: 427), enfatizou, o autor, sobre a importância da separação entre a posição de Presidente do Conselho e de CEO, para que haja mais independência do Conselho, acrescentando, porém, que a separação das duas posições é consistente com a teoria da agência, no sentido que a separação da propriedade e do controle da organização pode levar a ação de interesse próprio dos gestores e a conflitos de interesses nos papéis como agentes dos

proprietários. Quando há mistura de papéis, existe possibilidade de redução da efetividade do monitoramento da gestão. Em relação ao desempenho organizacional, diversos estudos sobre efeitos da dualidade de CEO e membros internos ou externos no Conselho não mostraram diferença, porém, enquanto boas práticas de governança corporativa podem ser irrelevantes para o desempenho organizacional, as más práticas podem estar fortemente relacionadas com baixo desempenho. Assim, boa governança pode ser um qualificador em vez de diferenciador.

A segunda possibilidade é a vigilância do conselho, visando alto nível de desempenho organizacional, estando, o problema, na medição de um atributo comportamental através de indicadores. Assim, fatores como personalidade e senso de dever podem ser mais importantes se um diretor é vigilante, ao invés de fatores estruturais tais como, se eles são membros internos ou externos ou se proprietários do capital. Acrescentando que quanto à independência, essa, não é um atributo estrutural, é um traço psicológico que dá origem ao comportamento correspondente, e por isso, a composição do conselho não é uma adequada referência para a independência (2001: 428).

A terceira possibilidade apontou que as influências sobre desempenho organizacional são muito complexas, e que a performance empresarial é influenciada pela escolha da estratégia e principalmente pela sua implementação, e com menor extensão por vários fatores inter-relacionados em seu micro e macroambientes, ou seja, os atributos do conselho por si podem ser de pequena consequência, exceto na medida em que influenciem a escolha da estratégia e sua implementação de acordo com a figura 4 (2001: 428).

Figura 4 - *Factors influencing organizational performance*



Fonte: *What is the impact of corporate governance on organizational performance? – October 2008.*

Pela Figura 4, percebe-se que a escolha da estratégia e sua implementação são os fatores principais para o alcance da *performance* empresarial.

O autor concluiu que tentativas para correlacionar atributos de conselho com desempenho, sem uma consideração adequada com suas influências sistêmicas é limitado, podendo produzir resultados inconsistentes.

A quarta possibilidade mostrou que diferentes tipos de organizações requerem diferentes práticas de conselho, e que os profissionais veem a possibilidade da excessiva regulação em governança corporativa como restritivo e limitado uso prático. Nessa visão, resultados de pesquisa são inconsistentes, porque um particular atributo de conselho ou estrutura pode ser apropriado para um tipo de organização, mas não para outra (2001:429).

Dessa forma, as quatro possibilidades demonstraram relação tênue entre boas práticas e desempenho organizacional, e a importância de os conselhos estarem envolvidos com a formação da estratégia, dada a importância do gerenciamento da estratégia para a *performance* organizacional, não sendo o papel dos diretores simplesmente um mecanismo de controle acima do gerenciamento, mas também o papel de oferecer *expertise*, conselhos e ligações com recursos externos.

Quanto à Diretoria Executiva, Álvares *et al.* (2008: 145-146) referiram que “é o principal elo da cadeia de comando da empresa”, representando “a organização em todos os seus atos e provê os demais órgãos com informações completas, fidedignas e bem fundamentadas, objetivando atender aos legítimos interesses dos sócios”. É responsável pela execução dos negócios da empresa, e está focada em domínio do negócio, decisões empresariais, estratégia e operações. A legislação brasileira estabelece várias obrigações aos administradores com relação aos deveres e responsabilidades básicos, incluindo: dever de diligência e de lealdade; vedação a seu envolvimento quando há conflito de interesses; dever de informar; e impedir abuso ou desvio de poder. Ressaltam os autores, que “o desenho da estrutura da direção executiva deve ser congruente com a estratégia”, uma vez que “o alinhamento e a consistência entre estratégia e estrutura são fator-chave da *performance* empresarial”, e “as variáveis que definem uma estrutura organizacional partem do portfólio de produtos, de negócios e de mercados de atuação”. Assim, “a composição da equipe deve comportar experiências adequadas na execução dos negócios, nas operações internas e na relação com os *stakeholders*”. O tempo de permanência no cargo dos membros de direção não tem prazo definido, “e sua renovação está associada aos processos de avaliação de

desempenho”. Assim, a direção executiva atua propondo e executando a estratégia, conforme diretrizes do conselho, ações, metas, indicadores, avaliação e correção do desempenho; prestação de contas às partes interessadas; escolha e liderança da equipe diretiva; mapeando, priorizando e gerindo riscos e estabelecendo controles adequados; detalhamento de normas, instruções, procedimentos e assegurando o cumprimento do código de condutas (Álvares *et al.*, 2008: 147). Sintetizando, a atuação da direção executiva atua, visando a eficiência e o alcance de metas previamente estabelecidas e aprovadas.

2.3 Desempenho organizacional: teoria da organização da indústria e visão baseada em recursos (RBV)

O desempenho organizacional é o critério mais importante nas organizações que avaliam suas ações e ambientes, e é variável dependente para pesquisadores interessados em qualquer área de gestão, uma vez que tal construção permite de forma ampla avaliar as empresas ao longo do tempo e compará-las com as concorrentes, sendo, porém, importante definir o que é desempenho, e como é medido (Richard *et al.*, 2009:721). Os autores referiram que medidas de contabilidade são o meio mais comum e facilmente disponível de medir o desempenho organizacional”, e que abrange três áreas específicas (2009:722) desempenho financeiro (lucro, retorno sobre ativos e investimentos, etc); 2) desempenho de mercado (participação de mercado, etc); 3) regresso aos acionistas (rendimento total ao sócio, valor econômico adicionado, etc). Já a efetividade organizacional abrange um conceito mais amplo, no sentido de resultados de desempenho internos e associados a operações mais eficientes e eficazes, e outras medidas externas, que se relacionam com considerações que são mais amplas do que aquelas associadas com a avaliação econômica, como por exemplo a reputação, que para Roberts e Dowling (2002:1078) é um bem valioso que permite uma empresa obter rentabilidade persistente, ou desempenho financeiro superior sustentado. Para Álvares *et al.* (2008: 215), “A imagem e reputação da empresa estão intimamente ligados à maneira como ela se relaciona com os diversos públicos estratégicos”, e entre eles estão: clientes, fornecedores, colaboradores, governos, financiadores, e a comunidade em que a empresa atua.

Richard *et al.* (2009: 723-726) acrescentaram que uma pesquisa de desempenho envolve várias dimensões, tais como: os *stakeholders*, isto é, a ponderação da relevância do desempenho para as partes interessadas; 2) a heterogeneidade – recursos, ambiente e escolha da estratégia, uma vez que as organizações são heterogêneas em seus recursos e capacidades, e em como e onde os gestores escolhem usar esses recursos, como por exemplo, em nível mais

básico, pequenas e grandes empresas estão propensas a diferentes formas de desempenho, mas em regra ambas usam indicadores financeiros e não financeiros; 3) o período de tempo e a persistência do desempenho, em razão da confirmação pelos estudiosos de que o desempenho não persiste indefinidamente, e que, mesmo quando a persistência sugere a presença de vantagem competitiva em curso, o “desempenho observado pode ser parcialmente explicado por eventos aleatórios, e por isso, a medição do desempenho requer uma compreensão das propriedades de séries temporais relacionando a atividade organizacional ao desempenho.

No mesmo sentido, citando Savatori & Ventura (2012), Baldassare (2014: 16), pesquisador da heterogeneidade do desempenho das operadoras de saúde, referiu que o desempenho econômico-financeiro é definido como o elemento primário e fundamental para a existência saudável de uma empresa, tendo relação com a gestão financeira, e caráter estratégico nas organizações, e que duas importantes teorias visam explicar a heterogeneidade no desempenho das organizações: a Teoria da Organização Industrial, a Visão Baseada nos Recursos (RBV).

A Teoria da Organização Industrial foi “proposta inicialmente na primeira metade do século XX e desenvolvida por Porter (1981), e defende que o desempenho da empresa é determinado pelas características do setor em que atua”, onde um grupo de empresas competem entre si, sendo no caso em estudo, a indústria entendida como o mercado de planos de saúde, cujo desempenho dependerá do seu posicionamento no mercado, ou seja, ou pela adoção de preço baixo ou pela diferenciação do produto (Baldassare, 2016: 28).

Diferentemente, a teoria RBV, conforme Barney & Hesterly (2013: 58; 59), baseia-se em duas premissas fundamentais sobre recursos e capacidades que podem ser controlados pelas empresas, ou seja, heterogeneidade de recursos, significando que, para determinado ramo de atividades, algumas empresas podem ser mais competentes em realizar essa atividade do que outras; e imobilidade de recursos, premissa que proporciona a durabilidade das diferenças entre as empresas. Sendo assim, essas duas premissas são responsáveis pelo fato de uma empresa superar outras, mesmo que atuando e competindo no mesmo setor, levando à vantagem competitiva sustentável. Acrescentaram os autores que recursos, no modelo VBR, são definidos como ativos tangíveis e intangíveis, incluindo habilidades de gestão, processos, rotinas, informações e conhecimentos, ou seja, forças, que permitem conceber e implementar estratégias para melhorar sua eficiência e efetividade, controlados pela empresa e que podem ser usados para criar e implantar estratégias, enquanto que capacidades, são um subconjunto

dos recursos de uma empresa que permite a empresa aproveitar outros recursos que controla, como por exemplo, competências de marketing, trabalho em equipe e a cooperação entre as agências.

Dessa forma, Barney (2001: 625) “argumentou que a vantagem competitiva sustentada deriva dos recursos e capacidades de uma empresa”, que devem “ser valiosos, raros, imperfeitamente imitável, e não substituíveis, enfatizando (1991:101; 102), que os recursos podem ser classificados em três categorias: recursos de capital físico (tecnologia usada pela empresa, localização geográfica, planta, equipamentos, e seu acesso à matéria prima); recursos de capital humano (treinamento, experiência, julgamento, inteligência, relacionamentos, e percepção de gerentes e trabalhadores individuais em uma empresa) e recursos de capital organizacional (estrutura formal de relatórios, seu planejamento formal e informal, sistemas de controle e coordenação, tão bem quanto relação informal entre grupos dentro da empresa e entre a empresa e aqueles em seu ambiente). Porém, nem todos esses aspectos são recursos estrategicamente relevantes, podendo, no entanto, alguns atributos da empresa favorecer a empresa a conceber e implantar valiosa estratégia; outros podem levar a firma a conceber e implantar estratégias que reduzem eficiência; outros ainda podem não ter impacto sobre o processo estratégico. Todavia, esses atributos, que habilitam a firma a conceber e implementar estratégias que melhoram eficiência, são recursos empresariais.

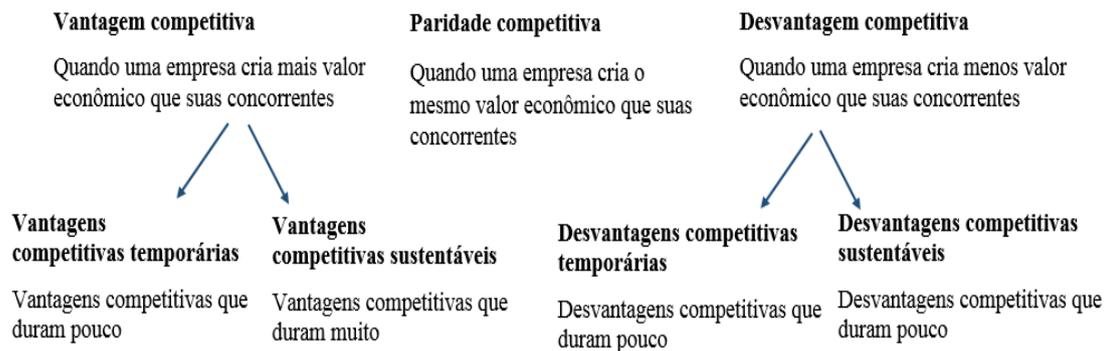
Em síntese, a pesquisa por fontes de vantagem competitiva sustentada deve focar na heterogeneidade e imobilidade dos recursos empresariais, isto é, na relação entre as características internas da empresa e a *performance*, e ainda no modelo assumido de que as firmas dentro da indústria (ou grupos) podem ser heterogêneas no que diz respeito aos recursos estratégicos que elas controlam e que não deve haver mobilidade através das empresas, para favorecer a durabilidade da heterogeneidade.

Em relação à imutabilidade, Barney e Hesterly (2013: 68 – 70) referiram que condições históricas únicas (vantagem do pioneirismo); ambiguidade causal (quando os concorrentes não sabem com certeza o que permitiu uma empresa apresentar a vantagem competitiva); complexidade social (relacionamentos interpessoais, confiança e cultura) e patentes (para empresas químicas e farmacêuticas) são fontes de imitação custosa.

Aprofundando a questão da RBV, Barney e Hesterly (2011: 10; 15) relataram que uma empresa tem vantagem competitiva quando cria mais valor econômico do que as rivais, e o valor econômico é a diferença entre os benefícios percebidos pelo consumidor associado à

compra de produtos ou serviços e o custo para os produzir. Sendo assim, a mensuração da vantagem competitiva é realizada por duas abordagens: a primeira pelo seu desempenho contábil, calculado com o uso de informações publicadas no balanço da empresa (demonstrativo de lucros e perdas); e a segunda, pelo desempenho econômico, uma vez que a correlação entre medidas econômicas e financeiras de vantagem competitiva é alta, pois empresas que têm bom desempenho utilizando uma dessas medidas costumam ter bom desempenho utilizando a outra.

Figura 5 – Tipos de vantagem competitiva

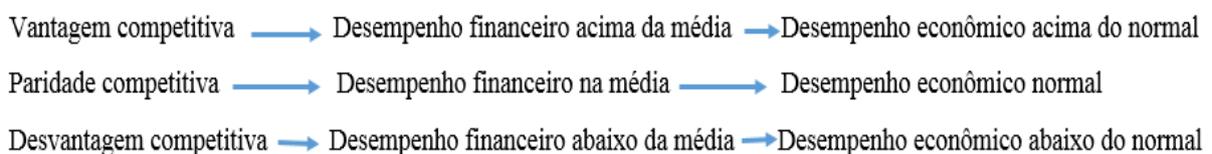


Fonte: Barney, J.B.& Hesterly, W.S. 2013. Administração estratégica e vantagem competitiva

Acima, os tipos de vantagem competitiva e a criação ou não de valor conforme a vantagem ou desvantagem detectada e sua durabilidade.

Figura 6 – Vantagem competitiva e desempenho da empresa

Vantagem competitiva e o desempenho da empresa



Fonte: Barney, J.B.& Hesterly, W.S. 2013. Administração estratégica e vantagem competitiva

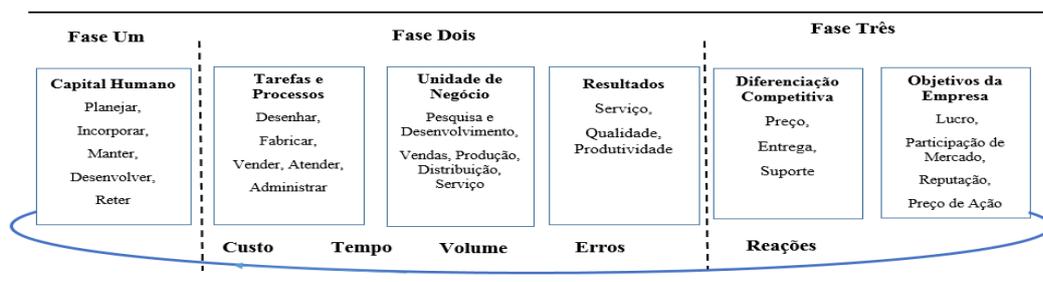
Acima, a interrelação entre vantagens competitivas e desempenho organizacional, apontando que apenas aquelas que criam mais valor que os concorrentes são sustentáveis.

No mesmo sentido que Barney, Collis e Montgomery (1995), citado por Álvaro *et al.* (2008:16), referiram que a visão baseada em recursos parte do pressuposto de que as firmas são heterogêneas em razão da forma que atuam sobre os recursos internos, identificando três tipos distintos de recursos: 1) ativos tangíveis são importantes, mas não sustentam as vantagens

competitivas; 2) ativos intangíveis, isto é, recursos humanos, reputação, cultura e know-how, que recursos valiosos da organização; 3) capacidades organizacionais, forma única de como a organização combina e explora seus recursos.

Em relação aos recursos humanos, “são as forças causais dentro de uma organização que a tornam singular”, “o mercado pertence àqueles que chegam primeiro”, e a disponibilidade de mão de obra e os níveis de aptidão dos funcionários são questões-chaves no planejamento para que obtenha excelência no desempenho (Jac Fitz-enz, 2001: 9 – 12). A Figura 7 relacionou os elementos propulsores de desempenho organizacional, e a Figura 8, a importância do Capital Humano como elemento central a ser valorizado para que uma organização se diferencie e se perpetue.

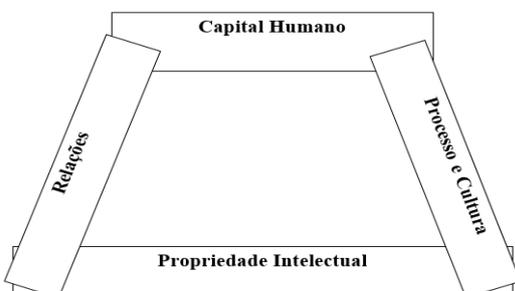
Figura 7 - Ciclo de dados/valor



Fonte: Jac Fitz-enz . 2001. Retorno do investimento em capital humano

As fases do ciclo de valor, Figura 07, se inter-relacionam e seguem na direção dos objetivos da organização em relação ao lucro e visibilidade (reputação).

Figura 8 – Capital intelectual



Fonte: Jac Fitz-enz. 2001. Retorno do investimento em capital humano

A figura 8 identificou a interrelação entre o capital humano e as relações, processo e cultura e a propriedade intelectual, ou seja, fatores importantes na heterogeneidade verificada nas organizações.

Modelo VRIO é ferramenta de análise interna, demonstrando que vantagem competitiva sustentável ocorre se o recurso e a capacidade forem explorados pela empresa (Quadro 1).

Quadro 1. O modelo VRIO (valor, raridade, inimitabilidade e organização)

Um recurso ou uma capacidade é:

Valioso ?	Raro?	Custoso de imitar?	Explorado pela organização?	Implicações competitivas
Não	—	—	Não	Desvantagem competitiva
Sim	Não	—	↑	Paridade competitiva
Sim	Sim	Não	↓	Vantagem competitiva temporária
Sim	Sim	Sim	Sim	Vantagem competitiva sustentável

Fonte: Barney, J.B.& Hesterly, W.S. 2013. Administração estratégica e vantagem competitiva

O Quadro 2 mostrou que alto desempenho e heterogeneidade empresarial estão vinculados à força e competência distintiva e sustentável.

Quadro 2. A relação entre o modelo VRIO e as forças e as fraquezas organizacionais

Um recurso ou uma capacidade é:

Valioso ?	Raro?	Custoso de imitar?	Explorado pela organização?	Implicações competitivas
Não	—	—	Não	Fraqueza
Sim	Não	—	↑	Força
Sim	Sim	Não	↓	Força e competência distintiva
Sim	Sim	Sim	Sim	Força e competência distintiva sustentável

Fonte: Barney, J.B.& Hesterly, W.S. 2013. Administração estratégica e vantagem competitiva

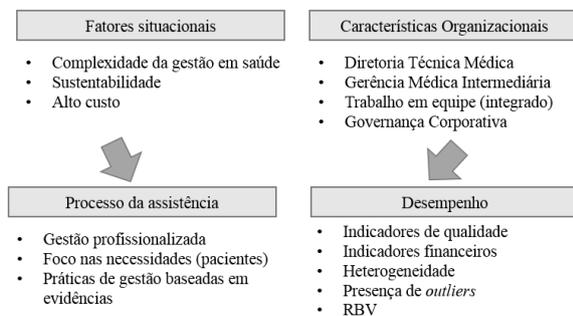
Nesse sentido, Roberts e Dowling (2002: 1077) referiram que acordando com a RBV, as empresas com ativos valiosos e raros, possuindo vantagem competitiva, podem esperar retornos superiores, e aquelas com ativos difíceis de imitar podem alcançar desempenho financeiro superior sustentado, sendo os ativos intangíveis, tais como a boa reputação, críticos, porque criam valor, e por ser seu caráter intangível, a replicação pelos concorrentes é mais difícil. Definiram, reputação como “uma representação perceptual de ações passadas de uma empresa e as perspectivas futuras”. A reputação corporativa é um atributo organizacional geral.

3. MODELO DE ANÁLISE E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

O desempenho da gestão em saúde das autogestões (motivação da pesquisa) foi avaliado pela análise das variáveis dependentes (indicadores quantitativos de qualidade e econômico-financeiros; e qualitativos, estrutura organizacional e entrevista com gestores) em função da variável independente (porte), comparando as operadoras de autogestão entre si, e por porte, visando identificar associação entre o desempenho positivo e a heterogeneidade pela aplicação dos fundamentos da teoria da visão baseada em recursos (RBV), e a presença de *outlier*, conforme modelo gráfico e narrativo abaixo:

- Modelo gráfico

Figura 9 - Modelo analítico adaptado pela autora do trabalho.



Fonte: Sousa, M.J., Baptista, C.S. 2011. Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios

- Modelo narrativo

3.1 Gestão profissionalizada

A complexidade da gestão em saúde, o alto custo da assistência médica e a necessidade da sustentabilidade das organizações (fatores situacionais) levam à reflexão sobre o processo da assistência à saúde por meio da gestão profissionalizada com foco no suprimento das necessidades e expectativas dos beneficiários e nas práticas de gestão baseadas em evidências. Sendo assim, o entendimento da interferência da estrutura da governança corporativa, juntamente, com a arquitetura organizacional das OPS, incluída a estrutura diretiva e gerencial, se faz necessário, assim como avaliação dos diferentes desempenhos por meio de indicadores de qualidade e econômico-financeiros, visando identificação de *outlier* e de alto desempenho, e se este foi embasado pela teoria da visão baseada em recursos (RBV).

A gestão em saúde é definida como processo composto por funções e atividades sociais e técnicas dentro das organizações, objetivando realizar objetivos predeterminados por meio de pessoas e recursos, implicando em liderança, supervisão e coordenação dos colaboradores, assim como a direção das organizações, exigindo integração entre as disciplinas especializadas. Daí a importância da compreensão dos papéis de gerenciamento, responsabilidade e funções exercidas nas tomadas de decisões (recrutamento e desenvolvimento pessoal, aquisição de tecnologia, acréscimo e reduções de serviços, alocação e gastos de recursos financeiros) que, em última análise, afetam a organização como um todo (Thompson *et al.*, 2007: 3; 4; 6).

Para Júnior e Koyama (2007:905), qualidade significa ação de estabelecer um juízo de valor ao objeto avaliado, que se positivo, significa ter qualidade. Na avaliação tecnológica, a qualidade reflete no custo-benefício; na avaliação de um programa de saúde, o estabelecimento das metas, baseado em parâmetros, leva à qualidade. “Mas no conjunto, “avaliação, gestão e qualidade”, esse conceito se diferencia, ao se constituir em um ponto de partida, e não na chegada, para o processo. Nesse sentido, Corrêa, citando Porter e Teisberg (2007) e Veloso, Bandeira-de-Melo e Malik (2013), referiu que há necessidade de mudança de paradigma no sentido de prestação de serviço, para entregar valor ao cliente por meio de eficiência do tratamento e atendimento de suas necessidades, de forma que não basta a instituição ter ótimos resultados financeiros se presta atendimento ruim.

Assim, os gerentes, na realização de tarefas e tomadas de decisões, devem de forma equilibrada considerar os ambientes externos, ou seja, as influências, recursos e atividades que existem fora da organização, mas que a afetam de modo significativo, tais como: necessidades da comunidade, características da população, planos governamentais; e internos, garantir adequação pessoal, desempenho financeiro e qualidade do atendimento. É na área interna que o gerente possui mais controle. Seis funções de gerenciamento são detectadas, tais como: planejamento, quando estabelecem prioridades, determinando o desempenho a ser alcançado; organização, com determinação de atribuições, responsabilidades e padronização de relatórios; pessoal, no sentido de aquisição e retenção de colaboradores, desenvolvimento e manutenção da força de trabalho por meio de estratégias e táticas; controle, por meio de monitoramento das atividades e desempenho da equipe, atuando para corrigir o que for necessário para aumentar o desempenho; direção, com foco na liderança eficaz, motivação e comunicação com colaboradores; tomada de decisão, função fundamental no gerenciamento, considerando benefícios e desvantagens das alternativas (Thompson *et al.*, 2007: 6).

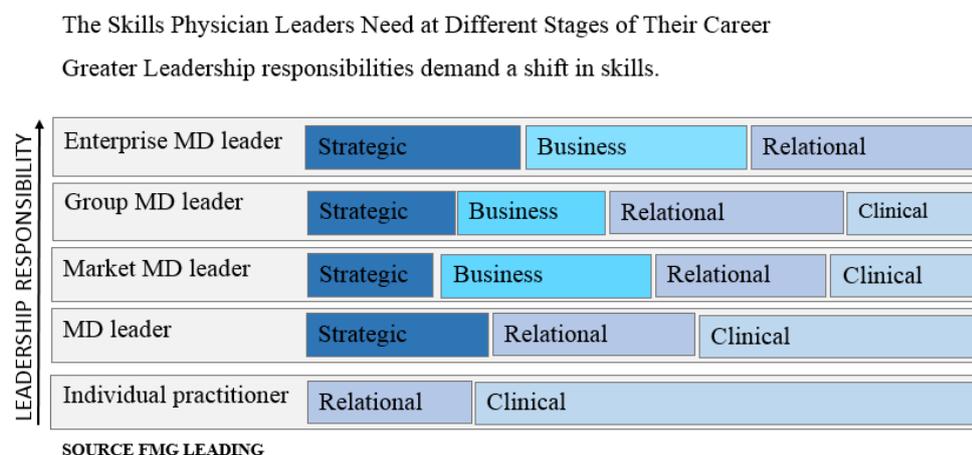
Os autores (2007: 6) acrescentaram ainda que as posições de gerenciamento dentro das organizações de saúde não se limitam ao nível superior, e devido ao tamanho e complexidade de muitas organizações de saúde, cargos de gerência são encontrados em toda organização. Dessa forma, o Presidente e/ou Diretores de um serviço de saúde são responsáveis por várias áreas funcionais diferentes, enquanto que posições de gerência (poder) em área delegada na cadeia hierárquica abaixo ou média possuem responsabilidades apenas nas atribuições específicas que lhes dizem respeito, porém todos interligados e atuando em prol do resultado (desempenho) como um todo. Tais posições de gerenciamento estão ligadas ao conhecimento e experiência de cada gestor e posição ocupada, uma vez que alguns cargos mais altos exigem amplo conhecimento e experiências requeridas maiores, diferentemente de outros com funções mais restritas. Os autores relataram que em regra a estrutura organizacional das organizações em saúde é em forma de pirâmide com cadeia de comando e linha de relatórios rigorosos, que asseguram a avaliação das atribuições e tarefas realizadas, assim como a prestação de contas. Porém, há também os modelos matriciais (baseados em equipes (por exemplo, programa de geriatria), que se reportam ao diretor do departamento e com limitação na flexibilidade da organização para efetuar o trabalho) e os de gerenciamento de linha de serviços, onde o gerente tem responsabilidade e responsabilização pessoal na aquisição de recursos, pessoal, e controles, resultando em benefícios para a organização (custos mais baixos) e para os pacientes (maior satisfação).

Em relação aos médicos, Perry *et al.* (2017) referiram que as habilidades de gerenciamento, tais como: alocação de recursos no curto e longo prazo; como prover *feedback*; mediar conflitos etc, não são ensinadas nas faculdades de medicina, e que treinamento em relação a essas habilidades ocorrem no ambiente de trabalho.

A Figura 10 abaixo exhibe os diferentes níveis de habilidade dos médicos com seus respectivos focos específicos, iniciando pela prática individual, onde o foco é no cuidado e com valorização da proficiência técnica, passando pelo Líder MD, envolvendo liderança de grupo de médicos, programa hospitalar ou Centro Acadêmico como por exemplo Diretor Médico de um serviço de linha, no segundo nível. Nesse nível, inteligência emocional é uma habilidade importante. O terceiro nível, Market MD líder envolve a liderança de um segmento de negócio ou região, ou seja, chefia de outros líderes médicos, onde emerge o modelo Dyad, isto é, nesse nível, o papel do líder envolve tanto a supervisão quanto a clínica, devendo aprender como gerenciar finanças, adquirir conhecimento de como criar estratégia, além das habilidades primordiais de comunicação e colaboração. No quarto nível, Group MD líder, o papel de

supervisão de grupo de empresas, como Presidente do grupo com responsabilidade de resultado, é um exemplo. No último nível (quinto), de empreendedor, o papel da liderança é o Top tal como o CEO, e a responsabilidade atinge a todo o empreendimento, incluindo direção estratégica e resultado organizacional, conforme Figura 10 (Perry *et al.*,2017).

Figura 10 – Níveis de liderança e habilidades



Fonte: Havard Business Rewiew – “Most doctor have little or no management training, and that’s a problem”.

A figura 10 mostrou a evolução da liderança médica ao longo da carreira, do nível profissional individual até a liderança máxima empresarial, onde são importantes habilidades estratégicas negociais e de relacionamento. Em todo processo, médicos recebem pequenos treinamentos de desenvolvimento de habilidades, e a cada nível, o mix de estratégia, negócios, habilidades relacionais e clínica requeridas são diferentes, sendo o amadurecimento da gestão gradativo. Nesse sentido, Thompson *et al.* (2007: 9) acrescentou que alto desempenho em organizações de saúde são dependentes da *performance* humana individual.

Andrade e Rossetti (2006), citado por Neto e Martins (2011: 198), referiram que ações de gerentes/gestores podem levar aos custos de agência, tais como: oportunismos com remunerações e benefícios concedidos; nepotismo e formas de proteção conflitante com interesses corporativos; acesso assimétrico a informações; gestão de resultados com foco em prazos curtos; descompromisso com perpetuação da empresa.

3.2 Prática de gestão baseada em evidências

Para Barends *et al.* (2014), evidência significa informação, podendo ser baseada em números ou ser qualitativa ou descritiva e provinda de pesquisa científica, sugerindo verdades

geralmente aplicável sobre o mundo, pessoas ou práticas organizacionais, podendo também vir de organização local ou indicadores, tais como métricas organizacionais ou observações de condições práticas, e da experiência profissional, como por exemplo a experiência passada de um empreendedor configurada por uma variedade de negócios, apontando para abordagem que provavelmente é a que trará mais sucesso.

A ideia básica da prática baseada em evidências é que a decisão de qualidade deve ser uma combinação de pensamento crítico com a melhor evidência disponível, auxiliando o profissional a avaliar criticamente a extensão da evidência na qual ele pode confiar, além de identificar, encontrar e avaliar evidência adicional relevante para sua decisão (Barends *et al.*, 2014). Porém, os autores acrescentaram que muitas decisões gerenciais não são baseadas nas melhores evidências disponíveis e, muitas vezes, profissionais preferem adotar decisões baseadas unicamente em suas experiências próprias, e julgamento pessoal isolado não é fonte confiável de evidência, porque é altamente suscetível de erro sistemático. Além disso, esclareceram que limites cognitivo e de processamento de informações nos faz propenso à preconceitos, trazendo efeito negativo na qualidade da decisão tomada. E, mesmo, profissionais com muitos anos de experiências são pobres em fazer previsões e cálculos de riscos quando confiam unicamente em seus julgamentos.

Assim, a gerência para ser considerada baseada em evidências deve observar princípios básicos, como por exemplo, tomar decisões por meio de consciencioso, explícito e judicioso uso das melhores evidências disponíveis a partir de múltiplas fontes, sendo a técnica composta por ações, tais como: 1) perguntar (transpor a questão prática ou problema na pergunta respondível); 2) obter (sistematicamente pesquisar e recuperar a evidência); 3) valorar (julgamento crítico da confiança e relevância da evidência); 4) agregar (pesar e utilizar a evidência); aplicar (incorporar a evidência no processo de tomada de decisão) e 5) avaliar (o resultado da decisão tomada). Os autores relataram que, todo profissional de gerência usa evidências em suas decisões, porém muitos não avaliam com atenção a qualidade da evidência, e com isso o resultado é ruim e baseado em crenças infundadas, modismos e ideias popularizadas por líderes carismáticos (gerentes gurus), gerando como consequência resultados pobres e limitado entendimento sobre as causas do mau desempenho (Barends *et al.*, 2014).

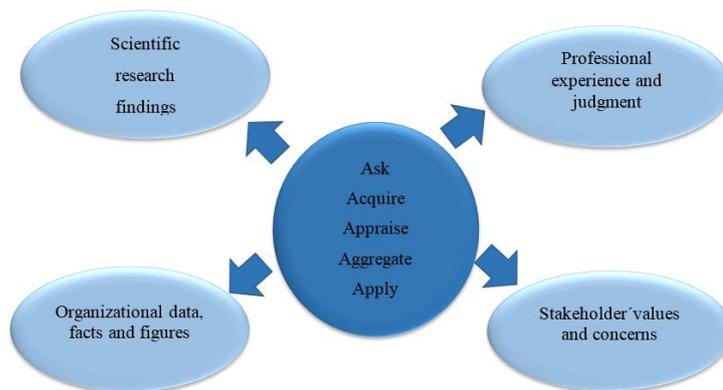
Enfatizaram os autores (Barends *et al.*, 2014), que quando profissionais tomam as práticas de trabalho de outras organizações como evidências por meio de *benchmarking* em relação ao que supõem ser boas práticas, sem avaliação crítica se essas práticas são efetivas e

possíveis de implantação em diferente contexto, resultado diferente do esperado pode ocorrer, pois *benchmarking* tem por objetivo demonstrar modos alternativos de se fazer coisas, mas não necessariamente é um bom indicador por ele mesmo em diferente cenário. Como exemplos, os autores citaram as barreiras à prática baseada em evidências, em razão de poucos profissionais serem treinados em habilidades necessárias para avaliação crítica da fidedignidade e relevância da informação divulgada por outros. Outra barreira citada foi o fato de a informação organizacional importante ser de difícil acesso, uma vez que, às vezes, o que é disponível apresenta qualidade pobre. E, finalmente, acrescentaram os autores que, os profissionais, muitas vezes, desconhecem as correntes de evidências científicas disponíveis sobre a questão chave no seu campo de atuação, uma vez que pesquisas mostraram que os profissionais prestam pouca ou nenhuma atenção às evidências científicas ou organizacionais, aceitando como verdadeiras evidências de baixa qualidade, tais como julgamento e experiência pessoal, “boas práticas” e crenças de líderes corporativos, concluindo que como consequência dessa atitude, recursos são gastos em práticas gerenciais que são ineficientes ou mesmo prejudicial para organização, seus membros e seus clientes, pois essas fontes de evidências são altamente suscetíveis de erro sistemático.

Afirmaram os autores (Barends *et al.*, 2014), que a primeira fonte de evidências científicas é encontrada em artigos científicos publicados em jornais acadêmico; a segunda fonte, as evidências organizacionais, considerados os dados financeiros; *cash flow* ou custos; medidas de negócios; retorno sobre investimentos ou quota de mercado, satisfação do cliente/empregado, fidelidade, estatística de retorno (evidências concretas/tangíveis), incluindo também percepção da cultura organizacional e atitudes do gestor sênior (evidências abstratas/intangíveis), sendo essas evidências importantes para identificar problemas que requerem atenção gerencial. A terceira fonte são as evidências experimentais, conhecidas como conhecimento tático e correspondendo às experiências profissionais, julgamentos gerenciais, consultores, líderes de negócios e outros profissionais, e que permitem reflexões sobre resultados de ações semelhantes tomadas em situações similares, ou seja, conhecimento especializado pela experiência repetida e prática de atividades especializadas, e não intuição, opinião ou crença. A quarta fonte são as evidências das partes interessadas – *stakeholders* - correspondendo ao valor e preocupação dos interessados dentro do que acreditam ser importante e tendendo a reagir às possíveis consequências das decisões organizacionais, como por exemplo, na sustentabilidade em curto ou longo prazo; bem-estar e saída dos empregados; reputação organizacional ou lucratividade, participação nas decisões ou controle de cima para

baixo. Partes interessadas são todos indivíduos que podem ser afetados pela decisão da organização e suas consequências (*stakeholders* internos e externos). Organizações que servem ou respondem à diferentes *stakeholders* podem alcançar muitas decisões diferentes sobre a base da mesma evidência e, por isso, coletar evidência dos *stakeholders* não é importante por questões éticas. A figura 11 discriminou as fontes de evidências consideradas nas decisões gerenciais, juntamente com as ações em busca da evidência, colocadas ao centro da figura.

Figura 11 – As quatro fontes de evidências



Fonte: Barends *et al.* . 2014. Evidence-based management: The basic principles.

Em síntese, todas as evidências devem ser criticamente avaliadas de forma cuidadosa e sistemática quanto ao seu nível de confiança e relevância, e com discriminação e identificação de cada evidência (onde e como foram coletadas); se houve enviesamento em uma direção particular; se foi a melhor evidência disponível; se as situações foram comparáveis; em caso de evidência científica, como a questão e o estudo foram delineados; como os dados foram medidos, de modo a afastar as barreiras à implantação das melhores evidências, uma vez que é necessário entender o contexto, e ter pensamento crítico para tomar a melhor decisão informada. O processo é iniciado com pensamento crítico (Barends *et al.*, 2014).

Concluíram os autores que a prática baseada em evidência considera que a previsão de risco baseada na experiência agregada de muitas pessoas é mais acurada do que a baseada na experiência pessoal de apenas uma; que o conhecimento derivado de evidência científica é mais acurado que as opiniões de expertos; que a decisão baseada na combinação de evidência científica, e avaliação crítica experimental e organizacional proporcionam melhor resultado do que a baseada em uma única evidência, e que a avaliação de resultado de uma decisão serve para aumentar o aprendizado e a *performance* organizacional em situações não rotineiras, incomuns, assim como autodesenvolvimento em competências (Barends *et al.*, 2014).

4. CONTEXTUALIZAÇÃO: CRESCIMENTO DOS CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os custos em saúde têm tido aumento progressivo ano após ano, não somente no Brasil, como em todo o mundo, superando em alguns países desenvolvidos o crescimento do Produto Interno Bruto (Junior; Koyama, 2007: 904). Acrescentam os autores que “Nesse cenário, os financiadores de serviços de saúde procuram definir prioridades e organizar “racionalmente” a assistência, para usar o mínimo de recursos diagnósticos e de tratamento, garantindo a qualidade dos serviços prestados”.

Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que argumentos tais como acesso à tecnologia e variações regionais são explicações excessivamente simplistas para o crescimento dos gastos em saúde, e que as causas devem “estar em como os médicos respondem à disponibilidade de tecnologia, capital e outros recursos no contexto do sistema de pagamento por unidade de serviço, e que ainda algumas intervenções de tratamento apresentaram suporte de evidência errado, e que é implausível que os médicos nas regiões com gastos com crescimento menor estejam negando o cuidado necessário ao paciente (Fisher *et al.*, 2009: 2).

Guimarães e Alves (2009: 460; 462) referiram que o aumento dos custos da saúde devido a aumento da utilização dos serviços pelo envelhecimento da população não são necessariamente os principais motivos do crescimento de insolvência de OPS, mas dificultam sua reversão, e que muitas falências em OPS na Flórida foram causadas por gestões amadoras.

Por outro lado, Portela, *et al.* (2008: 263), referiu que existe baixa ingerência das operadoras de saúde sobre a qualidade dos cuidados à saúde providos a seus beneficiários, sendo o uso de Diretrizes Clínicas, e de outras práticas de gestão clínica, limitado e insipiente, entre as operadoras de planos de saúde, sendo insipiente também o monitoramento dos processos e resultados assistenciais pelas operadoras, com necessidade de se avançar no processo de regulação da assistência à saúde, restando evidenciado a baixa ingerência das organizações, e por isso, pertinente uma mudança cultural para o desenvolvimento da capacidade organizacional, voltando o foco aos pacientes (cuidados de saúde), garantia de qualidade e *accountability*.

Nesse sentido, Junior e Koyama (2007: 912; 913) relataram que “Os esforços da operadora em exigir e focar na qualificação da rede prestadora é um dos aspectos de qualidade”, como por exemplo, a forma pela qual a operadora faz gestão da rede prestadora; qualifica seus

prestadores; como transmite as negativas aos beneficiários; e como garante a incorporação de novas tecnologias na cobertura. Acrescentaram os autores, que o interesse da operadora ainda é fortemente focado em custos assistenciais, e que o uso de indicadores assistenciais clínicos ainda é raro.

Assim, toda a problemática sobre gestão em saúde das operadoras de autogestão remete para a competência da gestão baseada em evidências, e para a importância da decisão estratégica, tendo como foco a assistência coordenada do cuidado em saúde e a satisfação dos beneficiários, sendo a “Gestão estratégica um macroprocesso empresarial que abrange a análise, a reflexão e as definições estratégicas, sua execução e monitoramento sistemático”, e entre as questões de alta relevância estão: avaliação, mapeamento, classificação de riscos e eficácia de controles inerentes; redirecionamentos; mapeamento de grandes diretrizes; sustentabilidade do modelo do negócio; competências essenciais e gestão estratégica do capital humano e do capital da informação, fatores-chaves de sucesso; integração para trás e para a frente; cadeias de suprimento, absorção de tecnologia, alianças, atualizações necessárias, entre outras (Álvares *et al.*, 2008: 210).

Dessa forma, efetividade operacional e estratégia são essenciais para o alto desempenho, embora funcionem de formas diferentes. Criar valor ao cliente e à empresa, e mantê-los, faz toda diferença, e a vantagem competitiva está em todas as atividades desenvolvidas, e não em poucas. Para Porter (1996: 61; 68), efetividade operacional significa o máximo de valor que a empresa consegue entregar sobre um produto ou serviço com o custo dado, usando as melhores tecnologias, habilidades, técnicas de gestão e entrada de compra, incluindo, mas não limitada a eficiência, ou seja, significa realizar atividades similares, porém com desempenho melhor que os competidores, no sentido de práticas que permitem a empresa utilizar melhor seus recursos de entrada, reduzindo defeitos e ou desenvolvendo produtos mais rápidos, e conseqüentemente oferecendo menor custo e mais qualidade, porém podendo ser copiada pelos concorrentes. Enquanto que estratégia competitiva significa praticar diferentes atividades em comparação com os concorrentes ou praticar as mesmas atividades, mas de diferentes maneiras, e sendo a única no mix de valor (RBV).

Ainda, segundo Porter (1996: 74), a estratégia é definida como a criação de uma única e valiosa posição, envolvendo um diferente conjunto de atividades, devendo ainda a construção da estratégia organizacional estar alinhada de forma clara com a estrutura organizacional, sistemas e processos necessários voltados para a estratégia específica. Uma outra implicação é

que a posição estratégica deve ser traçada horizontalmente para uma década ou mais, e não para um ciclo de planejamento, favorecendo a melhoria contínua das atividades individuais e ajustes das atividades, e em consequência permitindo a organização construir capacidades únicas e habilidades voltadas para a estratégia, o que continuamente também reforça a identidade da organização.

Com isso, o desafio de desenvolvimento ou restabelecimento de uma clara estratégia depende fortemente da vontade da liderança em fazer escolhas e de estrutura intelectual clara para guiar a estratégia, sendo, esta, o contraponto para as muitas forças contrárias existentes no trabalho. A gestão geral é o núcleo da estratégia, definindo a posição da organização, que pode ser baseada nas necessidades do cliente (quando o cliente tem necessidades diferentes); na facilidade de acesso do cliente (segmentação de consumidores que são acessíveis em diferentes modos) ou na variedade dos produtos ou serviços oferecidos pela empresa (quando o cliente tem várias necessidades, dependendo da ocasião); fazendo as trocas necessárias e o ajuste entre as atividades (Porter, 1996, p. 77).

Kaplan e Norton (2000), citado por Neto e Martins (2011: 211) mencionaram que a estratégia é efetuada tanto pelas abordagens emergentes (foco na avaliação da estratégia, visão sistêmica da organização, ênfase nas relações de causa e efeito, integração entre curto e longo prazos, e alinhamento entre planejamento e controle), como pelas abordagens tradicionais (ênfase na dimensão financeira, foco nos indicadores de resultado, visão de curto prazo, ausência de visão sistêmica e separação entre planejamento e avaliação do desempenho).

Pelo exposto, o desempenho organizacional é uma das mais importantes construções em recursos de gestão, e a medida da *performance* é essencial para a melhoria da gestão em saúde (Roski & McClellan, 2011, 682), e pesquisa sobre a matéria deve examinar múltiplas medidas, dados longitudinais e formulação metodológica alternativa, como métodos de apropriado alinhamento de contexto de pesquisa com a medida de desempenho organizacional (Richard *et al.* (2009). Porém, Roski e McClellan (2011: 686) enfatizaram que, embora estratégias para melhorar a qualidade do cuidado seja objeto de muita atenção nos setores públicos e privados, o uso efetivo dos dados para medir a *performance* tem sido ignorado, concluindo que a preocupação inclui identificar as melhores práticas nos dados coletados e agregá-las, assim como implementá-las nas diferentes comunidades ao redor do país, para que seja possível a comparação ampliada dos resultados de *performance*.

5. METODOLOGIA

A presente pesquisa, conforme suas características, é quantitativa, qualitativa, exploratória, descritiva, explicativa, aplicada e pesquisa bibliográfica (Jacobsen, 2009: 63).

Quanto ao conhecimento, este é classificado como científico, em razão da investigação da realidade ser metódica e sistemática quanto a apreensão dos fenômenos, considerando a constatação e descrição dos fatos, suas causas e as leis que os regem, determinam e influenciam (Sousa; Baptista, 2011: 6).

Quanto ao método de abordagem, é quantitativa, uma vez que incidiu em coleta e análise de indicadores de desempenho em qualidade assistencial e econômico-financeiros, sendo por isso caracterizada pela quantificação dos dados analisados por tratamento estatístico, e qualitativa, no sentido de estabelecer relação dinâmica entre o mundo real e a subjetividade do sujeito, não podendo ser traduzida em números (Jacobsen, 2009: 64). Sousa e Baptista (2011: 28) enfatizaram que “Nas abordagens qualitativas, a ideia é descrever e interpretar o significado que os fenômenos têm num determinado contexto”.

Quanto aos fins (objetivos) é exploratória, descritiva, explicativa e aplicada. É exploratória, porque tem como finalidade analisar os indicadores de desempenho de forma a torná-los mais explícito para a solução do problema. É descritiva, pois visa observar, registrar, analisar e identificar possíveis relações entre as variáveis. É explicativa, porque tem por finalidade explicar a razão, o porquê da heterogeneidade encontrada nas organizações quanto à qualidade dos serviços prestados e sua sustentabilidade. E, é aplicada, uma vez que pretende gerar conhecimentos, objetivando aplicação prática na solução dos problemas comuns detectados em outras autogestões ((Jacobsen, 2009: 65; 70).

Quanto aos meios (procedimentos técnicos) é pesquisa bibliográfica, em razão de terem sido utilizadas as bases de dados da *Skopus* e *Web of Science*, constantes na Biblioteca Virtual do ISCTE, e selecionados os artigos científicos, de acordo com os objetivos da pesquisa, e com auxílio dos termos “Gestão em Saúde”; “Governança Corporativa”; “Desempenho organizacional” e “RBV (visão baseada em recursos)” para conhecimento e estudo dos trabalhos, que tratam da pergunta da pesquisa. Pesquisa foi também realizada no site da ANS em busca dos normativos (Leis, Resoluções e Instruções Normativas) e das publicações: Caderno de Informações da Saúde Suplementar; Foco – Saúde Suplementar; Anuário, e Relatório de Qualidade, visando conhecimento, seleção e análise dos indicadores de qualidade

e econômico-financeiros; e no site das operadoras, em busca dos estatutos sociais das organizações, para verificação da arquitetura estrutural da GC, no que se refere a critérios de capacitação estabelecidos para indicação e seleção de dirigentes, e competências requeridas para líderes executivos direcionadas à gestão em saúde (qualidade da assistência e sustentabilidade da operadora). A pesquisa bibliográfica foi o primeiro procedimento realizado.

5.1 Universo, amostra da pesquisa e seleção de indicadores (segundo e terceiro procedimentos)

A seguir, em um segundo procedimento, foram selecionadas as 116 operadoras de saúde de autogestões patrocinadas (sem mantenedor), registradas na ANS em dezembro de 2017, e que operaram planos médico-hospitalares e médico-hospitalares com odontologia.

O terceiro procedimento foi a seleção de indicadores de qualidade: IDSS; IDQS e Taxa de Fiscalização (satisfação dos beneficiários e compromisso com os prestadores de serviços), e de indicadores econômico-financeiro divulgados no Anuário (2013/2017), com objetivo de medir o desempenho da Operadora (variável dependente), em consonância com os poucos estudos encontrados pela pesquisa bibliográfica sobre o estudo. As variáveis independentes pesquisadas foram a modalidade (autogestão), o porte (grande, médio e pequeno).

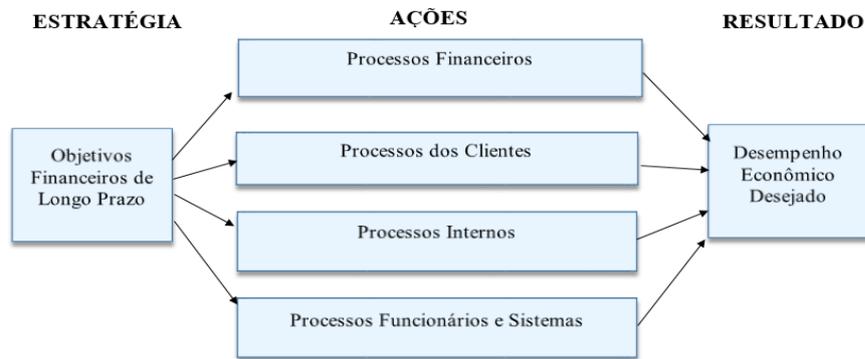
Após criado o primeiro banco de dados (quarto procedimento), foram excluídas 11 operadoras por não possuírem todos os dados econômico-financeiros, restando 105 operadoras. Dessas, 06 foram excluídas por não apresentarem IDSS registrado no relatório de qualidade, restando, para o presente estudo, 99 operadoras. Criado, então, o segundo banco de dados para análise dos indicadores (quinto procedimento).

Os indicadores selecionados foram de fontes secundárias disponíveis nos relatórios publicados pela ANS em seu site (lista de qualificação das operadoras e anuário).

5.1.1 Indicadores Balanceados

A escolha dos Indicadores Balanceados foi embasada pelo fato de uma organização priorizar indicadores econômico-financeiros, e também os focados em ativos intangíveis (desempenho de mercado perante clientes (satisfação, adesão ao serviço), desempenhos dos processos internos e pessoais, inovação e tecnologia), que em conjunto levam ao desempenho desejado criando valor futuro, ou seja, sustentabilidade organizacional (Neto & Martins, 2011: 204; 205), conforme Figura 12:

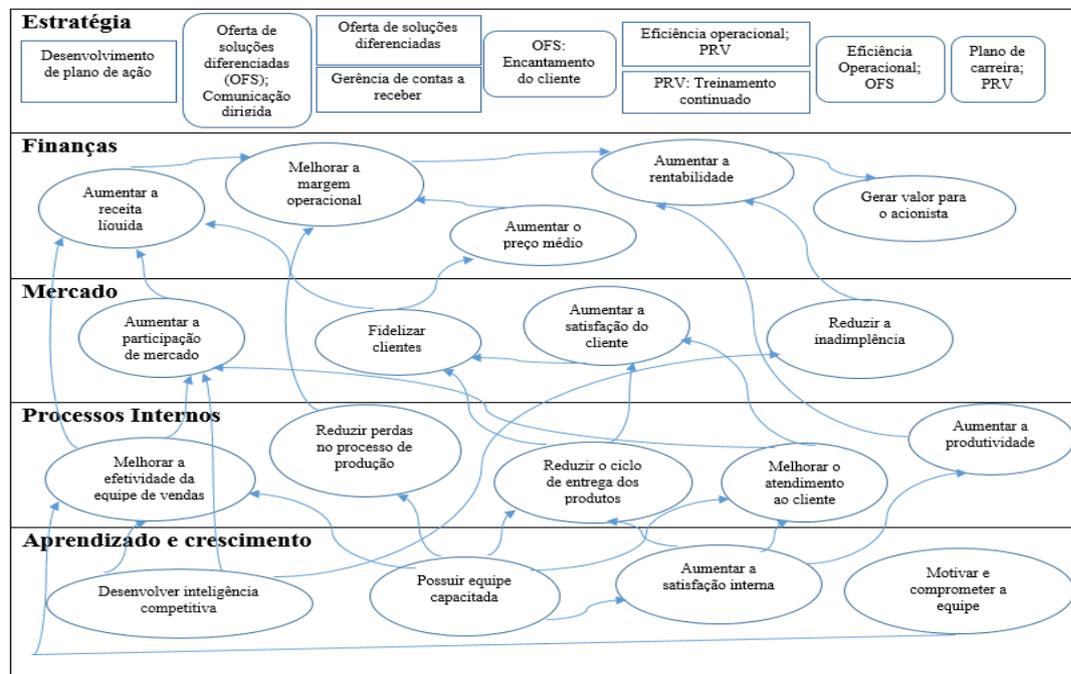
Figura 12 - Estratégias, ações e resultados



Fonte: Miguel Danilo de Carvalho Marques (notas de aula). Neto, J.A.S. & Martins, H. C. 2011. Finanças Corporativas na prática: Ferramentas gerenciais.

Pela visão do mapa estratégico do *Balanced Scorecard*, cada indicador se transforma em parte integrante da cadeia lógica de causa e efeito, e com isso ativos intangíveis são transformados em resultados tangíveis para os clientes, e esses em resultados financeiros, conforme Figura 13 e 14 abaixo (Neto & Martins (2011: 211):

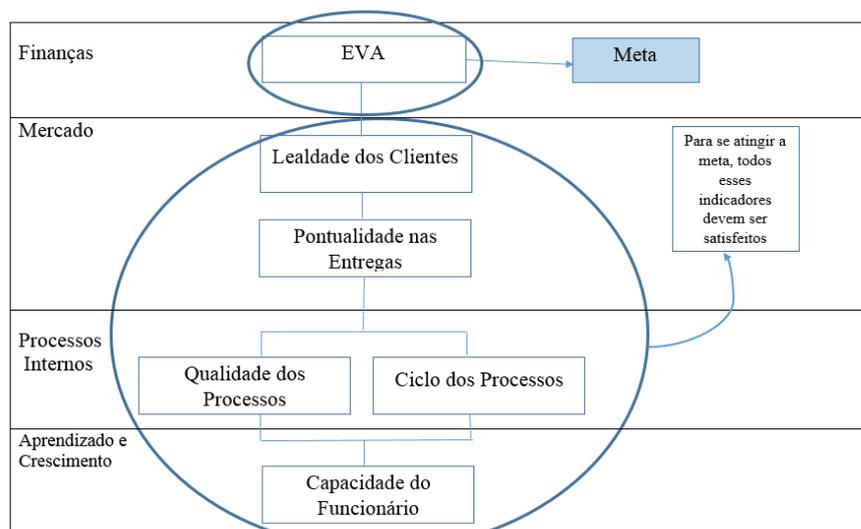
Figura 13 - Mapa estratégico



Fonte: Miguel Danilo de Carvalho Marques (notas de aula). Neto, J.A.S. & Martins, H.C. 2011. Finanças corporativas na prática: Ferramentas gerenciais

A importância da interligação entre as ações das diferentes dimensões, considerando a estratégia, as finanças (sustentabilidade), o mercado (fator externo), os processos internos, e o aprendizado e crescimento (diferencial das organizações) é mostrada no Mapa Estratégico (Figura 13), estando os indicadores a serem alcançados, levando à sustentabilidade organizacional explicitados na Figura 14 (Princípio de Causa e Efeito).

Figura 14 – Princípio de causa e efeito



Fonte: Miguel Danilo de Carvalho Marques (notas de aula). Neto, J.A.S & Martins, H.C. 2011. Finanças corporativas na prática: Ferramentas gerenciais

Figura 14 mostrou que o desempenho organizacional de excelência tem como base a capacidade do funcionário, seguindo em direção à qualidade dos processos internos para alcançar o mercado e garantir a lealdade dos clientes, o que em conjunto possibilita o alcance da meta, ou seja, o desempenho econômico-financeiro (sustentabilidade).

Assim, com base no entendimento demonstrado nas Figuras 13 e 14, os indicadores de qualidade e econômico-financeiros foram selecionados para a realização da pesquisa.

5.1.1.2 Indicadores de qualidade

Os indicadores IDSS (Índice de Desempenho em Saúde Suplementar), IDQS (Índice de Desempenho em Qualidade em Saúde) e Taxa de Fiscalização, publicado em 2017 (ano base 2016) foram os selecionados. Apenas o ano de 2017 foi considerado na avaliação da qualidade das autogestões, tendo em vista alterações constantes na metodologia do cálculo e dos pesos dos indicadores a partir de 2015, o que impossibilitou a comparação dos indicadores com os

dos anos anteriores. Fato esse reconhecido pela ANS e em consonância com Jac Fitz-enz (2001: 151) ao referir que os verdadeiros índices são um conjunto de dados seguros e válidos, que enfocam um determinado conceito, e que devem ser mantidos por um período prolongado de tempo, significando uma relação real entre os componentes.

A escolha do indicador “Taxa de Fiscalização”, objetivou a avaliação da gestão, incluindo gestão de pessoas e processos, e do resultado das estratégias adotadas pelas autogestões em estudo, uma vez que esse indicador avalia e reflete o grau de resolutividade das operadoras no que concerne às queixas dos beneficiários em razão da assistência à saúde e de questões administrativas (reclamações), passando pela satisfação do beneficiário, e pelo compromisso com prestadores, conforme definição do indicador pela ANS.

As faixas de avaliação pré-determinadas pela ficha técnica do IDSS (ANS), e observadas no estudo, foram de 0 a 1, ou seja: 0,00 a 0,19 (a pior); 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,80 a 1,00 (a melhor), conforme Resolução Normativa Nº 386/2017 (ANS, online, 22/11/2018).

5.1.1.3 Indicadores econômico-financeiros

Os indicadores econômico-financeiros selecionados, visando medir a saúde financeira da empresa, foram os de rentabilidade, ou seja, Retorno sobre Ativos (ROA), indicando a eficiência da empresa em usar os ativos para gerar lucro, e cuja fórmula de cálculo é o resultado da divisão do Resultado Líquido pelo Total de Ativos das empresas; Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE), mostrando a percentagem de lucro gerado em relação ao investimento dos sócios, e cujo cálculo é a divisão do lucro líquido pelo patrimônio líquido; o de eficiência operacional, isto é, a Sinistralidade, cujo cálculo é a divisão das despesas assistenciais pelas receitas operacionais; o de liquidez, ou seja, Liquidez Corrente (LC), que é utilizada para avaliação da capacidade das operadoras honrarem obrigações financeiras correntes, massa salarial e pagamento a fornecedores no curto prazo, e cuja medida é dada pela divisão do Ativo Circulante pelo Passivo Circulante; o de alavancagem, isto é, endividamento, que afere o montante de recursos de terceiros utilizado pela empresa, e EBITDA, o primeiro limiar de resultados, antes de gastos financeiros, com amortizações e impostos, ou seja, trata-se do resultado operacional da empresa, excluindo os gastos com amortizações.

Os indicadores foram selecionados do Anuário, divulgado anualmente pela ANS, cujas informações são selecionadas do DIOPS, periodicamente enviado à ANS pelas operadoras de planos de saúde.

Optou-se pela avaliação sistemática no período de 05 (cinco) anos, de 2013 a 2017, visando minimizar vieses que por ventura possam existir, seguindo orientação de Mota e Custódio (2012: 98; 99), que referiram que os dados precisam ser consistentes e abranger um mínimo de 3 anos, para que a comparabilidade produza conclusões sustentadas e seguras.

5.2 Tratamento estatístico dos dados (avaliação dos indicadores): sexto procedimento

O sexto procedimento foi avaliação quantitativa dos indicadores através de estatística descritiva, considerando as OPS em conjunto, e separadas por porte. A verificação de diferenças entre as medianas dos índices IDSS, IDQS e Taxa de Fiscalização por porte foi realizada pelo Teste *mood* das medianas (não-paramétrico), considerando que a distribuição dos dados não segue a distribuição normal (Silva e Loebel, 2016: 63); e a diferença entre as médias dos indicadores econômico-financeiros pelo Teste *t de Student*, teste estatístico que compara duas médias de variáveis de grupos independentes, pressupondo igualdade de variâncias e considerando a hipótese nula, quando todas as médias são iguais, e alternativa, quando são diferentes (Curto, 2017: 180). Relações entre as variáveis foram verificadas pelo coeficiente de correlação de Pearson (r). Análise de regressão linear múltipla foi realizada, onde a variável dependente (variável resposta) é explicada por uma ou mais variáveis independentes (categóricas), chamadas fatores, e na pesquisa o fator pesquisado foi o porte.

As operadoras de alto desempenho foram selecionadas pelas pontuações máximas no indicador IDQS, e posteriormente verificada a sustentabilidade pelos indicadores econômico-financeiros, considerando que a diferenciação encontrada é própria de “campeões” como resultado da execução de processos principais (centrais) sobre governança/gestão estratégica, qualidade e organização clínica, planejamento financeiro e marketing, serviços de informação e recursos humanos (Griffith, 2000). Estudo comparativo entre as operadoras de alto desempenho e todas as autogestões ($n= 99$) e todas as modalidades das operadoras de saúde (autogestões, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras: $n = 768$) foi realizado. Assim como estudo comparativo também envolveu uma autogestão com baixo desempenho e em Direção Fiscal imposta pela ANS, em razão de o ativo se encontrar menor que o passivo.

Software MINITAB ® versão 19.0 e ferramentas estatísticas do Excel foram utilizados na análise dos dados, considerando IC de 95% e nível de significância $\leq 0,05$.

5.3 Avaliação dos estatutos das operadoras de saúde (sétimo procedimento)

Avaliação dos estatutos sociais foi realizada, para verificação e análise dos dispositivos que normatizam a indicação e/ou eleição de empregados e de ex empregados pela patrocinadora e pelos associados, respectivamente, para os cargos de dirigentes e conselheiros (deliberativo e/ou fiscal) das operadoras de planos de saúde de autogestão, considerando como critérios a formação profissional, a experiência e o resultado comprovados em gestão em saúde, e verificação da existência de normas definindo a arquitetura estrutural na assistência à saúde, tendo como embasamento a teoria RBV, ou seja, foco nos recursos internos intangíveis.

5.4 Entrevista com gestores das operadoras selecionadas pela excelência no desempenho (oitavo procedimento)

Após a seleção das 05 operadoras com resultado de alto desempenho nos indicadores de qualidade e econômico-financeiro, entrevista por telefone foi realizada pela autora do trabalho com os gestores das operadoras por meio de questionário padronizado e com perguntas abertas, visando conhecer a estrutura organizacional de cada uma; a forma de seleção dos dirigentes, se por indicação ou eleitos; a estratégia de gestão do cuidado adotada aos associados e a gestão dos custos; a existência ou não de capacitação regular dos colaboradores.

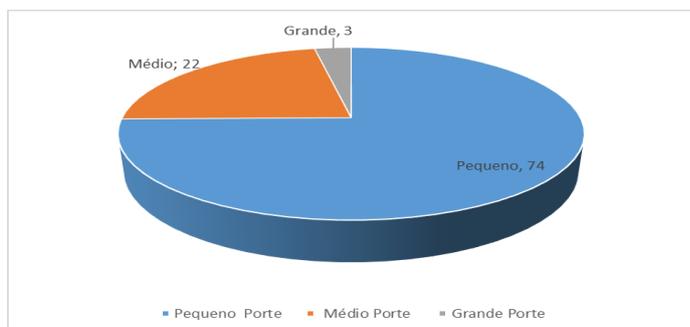
Assim, o questionário foi elaborado com as variáveis de investigação, contendo informações sobre: estrutura da Governança Corporativa; Gestão da assistência à saúde; Gestão de pessoas; Gestão dos custos (despesas) com as internações, conforme as perguntas abaixo:

- 1) De que forma são selecionados os Diretores e Conselheiros da operadora? (Estrutura da GC)
- 2) A gestão da assistência em saúde foi realizada por médico?
- 3) A operadora possui serviços próprios? Com quais profissionais? Ou terceiriza? (Gestão dos custos)
- 4) Como é feita a gestão de pessoas no sentido da capacitação (recursos internos, intangíveis)? (Gestão de pessoas)
- 5) Como a operadora realiza a gestão das despesas assistenciais com as internações? (Gestão dos custos).

6. RESULTADOS

A pesquisa abrangeu 99 operadoras de autogestão: 74 (74,7475%) de pequeno porte; (22 (22,2222%) de médio porte (e 3 (3,0303%), de grande porte (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Estratificação por porte das autogestões



Fonte: Qualificação das OPS 2017 (ano base 2016) - ANS

Estatística descritiva, considerando todas OPS em conjunto e por porte, mostrou alguma dispersão em torno da média, conforme coeficiente de variação e assimetria.

Relatório de qualificação ANS (768: todas OPS) identificou as médias por porte: IDSS = 0,75; 0,76; 0,77, e IDQS, 0,63; 0,66; 0,89 (pequeno, médio e grande porte, respectivamente).

6.1 Indicadores de qualidade (2017 – ano-base 2016)

A qualidade da gestão em saúde foi analisada pelo IDSS, IDQS e Taxa de Fiscalização.

Tabela 2 – Estatística descritiva (indicadores de qualidade (n = 99))

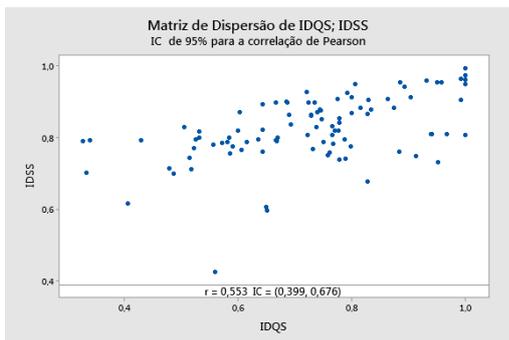
Variável	N	N*	Média	EP	Média DesvPad	Variância	CoefVar	Mínimo
IDSS	99	0	0,82058	0,00924	0,09196	0,00846	11,21	0,42570
IDQS	99	0	0,7181	0,0168	0,1675	0,0281	23,33	0,3260
IDSM taxa de fiscalização	99	0	0,7876	0,0286	0,2848	0,0811	36,16	0,0000

Variável	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Assimetria	Curtose
IDSS	0,76980	0,81030	0,89370	0,99350	-0,89	2,63
IDQS	0,5997	0,7382	0,8278	1,0000	-0,28	-0,34
IDSM taxa de fiscalização	0,6500	0,9970	1,0000	1,0000	-1,08	0,03

Fonte: Qualificação OPS 2017 (ano-base 2016) - ANS

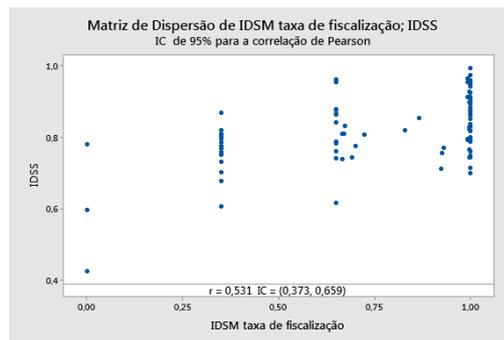
Tabela 2 mostrou IDSS com mediana = 0,81030; IDQS = 0,7382 e Taxa de Fiscalização = 0,9970. Menor mediana no IDQS e maior na Taxa de Fiscalização.

Gráfico 2 – Correlação IDSS e IDQS



Fonte: Qualificação OPS 2017 ANS

Gráfico 3 – Correlação IDSS e Tx. Fisc.



Fonte: Qualificação OPS 2017 ANS

Gráfico 2 mostrou correlação positiva com alguma intensidade de IDSS em função do IDQS ($r = 0,553$) e o Gráfico 3, Taxa de Fiscalização, ($r = 0,531$).

Tabela 3 - Indicadores de qualidade por porte

VARIÁVEL	PORTE	N	MÉDIA	DESVPAD	MÍNIMO	MEDIANA	MÁXIMO
IDSS	GRANDE	3	0,7729	0,0278	0,7415	0,7830	0,7943
	MÉDIO	22	0,7905	0,0913	0,5951	0,7954	0,9548
	PEQUENO	74	0,8314	0,0919	0,4257	0,8251	0,9935
IDQS	GRANDE	3	0,7823	0,0122	0,7672	0,7879	0,7886
	MÉDIO	22	0,7027	0,1772	0,3319	0,7446	0,9586
	PEQUENO	74	0,7202	0,1685	0,3260	0,7280	1,0000
TAXA DE FISCALIZAÇÃO (IDSM)	GRANDE	3	0,5500	0,1730	0,3500	0,6500	0,6500
	MÉDIO	22	0,5672	0,2535	0,0000	0,6500	1,0000
	PEQUENO	74	0,8627	0,2586	0,0000	1,0000	1,0000

Fonte: Qualificação das operadoras 2017 (ano base 2016) – ANS

Tabela 3 mostrou um valor para mediana mais baixo na Taxa de Fiscalização nas OPS de grande e médio porte (0,6500); e maior nas de pequeno (1,0000), e no IDSS (0,8251).

Tabela 4 – Teste Mood da Mediana: Taxa de Fiscalização por porte

Estatísticas Descritivas

PORTE	Mediana	Média geral N <=	Média geral N >	Q3 – Q1	IC de 95% da mediana
GRANDE	0,650	3	0	0,30000	(0,35; 0,65)
MÉDIO	0,650	20	2	0,31850	(0,35; 0,65)
PEQUENO	1,000	32	42	0,17475	(0,997; 1)
Global	0,997				

Níveis com < 6 observações têm confiança < 95,0%

Teste

Hipótese nula H_0 : as medianas da população são todas iguais
 Hipótese alternativa H_1 : as medianas da população não são todas iguais

GL	Qui-Quadrado	Valor-p
2	18,08	0,000

Fonte: Qualificação OPS 2017 (ano-base 2016) - ANS

Avaliação da diferença das medianas na Taxa de Fiscalização pelo teste Mood da mediana mostrou rejeição da hipótese nula ($p\text{-value} = 0,000$); a diferença é estatisticamente significativa, conforme Tabela 4.

Tabela 5 – Sumário do modelo de regressão linear: taxa fiscalização por porte

Indicador	S	R2	R2 (aj)	R2 (pred)	Valor - p
Taxa de Fiscalização	0,256021	20,83%	19,18%	16,54%	0,000

Fonte: Elaborado pela autora, conforme resultado da pesquisa

Análise de regressão linear realizada entre a variável Taxa de Fiscalização (dependente) e o porte (independente) mostrou que Taxa de Fiscalização foi influenciada pelo fator porte, R2 (aj) = 19,18%, ($p\text{-value} = 0,000$). Influência estatisticamente significativa.

Tabela 6 - Sumário do modelo de regressão linear: IDSS por porte

Indicador	S	R2	R2 (aj)	R2 (pred)	Valor - p
IDSS	0,09069079	4,28%	2,28%	0,00%	0,123

Fonte: Elaborado pela autora, conforme resultado da pesquisa

Tabela 7 - Sumário do modelo de regressão linear: IDQS por porte

Indicador	S	R2	R2 (aj)	R2 (pred)	Valor - p
IDQS	0,16872	0,64%	0,00%	0,00%	0,736

Fonte: Elaborado pela autora, conforme resultado da pesquisa

A análise de regressão linear mostrou que a variável dependente, IDSS e IDQS não sofreu influência estatisticamente significativa da variável independente (porte), R2 (aj) = 2,28% ($p\text{-value} = 0,123$) e 0,00% ($p\text{-value} = 0,736$), respectivamente (Tabelas 6 e 7).

Tabela 8 – IDSS por faixa de avaliação

	IDSS		
	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
(0,40 a 0,59)	1	1	0
(0,60 a 0,79)	28	10	3
(0,80 a 1)	45	11	0

Fonte: Qualificação das Operadoras 2017 (ano base 2016) – ANS

Quantitativo maior de OPS de pequeno porte na faixa de 0,80 a 1 (45 (61%) no IDSS.

Tabela 9 – IDQS por faixa de avaliação

	IDQS		
	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
(0,20 a 0,39)	2	2	0
(0,40 a 0,59)	18	3	0
(0,60 a 0,79)	30	12	3
(0,80 a 1)	24	5	0

Fonte: Qualificação das Operadoras 2017 (ano base 2016) – ANS

Quantitativo maior de OPS de pequeno porte na faixa de 0,80 a 1 (24 (32%) no IDQS.

Tabela 10 – Taxa de Fiscalização por faixa de avaliação

	TAXA DE FISCALIZAÇÃO (IDSM)		
	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
(0,00 a 0,19)	2	1	0
(0,20 a 0,39)	8	8	1
(0,60 a 0,79)	8	9	2
(0,80 a 1)	56	4	0

Fonte: Qualificação das Operadoras 2017 (ano base 2016) – ANS

Quantitativo maior de OPS de pequeno porte na faixa de 0,80 a 1 (56 (76%) na Taxa de Fiscalização.

6.2 Desempenho econômico-financeiro (2013/2017): avaliação conjunta de todas operadoras

Pesquisados ROA E ROE (rentabilidade), sinistralidade e EBITDA (eficiência operacional), e LC e endividamento (indicadores financeiros).

Tabela 11 – Indicadores econômico-financeiros por ano (n= 99): média (μ)

	2013 (μ)	2014 (μ)	2015 (μ)	2016 (μ)	2017 (μ)
ROA	0,0017	0,0594	0,0978	0,0540	0,0365
ROE	-0,0490	0,1399	0,1316	-0,2002	-0,0520
SINISTRALIDADE	0,9029	0,8853	0,8825	0,9124	0,9130
EBITDA	0,0515	0,1204	0,1369	0,1458	0,0901
LIQUIDEZ CORRENTE	4,4880	4,5940	4,4930	4,6280	4,5810
ENDIVIDAMENTO	0,4056	0,3841	0,3411	0,3424	0,3468

Fonte: Anuário ANS

Sinistralidade alta (0,9130), EBITDA baixo (0,0901), ROE negativo (-0,0520) em 2017; demais indicadores sem alterações relevantes quanto à sustentabilidade no período. Maiores resultados em 2014 e 2015.

Tabela 12 – Indicadores de rentabilidade por ano: mediana

	N	ROA					ROE				
		MÉDIA	DESVPAD	MÍNIMO	MEDIANA	MÁXIMO	MÉDIA	DESVPAD	MÍNIMO	MEDIANA	MÁXIMO
2013	99	0,0017	0,1792	-0,6500	0,0200	0,4500	-0,0490	1,2050	-9,4800	0,0600	5,0800
2014	99	0,0594	0,1886	-0,7000	0,0800	0,5800	0,1399	0,4867	-1,6900	0,1400	2,9000
2015	99	0,0978	0,1458	-0,3500	0,0800	0,5000	0,1316	0,3343	-1,0000	0,1100	1,2900
2016	99	0,0540	0,1540	-0,6400	0,0700	0,4500	-0,2002	3,0830	-30,4500	0,1000	1,2700
2017	99	0,0365	0,1452	-0,7000	0,0600	0,4500	-0,0520	1,4560	-14,1100	0,0800	1,3500

Fonte: Anuário ANS

Menores resultados em 2013 em ROA e ROE (0,0200 e 0,0600); seguidos pelo ano de 2017 (0,0600 e 0,0800); valores mínimos negativos em todos os anos em ROA e ROE.

Tabela 13 – Indicadores de eficiência operacional por ano: mediana

	N	SINISTRALIDADE					EBITDA				
		MÉDIA	DESVPAD	MÍNIMO	MEDIANA	MÁXIMO	MÉDIA	DESVPAD	MÍNIMO	MEDIANA	MÁXIMO
2013	99	0,9029	0,1410	0,4900	0,9000	1,3200	0,0515	0,2344	-0,9500	0,0300	1,6900
2014	99	0,8853	0,1333	0,5100	0,8800	1,2700	0,1204	0,4707	-1,7100	0,0900	4,1800
2015	99	0,8825	0,1687	0,6100	0,8600	1,8800	0,1369	0,2467	-0,0500	0,1100	2,2700
2016	99	0,9124	0,1837	0,5100	0,9100	2,1200	0,1458	0,5106	-0,2700	0,0600	4,6300
2017	99	0,9130	0,1641	0,6200	0,8900	1,8700	0,0901	0,2602	-0,3900	0,0400	2,1500

Fonte: Anuário ANS

Maior sinistralidade em 2016 (mediana = 0,9100), e no EBITDA em 2013 (mediana = 0,0300). Valores mínimos negativos no EBITDA em todos os anos no período.

Tabela 14 - Indicadores financeiros de liquidez e endividamento por ano: mediana

	N	LIQUIDEZ CORRENTE					ENDIVIDAMENTO				
		MÉDIA	DESVPAD	MÍNIMO	MEDIANA	MÁXIMO	MÉDIA	DESVPAD	MÍNIMO	MEDIANA	MÁXIMO
2013	99	4,4880	6,5260	0,3600	2,5800	58,3700	0,4056	0,2667	0,0500	0,3500	1,3300
2014	99	4,5940	6,8330	0,1100	2,9200	59,7900	0,3841	0,2840	0,0400	0,3100	1,5400
2015	99	4,4930	5,7980	0,1290	3,1200	51,1100	0,3411	0,2302	0,0500	0,2800	1,1000
2016	99	4,6280	6,3090	0,4800	3,1700	59,0300	0,3424	0,2456	0,0100	0,2900	1,5900
2017	99	4,5810	6,2610	0,6700	2,8200	55,6200	0,3468	0,2337	0,0100	0,3000	1,2600

Fonte: Anuário ANS

Capacidade para honrar obrigações no curto prazo (maior que 1,0000), foi demonstrada no período, e endividamento com mediana entre 0,3500 a 0,2800, e menor resultado em 2013.

6.3 Desempenho econômico-financeiro (2013/2017): avaliação por porte

Tabela 15 - Indicadores econômico-financeiros por porte (n=99)

VARIÁVEL	PORTE	N	MÉDIA	DESVPAD	MÍNIMO	MEDIANA	MÁXIMO
ROA	GRANDE	3	0,0113	0,0861	-0,0880	0,0580	0,0640
	MÉDIO	22	0,0385	0,0805	-0,1600	0,0470	0,1580
	PEQUENO	74	0,0548	0,0842	-0,2440	0,0560	0,2080
ROE	GRANDE	3	0,0950	0,3900	-0,3140	0,1380	0,4620
	MÉDIO	22	-0,1240	0,8320	-3,2880	0,0550	1,1260
	PEQUENO	74	0,0249	0,7135	-5,8620	0,0940	0,9420
SINISTRALIDADE	GRANDE	3	0,8767	0,1432	0,7240	0,8980	1,0080
	MÉDIO	22	0,9568	0,1411	0,7820	0,9140	1,4760
	PEQUENO	74	0,8830	0,1118	0,6540	0,8850	1,2480
EBITDA	GRANDE	3	0,0187	0,0383	-0,0240	0,0300	0,0500
	MÉDIO	22	0,2080	0,6260	-0,0260	0,0470	2,9840
	PEQUENO	74	0,0832	0,0904	-0,1780	0,0770	0,4220
LIQUIDEZ CORRENTE	GRANDE	3	1,2353	0,0960	1,1260	1,2740	1,3060
	MÉDIO	22	5,6700	11,6900	0,8200	2,2700	56,7800
	PEQUENO	74	4,3620	3,4460	0,8820	3,2150	18,9680
ENDIVIDAMENTO	GRANDE	3	0,6820	0,1633	0,5620	0,6160	0,8680
	MÉDIO	22	0,4456	0,2220	0,0760	0,4190	1,0020
	PEQUENO	74	0,3268	0,2173	0,0500	0,2850	1,0480

Fonte: Anuário ANS

Maior média do ROA foi mostrado nas OPS de pequeno porte (0,0548) e mediana (0,0580) nas de grande porte; média e mediana do ROE foram maiores nas OPS de grande porte ($\mu = 0,0950$ e mediana = 0,1380). EBITDA apresentou maior média (0,2080) nas OPS de médio porte, e maior mediana (0,0770), nas de pequeno. LC apresentou maior média (5,6700) nas OPS de médio porte e maior mediana (3,2150), nas de pequeno.

OPS de pequeno porte apresentaram menor sinistralidade e endividamento, e maior EBITDA e LC, considerando as medianas. OPS de médio porte apresentaram mediana maior na sinistralidade (0,9140), tendendo a insustentabilidade. Endividamento maior foi apresentado pelas OPS de grande porte, mediana de 0,6160.

6.3.1 Efeito do fator operadora por porte (pequeno e médio):

Efeito do fator operadora por porte, avaliado pelo Teste *t Student*, considerando: 1- Hipótese nula (Ho): as médias são iguais; 2- Hipótese alternativa (H1): as médias são diferentes; 3- Nível de significância (α): 0,05, conforme Tabelas 16 e 17.

Tabela 16 – Sinistralidade: diferença de médias

Teste-F: duas amostras para variâncias		
	SINIST PEQ	SINIST MED
Média	0,883027027	0,956818182
Variância	0,012492081	0,019913775
Observações	74	22
gl	73	21
F	0,62730856	
P(F<=f) uni-caudal	0,074586447	
F crítico uni-caudal	0,587400394	
Teste-t: duas amostras presumindo variâncias equivalentes		
	SINIST PEQ	SINIST MED
Média	0,883027027	0,956818182
Variância	0,012492081	0,019913775
Observações	74	22
Variância agrupada	0,014150119	
Hipótese da diferença de m:	0	
gl	94	
Stat t	-2,554558421	
P(T<=t) uni-caudal	0,006119431	
t crítico uni-caudal	1,661225855	
P(T<=t) bi-caudal	0,012238862	
t crítico bi-caudal	1,985523442	

Fonte: Anuário ANS (teste t pelo Excel)

Tabela 17: Endividamento: diferença de médias

Teste-F: duas amostras para variâncias		
	ENDIVIDAMENTO PEG	ENDIVIDAMENTO MED
Média	0,326837838	0,445636364
Variância	0,047228932	0,049273385
Observações	74	22
gl	73	21
F	0,958507965	
P(F<=f) uni-caudal	0,426402157	
F crítico uni-caudal	0,587400394	

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias equivalentes		
	ENDIVIDAMENTO PEG	ENDIVIDAMENTO MED
Média	0,326837838	0,445636364
Variância	0,047228932	0,049273385
Observações	74	22
Variância agrupad:	0,047685672	
Hipótese da difere	0	
gl	94	
Stat t	-2,240312916	
P(T<=t) uni-caudal	0,013713166	
t crítico uni-caudal	1,661225855	
P(T<=t) bi-caudal	0,027426332	
t crítico bi-caudal	1,985523442	

Fonte: Anuário ANS (teste *t Student*)

Teste *t Student* mostrou diferença estatisticamente significativa entre as médias dos indicadores sinistralidade e endividamento, considerando OPS de médio e pequeno portes. Assim, rejeita-se a hipótese nula de igualdade das médias. A evidência estatística das amostras aponta para a diferença nas médias sendo maior no porte médio (Tabelas 16 e 17).

A análise de regressão linear múltipla mostrou associação estatisticamente significativa entre a resposta endividamento e as preditoras ROA, EBITDA, LC, sinistralidade ($p = 0,000$) e porte ($p = 0,016$), encontrando explicação em percentual de 43,75% ($R^2(aj)$, Tabela 18 e 19).

Tabela 18 – Análise de regressão linear múltipla

Sumário do Modelo

S	R2	R2(aj)	R2(pred)
0,171665	46,14%	43,24%	0,00%

Análise de Variância

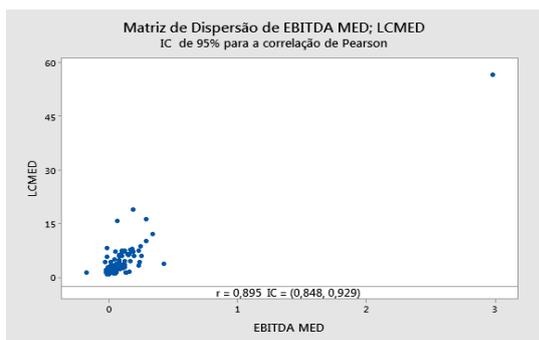
Fonte	GL	SQ (Aj.)	QM (Aj.)	Valor F	Valor-P
Regressão	5	2,34739	0,46948	15,93	0,000
ROA MED	1	0,38714	0,38714	13,14	0,000
EBITA MED	1	0,50445	0,50445	17,12	0,000
LCMED	1	1,07259	1,07259	36,40	0,000
PORTE	2	0,25321	0,12660	4,30	0,016
Erro	93	2,74060	0,02947		
Falta de ajuste	92	2,74060	0,02979	*	*
Erro puro	1	0,00000	0,00000	*	*
Total	98	5,08799			

Fonte: Anuário ANS

Correlação de positiva de: LC em função de EBITDA ($r = 0,895$) mostrou relação linear forte entre as variáveis (crescimento da capacidade de pagamento de curto prazo relacionado com crescimento de geração de caixa operacional) (Gráfico 4); sinistralidade em função do EBITDA ($r = 0,396$), mostrou relação entre as variáveis, mas fraca (aumento do EBITDA relacionado com aumento da sinistralidade) (Gráfico 9), resultado não esperado, porém, em regra, as autogestões aportam recursos quando a sinistralidade aumenta, e com gestão amadora, a sinistralidade tende a aumentar. Correlações negativas de: ROA em função da sinistralidade ($r = - 0,352$), mostrou relação linear fraca entre as variáveis (ROA aumenta à medida que a sinistralidade diminui); LC em função do endividamento ($r = - 0,443$), mostrou relação linear

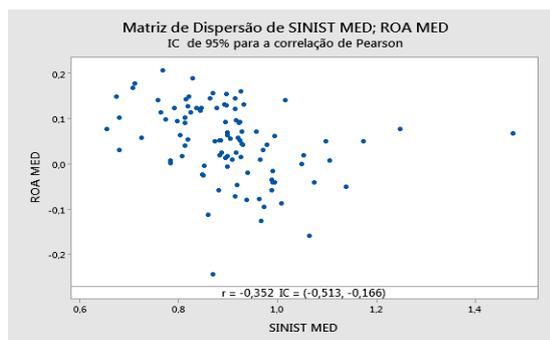
entre as variáveis (aumento do LC está relacionado com a redução do endividamento); endividamento em função do ROA ($r = -0,346$), mostrou relação linear entre as variáveis (redução do endividamento relacionado com o aumento do ROA); entre EBITA em função do endividamento ($-0,242$), mostrou relação linear entre as variáveis (EBITDA diminui em função do aumento do endividamento (Gráficos 5 a 8).

Gráfico 4 – EBITA e LC



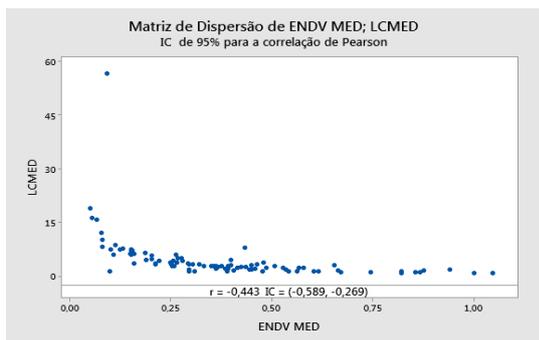
Fonte: Anuário

Gráfico 5 – sinistralidade e ROA



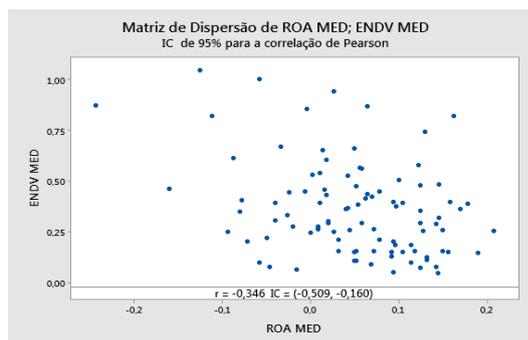
Fonte: Anuário

Gráfico 6 – Endividamento e LC



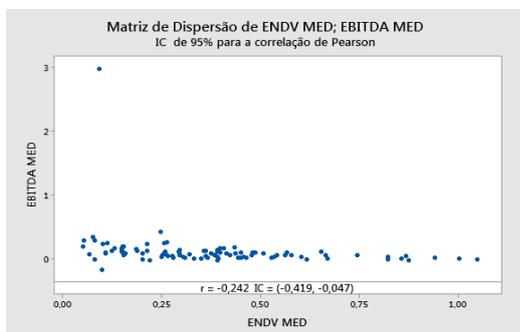
Fonte: Anuário ANS

Gráfico 7 – ROA e Endividamento



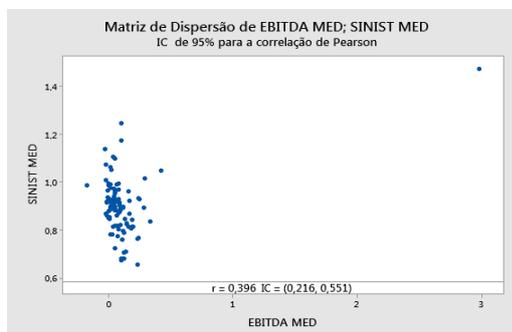
Fonte: Anuário ANS

Gráfico 8 - Endividamento e EBITDA



Fonte: Anuário ANS

Gráfico 9 –EBITDA e Sinistralidade



Fonte: Anuário ANS

6.4 Heterogeneidade de desempenho

Realizado filtro das OPS, considerando IDQS = 1, 05 OPS de pequeno porte com alto desempenho foram identificadas (5,05%); no IDSS, 04 OPS apresentaram resultados entre 0,95 a 0,99; e na Taxa de Fiscalização, 03 com pontuação 1. Uma se destacou (ANS-41865-0) com IDSS = 0,9935; IDQS e Taxa de Fiscalização = 1, conforme Tabela 19.

Tabela 19 - Operadoras com alto desempenho: pequeno porte

OPS-ANS	PORTE	FAIXA	IDSS	IDQS	TX.FISCAL	ROA MED	ROE MED	SINIST MED	EBITDA MED	LC MED	ENDV MED
31466-8	PEQUENO	(0,80 a 1)	0,9603	1,0000	0,6500	0,0320	0,0380	0,6800	0,1200	3,5220	0,2120
41721-1	PEQUENO	(0,80 a 1)	0,9503	1,0000	1,0000	0,1440	0,1540	0,8140	0,1860	18,9680	0,0500
35912-2	PEQUENO	(0,80 a 1)	0,807	1,0000	0,3500	-0,0260	-0,0560	0,8500	-0,0040	2,8000	0,3320
32755-7	PEQUENO	(0,80 a 1)	0,9737	1,0000	1,0000	0,1140	0,1480	0,8240	0,1400	6,5800	0,1860
41865-0	PEQUENO	(0,80 a 1)	0,9935	1,0000	1,0000	0,0720	0,1020	0,9560	0,0500	3,6920	0,2640

Fonte: Listagem de qualificação das OPS e anuário (ANS)

Tabela 19 mostrou uma autogestão com resultado negativo em ROA, ROE e EBITDA, embora com sinistralidade boa; uma com sinistralidade alta (0,956), e endividamento baixo; LC alto e ROA e ROE acima da média das autogestões em quatro das OPS com heterogeneidade.

Tabela 20 – OPS baixo desempenho: grande porte

OPS-ANS	PORTE	IDSS	IDQS	TX.FISCAL	ROA MED	ROE MED	SINIST MED	EBITDA MED	LC MED	ENDV MED
31212-6	GRANDE	0,7415	0,7886	0,6500	0,0640	0,4620	0,8980	0,0300	1,1260	0,8680
34665-9	GRANDE	0,7943	0,7879	0,3500	-0,0880	-0,3140	1,0080	-0,0240	1,3060	0,6160
41353-4	GRANDE	0,7830	0,7672	0,6500	0,0580	0,1380	0,7240	0,0500	1,2740	0,5620

Fonte: Qualificação das OPS 2017 (ano-base 2016) e Anuário (ANS)

Tabela 20 mostrou pontuação maior que 0,70 no IDSS e IDQS, porém Taxa de Fiscalização entre 0,6500 a 0,3500; endividamento $\geq 0,50$; $LC \leq 1,5$; EBITDA baixo, além de um, negativo, e duas com sinistralidade de insustentabilidade (0,898 e 1,008).

Tabela 21 - OPS de grande porte: Direção Fiscal - ANS

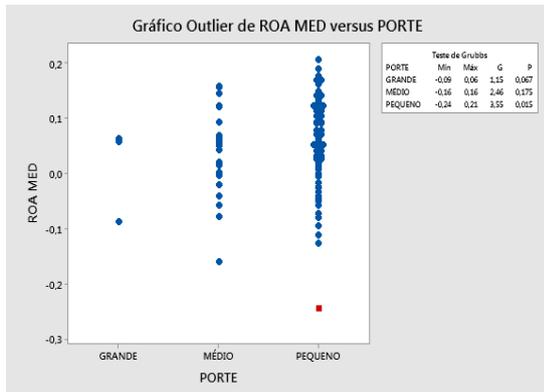
OPS-ANS	PORTE	IDSS	IDQS	TX.FISCAL	ROA MED	ROE MED	SINIST MED	EBITDA MED	LC MED	ENDV MED
34665-9	GRANDE	0,7943	0,7879	0,35	-0,088	-0,314	1,008	-0,024	1,306	0,616

Fonte: Qualificação das OPS 2017 (ano-base 2016) e Anuário (ANS)

Rentabilidade e EBITDA negativos, endividamento e sinistralidade alta e baixa LC.

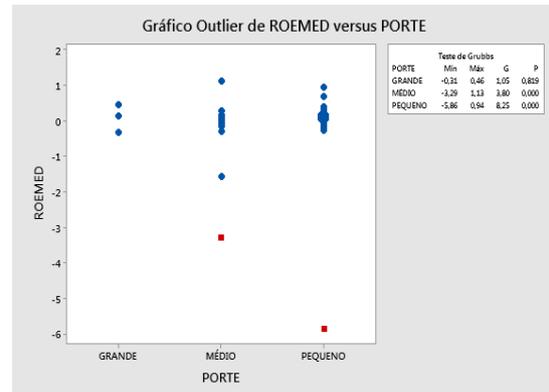
Avaliação de valores extremos (*outlier*) mostrou que, nos resultados com $p \leq 0,05$, H_0 foi rejeitado, identificado *outlier* em 4 OPS de pequeno porte (ROA, ROE negativos; EBITDA e LC altos); e em 4 de médio porte (ROE negativo e sinistralidade alta; EBITDA e LC altos; nenhuma das OPS de grande porte foi identificada com *outlier* (Gráficos 10 a 15).

Gráfico 10 - ROA negativo



Fonte: Anuário ANS

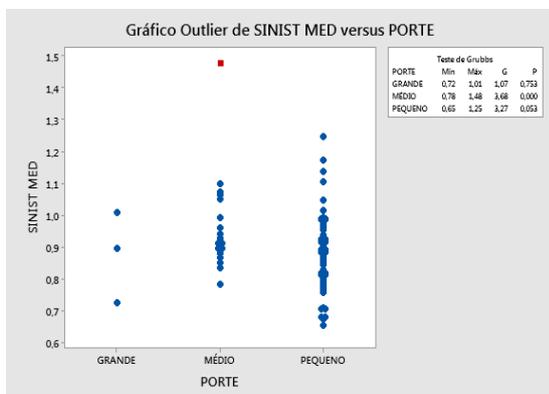
Gráfico 11 - ROE negativo



Fonte: Anuário ANS

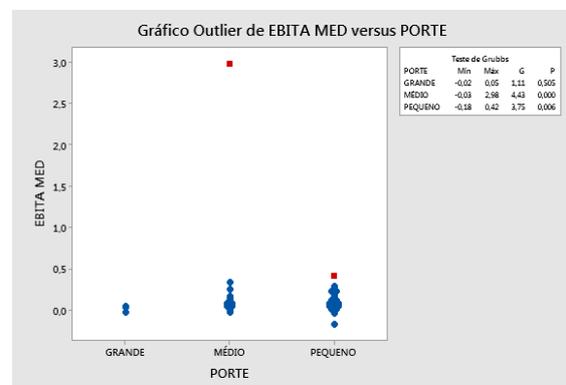
Foram identificadas 1 OPS pequeno porte com ROA -0,244 ($p = 0,015$), e 02 OPS com ROE negativo (médio porte, -3,29 e pequeno porte, - 5,86), ambas com $p = 0,000$.

Gráfico 12 – Sinistralidade alta



Fonte: Anuário ANS

Gráfico 13 – EBITDA elevado

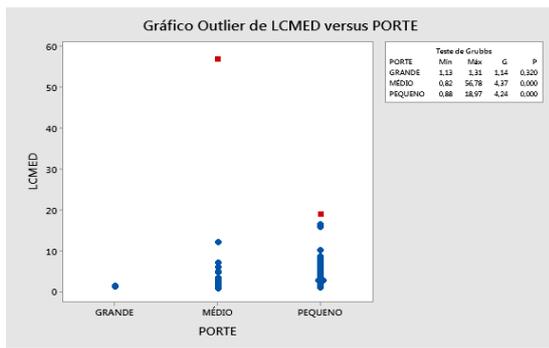


Fonte: Anuário ANS

Foram identificadas: 1 OPS (médio porte) com sinistralidade = 1,476 ($p = 0,000$), e 1 OPS (médio porte) com EBITDA alto = 2,98 ($p = 0,000$).

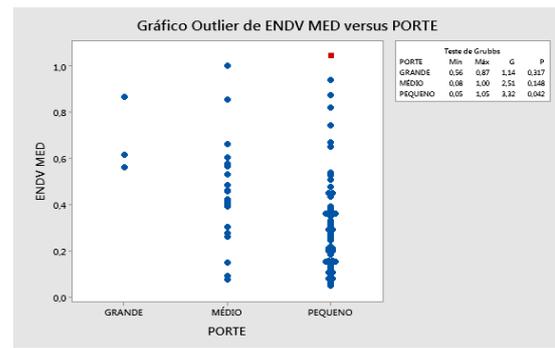
Gráficos 14 e 15 abaixo mostraram 02 OPS com LC elevadas (1, médio porte = 56,784; 1, pequeno porte = 18,68, ambas $p = 0,000$); 1 OPS pequeno porte com endividamento alto = 1,048 ($p = 0,042$).

Gráfico 14 –Liquidez Corrente alta



Fonte: Anuário ANS

Gráfico 15 – Endividamento alto



Fonte: Anuário ANS

6.5 Análise quantitativa (estatutos sociais)

Análise dos Estatutos Sociais mostrou estrutura de GC formada por Diretores e Conselheiros (Deliberativo e/ou Fiscal), indicados pelas patrocinadoras e/ ou eleitos pelos empregados das empresas (ativos e aposentados); sem prever estrutura organizacional capacitada para gestão médica; administração direta pelos empregados. A gestão é exercida por mandatos de 4 anos, em regra, admitida recondução por mais um período. Verificou-se, proibição de remuneração ou vantagem para diretores e conselheiros eleitos, porém exceção à regra foi identificada em operadora de grande porte, com remuneração com valores de mercado.

6.5.1 Avaliação da heterogeneidade das operadoras com alto desempenho

Entrevista com gestores das operadoras com alto desempenho foi realizada por meio de questionário (05 questões abertas) voltadas para as variáveis de investigação, conforme abaixo:

- 1) De que forma são selecionados os Diretores e Conselheiros da operadora?
- 2) A gestão da assistência foi realizada por médico?
- 3) A operadora possui serviços próprios? Com quais profissionais? Ou terceiriza?
- 4) Como é feita a gestão de pessoas no sentido da capacitação (recursos internos, intangíveis)?
- 5) Como a operadora realiza a gestão das despesas assistenciais (custos) com as internações?

As respostas obtidas foram organizadas nas tabelas 22 e 23 abaixo:

Tabela 22 – OPS de alto desempenho: aspectos administrativos

Operadoras	Gestão Corporativa			Gerência Médica		Gestão Pessoas (capacitação)	
	Eleita	Indicada	Eleita/Indicada	Sim	Não	Sim	Não
31466-8			X	X		X	
41721-1	X			X		X	
35912-2	X			X		X	
32755-7			X	X		X	
41865-0	X			X		X	

Fonte: Entrevista por telefone com os gestores das operadoras realizada pela autora da pesquisa

Convergência entre OPS que se destacaram pela heterogeneidade foi verificada: possuem gerência médica; adotam capacitação (especialização) dos gestores e colaboradores, para melhoria contínua; GC com Diretores e Conselheiros eleitos e/ou indicados.

Tabela 23 – OPS de alto desempenho: aspectos técnicos

Operadoras	Gestão Assistência			Gestão das despesas com internações			Progrmas de Prevenção aprovados pela ANS
	Própria		Terceirizada	Auditoria prévia	Auditoria concomitante	Auditoria pós (conta)	
	Com especialista	Sem especialista					
31466-8 (**)	X (*)			X	X	X	1
41721-1			X		X		0
35912-2	X			X	X	X	4
32755-7			X	X		X	0
41865-0	X		X	X	X	X	15

(*) 10 serviços próprios

(**) operadora acreditada

Fonte: Entrevista por telefone com os gestores das operadoras realizada pela autora da pesquisa

Na gestão da assistência, 04 operadoras possuem serviço próprio (verticalização ambulatorial com clínicos e especialistas) e 01, terceiriza a assistência à saúde. Quanto à gestão das despesas com internações, 03 realizam auditoria prévia, concomitante e pós procedimento (conta hospitalar); 01 apenas a concomitante; e 01, a prévia e pós procedimento. Uma OPS se destacou com 15 programas de prevenção aprovados pela ANS. Uma OPS possui 04 programas aprovados e uma, 01 programa, duas, não possuem programas aprovados.

Em sentido contrário, verificou-se 01 autogestão com baixo desempenho e em Direção Fiscal por possível problema de gestão (ativo menor que o passivo), tendo em vista as informações constantes em seus Relatórios de Gestão publicados em seu site desde 2004, o que aponta para possibilidade de não observação aos seus recursos internos intangíveis, conforme Tabela 24.

Tabela 24 - OPS de baixo desempenho: aspectos administrativos

Operadora	Gestão Corporativa			Gerência Médica		Gestão Pessoas (capacitação)	
	Eleita	Indicada	Eleita/Indicada	Sim	Não	Sim	Não
34665-9			X (*)		X		X

(*) Falta de transparência (responsável técnico oculto / não observação da compliance); conflitos de interesses;

Fonte: Estatuto Social e site da CASSI (Relatório de Gestão da Operadora)

Tabela 24 mostrou que a GC é indicada e eleita; responsável técnico médico não é divulgado e vários cursos de capacitação foram realizados em parceria com uma instituição argentina, sem divulgação dos critérios de escolha e sem melhora no desempenho da OPS apesar das capacitações realizadas para gestores e colaboradores.

Tabela 25 – OPS de baixo desempenho: aspectos técnicos

Operadora	Gestão Assistência			Gestão das despesas com internações			Programas de Prevenção aprovados pela ANS
	Própria		Terceirizada	Auditoria prévia	Auditoria concomitante	Auditoria pós (conta)	
	Com especialista	Sem especialista					
34665-9		X (*)	X			X	3

(*) 66 Serviços próprios

Fonte: Estatuto Social e site da CASSI (Relatório de Gestão da Operadora)

A operadora possui 66 serviços próprios com médicos de família (sem outros especialistas), alguns sem registro da especialidade no CFM (Conselho Federal de Medicina), e com baixa adesão ao serviço próprio. Terceiriza o serviço de auditoria médica, que é realizada apenas em uma modalidade (pós procedimento). Possui apenas 3 programas de prevenção aprovados pela ANS. Provisiona valores altos para pagamento de multas e indenizações em razão de reclamações na ANS e judicialização sob o argumento de negativas de autorizações.

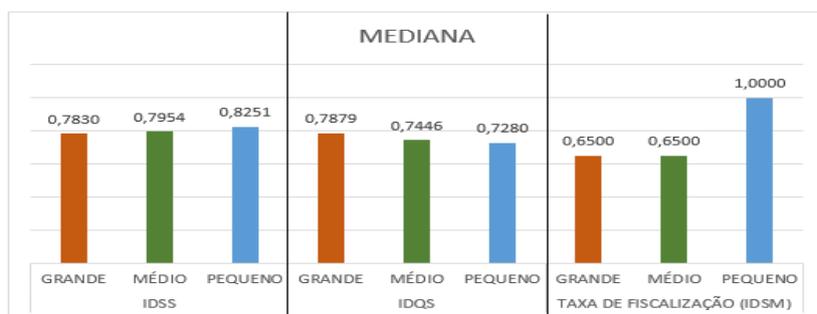
7 DISCUSSÃO

Análise das operadoras por porte mostrou com mais acuidade a qualidade do serviço prestado aos beneficiários do que a avaliação das operadoras em conjunto, uma vez que nessas as médias dos três indicadores de qualidade se apresentaram maiores (IDSS = 0,8205; IDQS = 0,7181 e Taxa de Fiscalização = 0,7876).

Correlação positiva, estatisticamente significativa, com alguma intensidade de IDSS em função de IDQS ($r = 0,553$), e de Taxa de Fiscalização ($r = 0,531$) foi mostrada (aumento do IDSS está relacionado com o aumento do IDQS e Taxa de Fiscalização), Gráficos 2 e 3.

Na avaliação por porte, as autogestões de grande e médio porte na Taxa de Fiscalização apresentaram valor baixo de mediana (0,6500), o que surpreendeu, tendo em vista que essas operadoras por possuírem maiores recursos, deveriam proporcionar satisfação aos associados em valor maior pelo suprimento das necessidades detectadas. Destaque para as de pequeno porte com mediana igual a 1 na Taxa de Fiscalização e no IDSS com mediana igual a 0,8251, quando comparado com a avaliação dos demais portes, conforme Gráfico 16.

Gráfico 16 – Comparativo por porte (IDSS, IDQS e Taxa de Fiscalização)



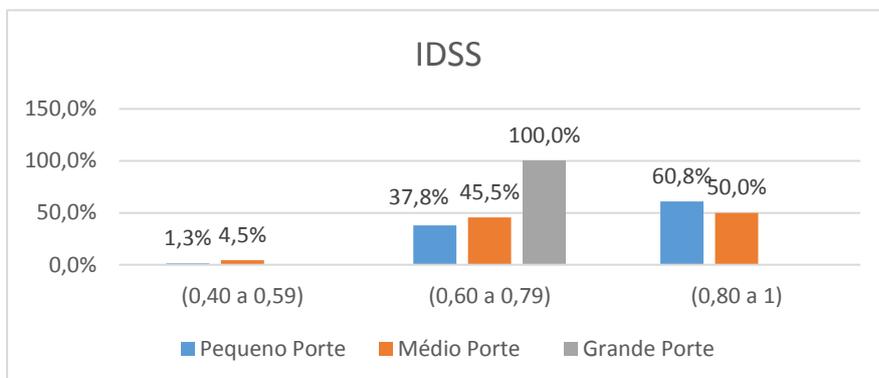
Fonte: Qualificação das OPS 2017 (ano-base 2016) - ANS

Teste mood da mediana mostrou rejeição da hipótese nula, isto é, há diferença estatisticamente significativa das medianas na Taxa de Fiscalização por porte ($p\text{-value} = 0,000$). A evidência estatística das amostras aponta para a diferença nas medianas, sendo maior nas de pequeno porte (Tabela 4).

A análise de regressão linear realizada entre a variável de resposta (índice) e a explicativa (porte), mostrou que a Taxa de Fiscalização foi significativamente influenciada pelo fator porte em 19,18% ($p = 0,000$), o mesmo não ocorrendo com o IDSS e IDQS (Tabela 5/7).

Na avaliação do IDSS, IDQS e Taxa de Fiscalização por faixa de pontuação por porte, as OPS de pequeno porte se destacaram com maior percentual de operadoras na faixa entre 0,80 a 1, conforme Gráficos 17, 18 e 19 abaixo:

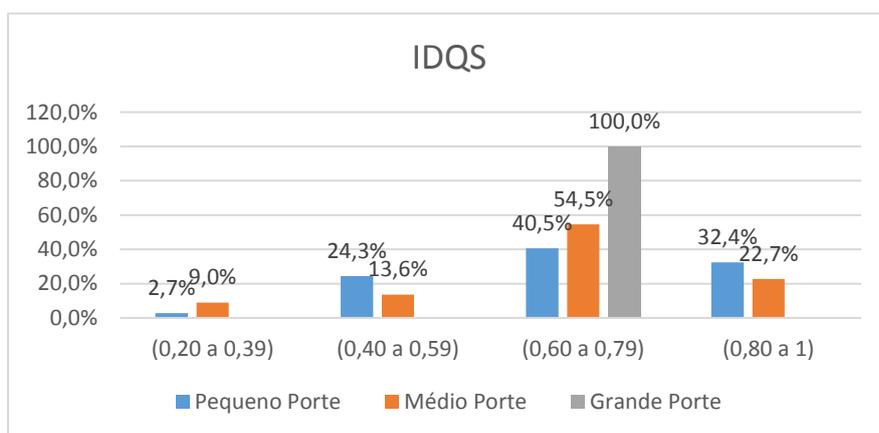
Gráfico 17 – IDSS - percentual de OPS (faixa de pontuação/porte)



Fonte: Qualificação das Operadoras 2017 (ano base 2016) – ANS

Gráfico 17 mostrou que na faixa entre 0,80 a 1, foram encontradas 60,8% das OPS de pequeno porte, e 50,0%, das de médio, ratificando o destaque no desempenho das OPS de pequeno porte. Na faixa entre 0,60 a 0,79, foram encontradas 100% das OPS de grande porte.

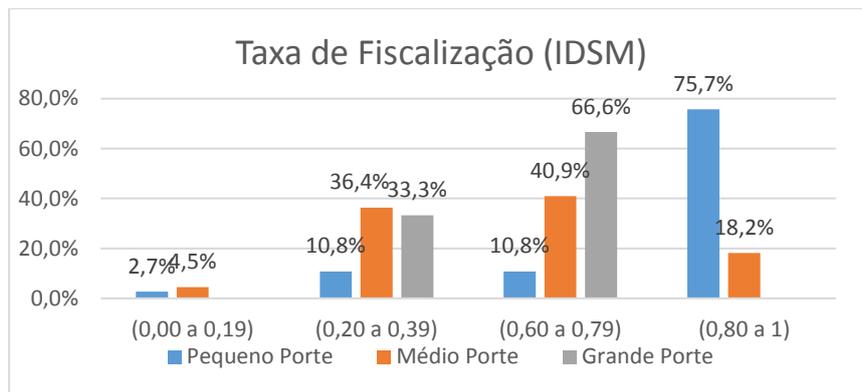
Gráfico 18 – IDQS - percentual de OPS (faixa de pontuação/porte)



Fonte: Qualificação das Operadoras 2017 (ano base 2016) – ANS

Gráfico 18 mostrou que na faixa 0,80 a 1, foram encontradas 32,4% das OPS de pequeno porte e 22,7% das de médio, reforçando o desempenho superior encontrado nas OPS de pequeno porte. Na faixa entre 0,60 a 0,79, foram encontradas 100% das operadoras de grande porte; 54,5% das de médio e 40,5%, das de pequeno.

Gráfico 19 – Taxa de Fiscalização - OPS de operadoras (faixa de pontuação/porte)

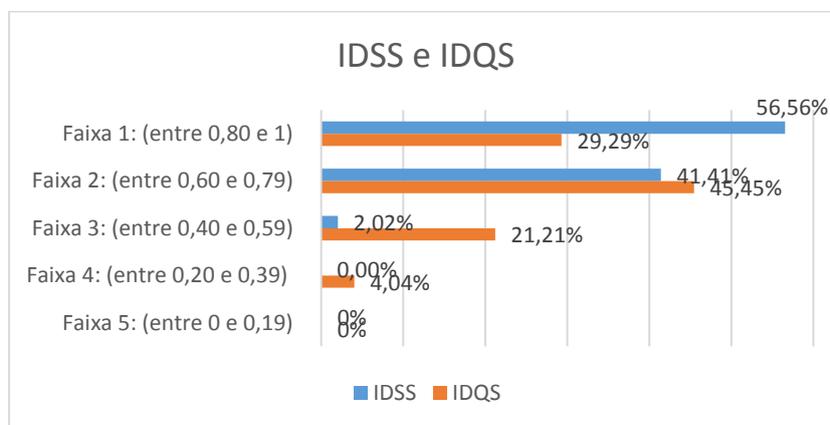


Fonte: Qualificação das Operadoras 2017 (ano base 2016) – ANS

Gráfico 19 mostrou que na faixa 0,80 a 1, foram encontradas 75,7% das OPS de pequeno porte, e 18,2%, das de médio, demonstrando desempenho superior daquelas. Na faixa 0,60 a 0,79 foram encontradas 66,6% das OPS de grande porte, 40,9%, das de médio, e 10,8%, de pequeno. Na faixa 0,20 a 0,39, foram encontradas 33,3% das OPS de grande porte; 36,4%, das de médio e 10,8%, das de pequeno. As OPS de grande porte ficaram concentradas na faixa 0,60 a 0,79, e as de pequeno na faixa 0,80 a 1.

Comparativo entre IDSS e IDQS mostrou maior percentual de OPS no IDSS, faixa entre 0,80 e 1 (56,56%), divergindo de percentual menor de OPS no IDQS na mesma faixa (29,29%), o mesmo ocorrendo na faixa 0,40 e 0,59, onde apenas 2,025 % das OPS foram encontradas nessa faixa no IDSS, em oposição a 21,21% de OPS encontradas no IDQS, embora objetivo maior das OPS seja prestar serviço de qualidade na assistência à saúde (Gráfico 20).

Gráfico 20 – Comparativo entre IDSS e IDQS (autogestões)



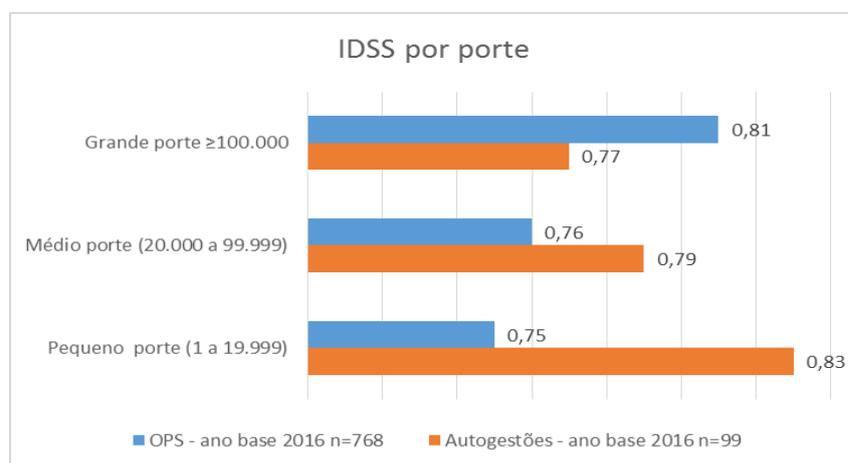
Fonte: Qualificação das operadoras 2017 (ano base 2016) - ANS

Quanto a divergência percentual de operadoras entre IDSS e IDQS, é possível que esteja sendo causada por viés na metodologia do cálculo dos indicadores, uma vez que o IDSS não refletiu a deficiência da gestão em saúde (IDQS). Além disso, em várias operadoras, tanto o IDQS quanto a Taxa de Fiscalização (satisfação do beneficiário) apresentaram pontuação menores que o IDSS, ratificando a possibilidade de ocorrência de desvio. A verificação de 60% das operadoras na faixa entre 0,80 e 1 na Taxa de Fiscalização (Tabela 10), reforçou o entendimento de possível distorção dos indicadores, pois também esse percentual mostrou incoerência com o percentual de 30% de operadoras nessa faixa no IDQS (Tabela 9), dentro do entendimento de que a qualidade na assistência proporciona maior satisfação dos usuários, embora pela assimetria de informação o associado tenda avaliar como qualidade acesso ao serviço e não a resolutividade do serviço prestado.

E, ainda, considerando que o objetivo da ANS com a criação da avaliação da qualificação das operadoras foi a melhoria contínua, constatou-se que as frequentes alterações na metodologia dos indicadores, desde 2015, tornou impossível o alcance desse objetivo, pela impossibilidade de comparação entre os anos, o que foi reconhecido pela própria ANS na nota técnica dos indicadores. Reforçando tal entendimento, segundo Mota e Custódio (2012:98;99), os dados precisam ser consistentes e abranger um mínimo de 3 anos, para que a comparabilidade produza conclusões sustentadas e seguras.

Quanto à comparação do IDSS (Gráfico 21) e do IDQS (Gráficos 22) entre as autogestões e todas modalidades de OPS, verificou-se que as autogestões de pequeno e médio portes se destacaram.

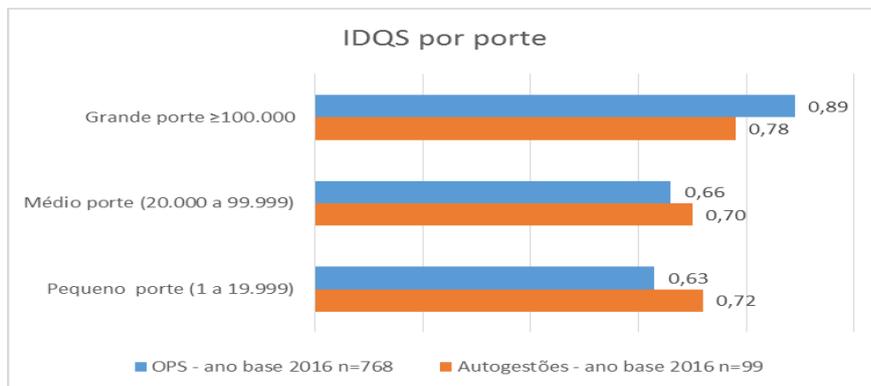
Gráfico 21 – IDSS – autogestões e OPS todas as modalidades



Fonte: Listagem (autogestões) e relatório de qualificação OPS - ANS

Média do IDSS das autogestões de pequeno porte foi de 0,83, seguidas pelas de médio porte (0,79). As autogestões de grande porte apresentaram menor média em comparação com todas as modalidades de OPS de grande porte (0,77).

Gráfico 22 – IDQS - autogestões e OPS todas as modalidades



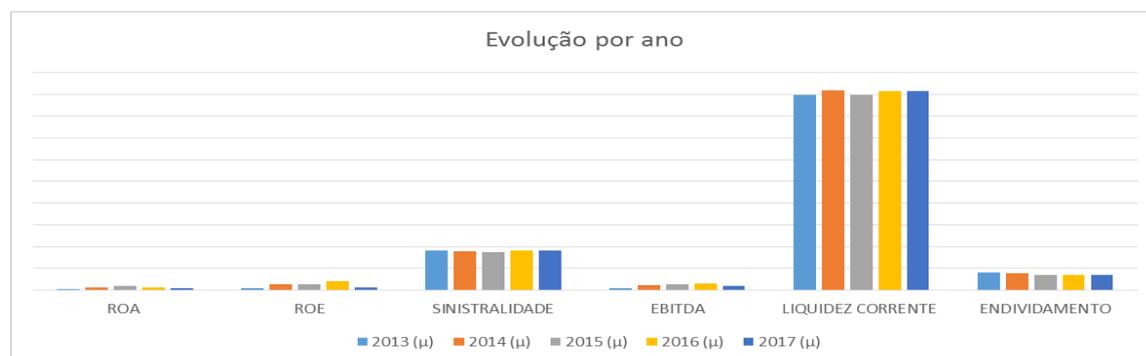
Fonte: Listagem (autogestões) e relatório de qualificação ANS (OPS)

Também no IDQS, a média do índice foi maior nas autogestões de pequeno porte (0,72), seguidas das de médio porte (0,70). Porém as autogestões de grande porte apresentaram menor média quando em comparação com todas as modalidades de OPS de grande porte (0,78).

É possível que as menores médias das autogestões de grande porte possam estar refletindo gestão amadora nessa modalidade e, por isso, em razão do porte o desfecho se agrava.

Quanto ao desempenho econômico-financeiro por ano, este mostrou que oscilação da média dos indicadores não foi substancial, conforme Gráfico 23, e demais testes estatísticos.

Gráfico 23 - Indicadores econômico-financeiros por ano



Fonte: Anuário ANS

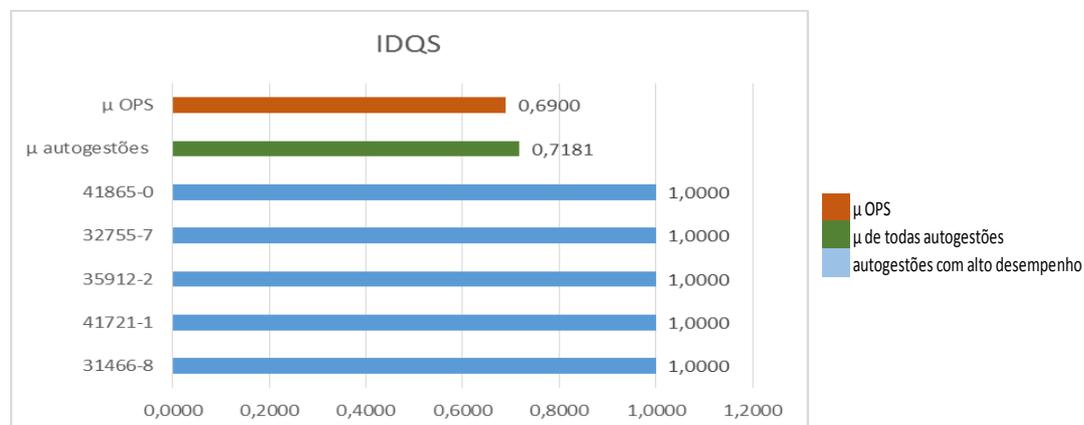
Maiores valores de médias foram verificados nos indicadores econômico-financeiros no período 2014/2015 (Tabela 11), podendo esse desempenho estar associado à situação econômica mais estável no Brasil nessa época, conforme mencionado por Corrêa (2016), na avaliação da correlação entre os indicadores econômico-financeiros.

Assim, quanto ao porte, operadoras de pequeno porte se destacaram, com valor menor na mediana da sinistralidade e do endividamento, e valor maior no EBITDA e LC, (sustentabilidade); na rentabilidade, ROA foi igual a de grande porte e ROE, menor que a de grande porte, mas maior que a de médio porte. A maior sinistralidade foi encontrada nas operadoras de médio porte (0,9140), apontando para a insustentabilidade (Tabelas 12 a 14).

O efeito operadora por porte, pelo Teste *t de Student*, mostrou diferença estatisticamente significativa das médias entre OPS (pequeno e médio porte) na sinistralidade e no endividamento, rejeitando-se a hipótese nula, considerando $p\text{-value} \leq 0,05$ (maior médias na sinistralidade e no endividamento no porte médio (Tabelas 16 e 17). Análise pela regressão linear múltipla, com endividamento como resposta e ROA, EBITDA, LC e porte como predictoras, apresentou poder explicativo de 43,7%, estatisticamente significativo (Tabela 18), reforçado esse resultado pela correlação negativa de ROA em função da sinistralidade; de LC e EBITDA em função do endividamento; de endividamento em função de ROA; e positiva forte de LC sem função de EBITA; e fraca de sinistralidade em função de EBITDA, essa não era esperada, podendo ser explicada pelo fator modalidade autogestão (Gráficos 4 a 9).

Pesquisa para identificação das OPS com alto desempenho mostrou 05 autogestões de pequeno porte, com pontuação máxima igual a 1 em IDQS, conforme Tabela 19.

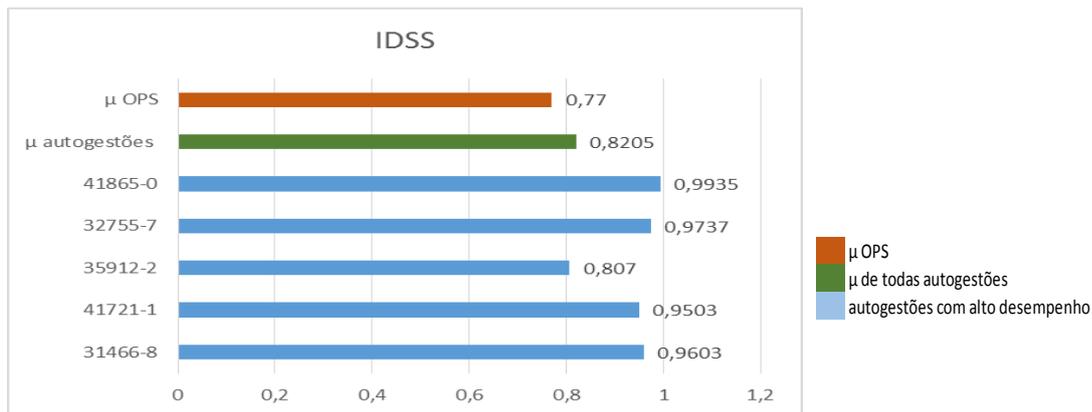
Gráfico 24 – IDQS - heterogeneidade (comparativo)



Fonte: Qualificação OPS, 2017 (2016), ANS

O gráfico 24 mostrou a heterogeneidade das cinco OPS pela pontuação máxima (1) no IDQS, e pela comparação com todas as autogestões e todas as modalidades de OPS, em razão da média de 0,7181 nas autogestões e de 0,69 em todas as modalidades de OPS. Nos indicadores IDSS e Taxa de Fiscalização, as operadoras de alto desempenho também se destacaram, conforme Gráficos 25 e 26.

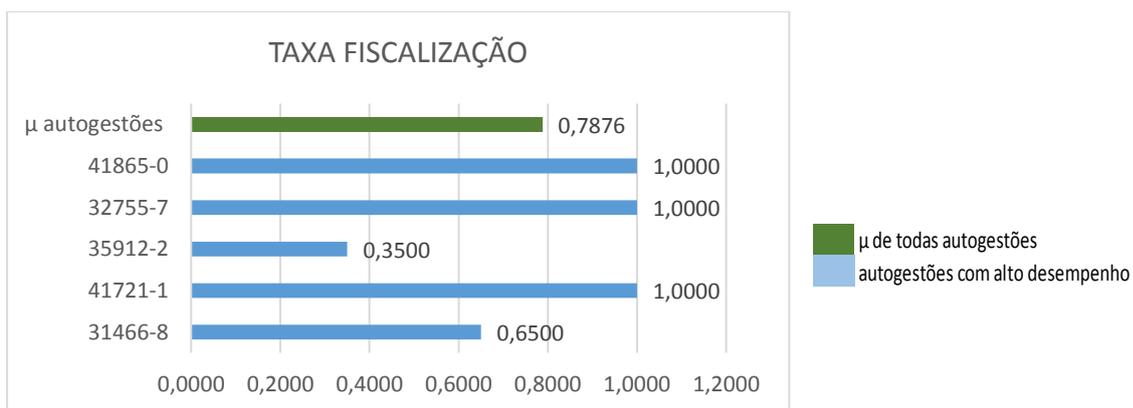
Gráfico 25 – IDSS – heterogeneidade (comparativo)



Fonte: Rel. Qualificação OPS, 2017 (2016), ANS

O gráfico 25 mostrou que as operadoras com alto desempenho apresentaram IDSS com alta pontuação, exceto uma com pontuação 0,80. A heterogeneidade restou comprovada, pois a média das autogestões foi igual a 0,82, e de todas as modalidades de OPS foi de 0,77.

Gráfico 26 – Taxa de Fiscalização - heterogeneidade (comparativo)



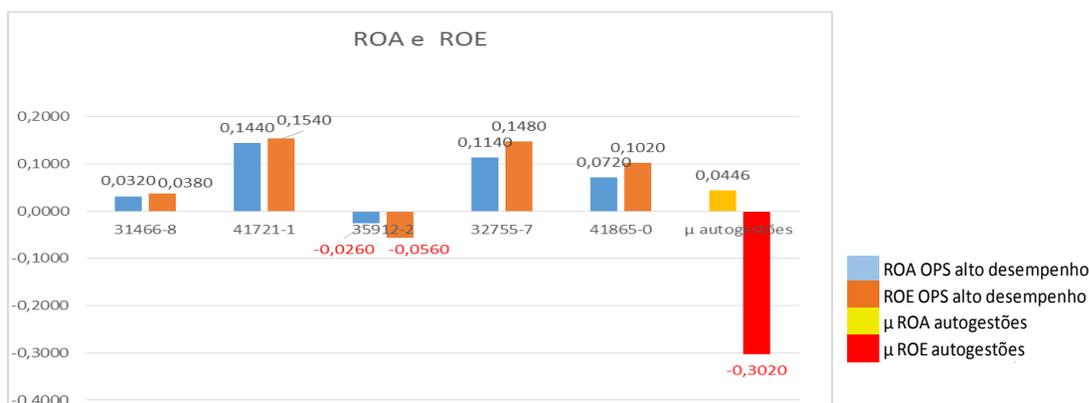
Fonte: Qualificação OPS, 2017 (2016), ANS

O Gráfico 26 mostrou a Taxa de Fiscalização com pontuação 1 em 3 autogestões com de alto desempenho; 1 com 0,6500, e 1 com 0,3500, contra média de autogestões igual a 0,7876.

Nessa pesquisa, todas as modalidades de OPS não foram incluídas, em razão desse indicador não constar de forma separada no Relatório de Qualificação das OPS, 2017 (ano-base 2016).

Em relação aos indicadores econômico-financeiros, verificou-se que as operadoras com alto desempenho apresentaram também resultados médios diferenciados, quando comparadas com todas as autogestões, conforme Gráficos 27, 28 e 29 abaixo, com exceção para uma operadora.

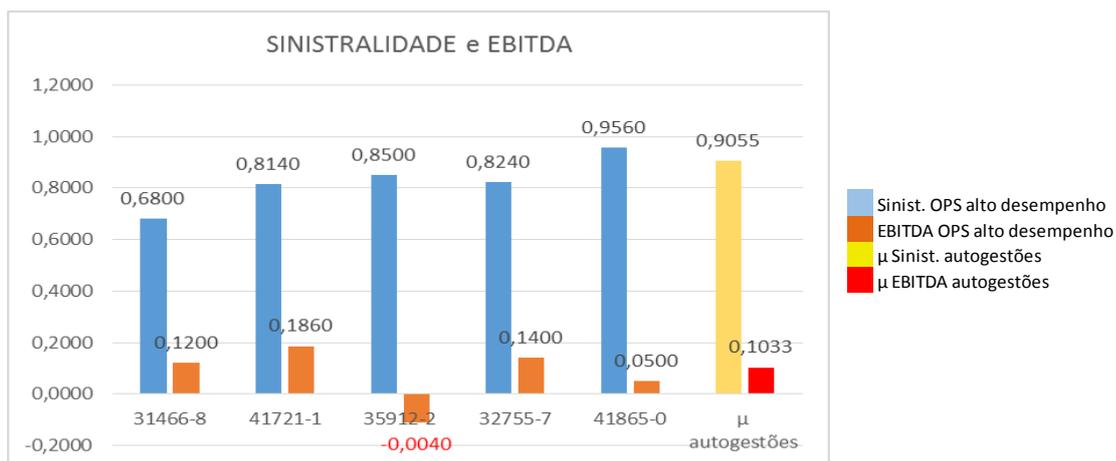
Gráfico 27 – Rentabilidade - heterogeneidade (comparativo)



Fonte: Anuários, ANS

Operadora ANS 35912-2 apresentou rentabilidade negativa em ROA e ROE.

Gráfico 28 – Eficiência Operacional - heterogeneidade (comparativo)

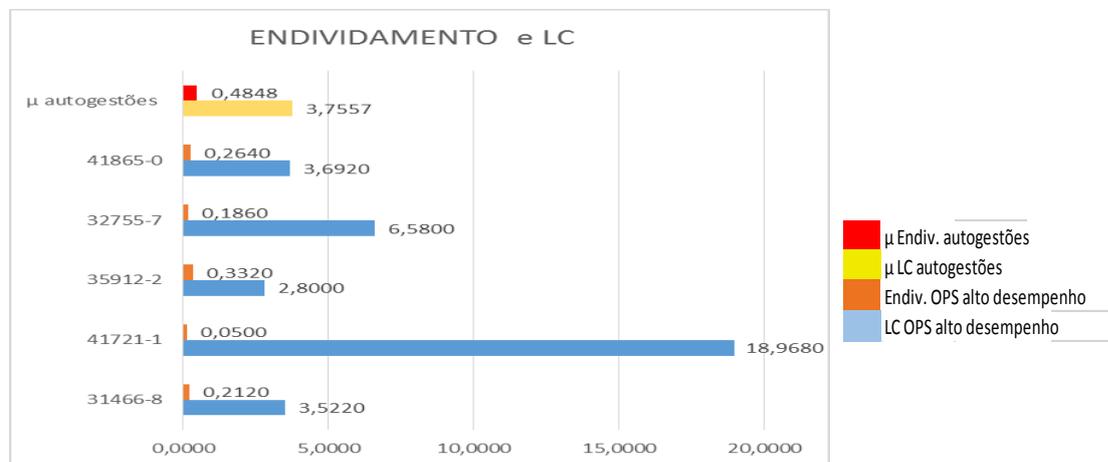


Fonte: Anuários, ANS

A operadora ANS 35912-2 apresentou EBITDA negativo.

Gráfico 29 mostrou endividamento pequeno das cinco operadoras com heterogeneidade, quando comparado com todas as autogestões. LC com média boa em todas as OPS.

Gráfico 29 – Endividamento e LC - heterogeneidade (comparativo)



Fonte: Anuários, ANS

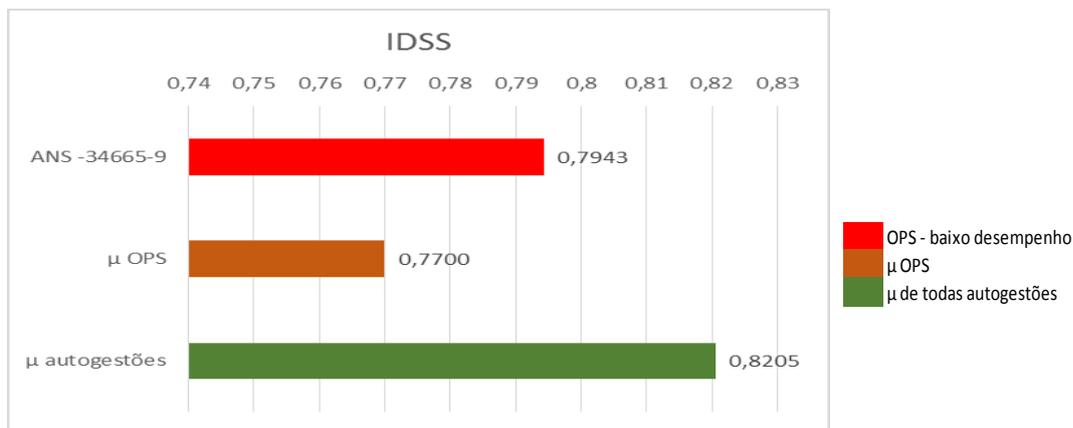
Em síntese, as operadoras com heterogeneidade no desempenho (indicadores de qualidade e econômico-financeiros) apresentaram excelência na gestão do cuidado (IDQS = 1), sendo esse resultado consequência da gestão dos recursos internos, uma vez que todas focaram na capacitação e qualificação (especialização) dos seus gestores e colaboradores, conforme entrevista com os gestores (Tabelas 22 e 23). O cuidado com os recursos internos e a exploração de sua capacidade pela organização foram responsáveis pelos resultados superiores quando comparadas essas operadoras com as demais autogestões. A gestão profissionalizada proporcionou o alcance dos objetivos voltados aos resultados econômico-financeiros (sustentabilidade organizacional).

Por outro lado, as 3 autogestões de grande porte foram identificadas com endividamento alto, EBITDA e LC baixas, rentabilidade baixa e apenas 1 com sinistralidade baixa (Tabela 20) e, entre essas, a pesquisa apontou para uma em Direção Fiscal pela ANS, em razão de irregularidade administrativa e financeira e ativo maior que passivo (Tabela 21).

Em consonância com o resultado da pesquisa, Corrêa (2016) concluiu que as OPS de pequeno porte exigem maior eficiência, foco e agilidade do que as demais e que o comportamento e habilidade do líder nessas OPS é a principal explicação para o destaque no desempenho. Acrescentou que as de grande porte são favorecidas pelo benefício da escala, em razão de menor risco de insolvência por conseguirem diluir melhor o impacto de grandes

despesas assistenciais não programadas; diluição das despesas administrativas e absorção de novas tecnologias; maior poder de negociação junto a prestadores em razão de maior demanda; e ainda pela reputação e marca, maior capacidade para investimento em publicidade, visando a visibilidade da qualidade dos serviços prestados.

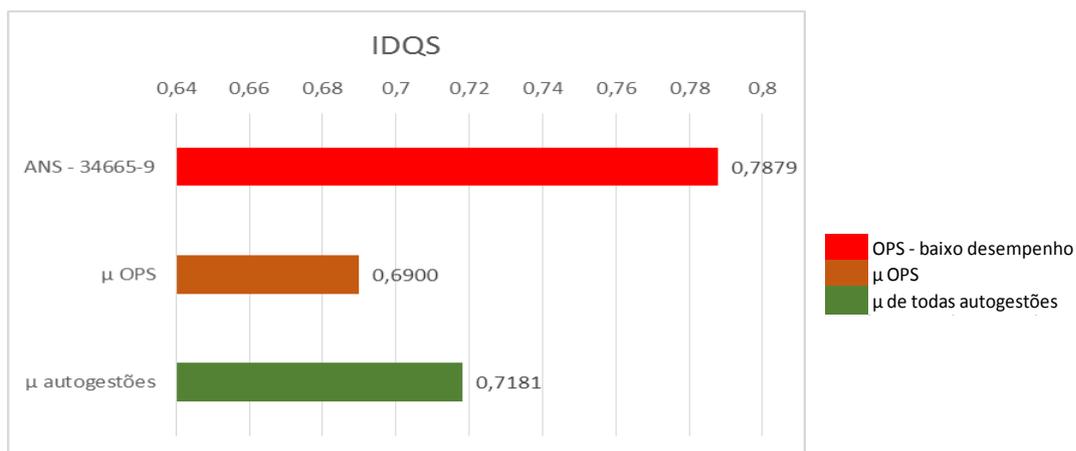
Gráfico 30 – IDSS - OPS em Direção Fiscal



Fonte: Qualificação OPS, 2017 (2016), ANS

Gráfico 30 mostrou IDSS menor (0,7943) na OPS em direção fiscal, que a média de todas as autogestões (0,8205), porém maior do que a média de todas as modalidades de OPS (0,7700), reforçando o entendimento da falta de gestão profissionalizada (adequada) nas autogestões.

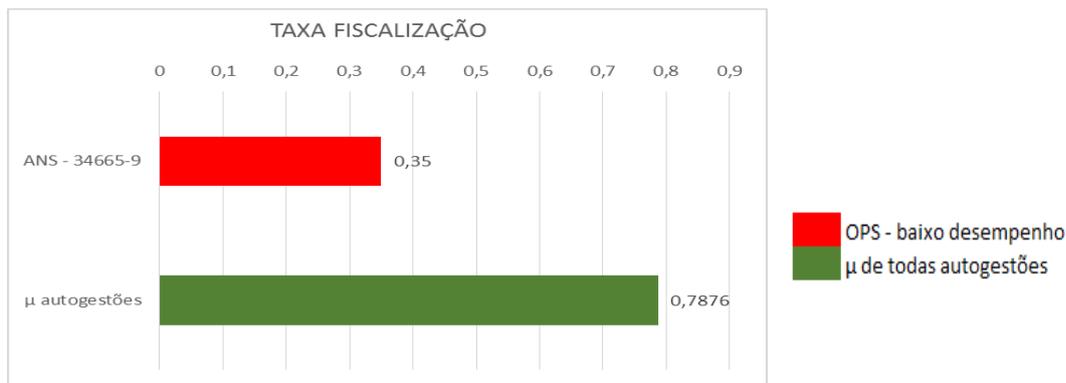
Gráfico 31 - IDQS – OPS em Direção Fiscal



Fonte: Qualificação OPS, 2017 (2016), ANS

Gráfico 31 mostrou IDQS maior (0,7879) na OPS em direção fiscal do que a média de todas as autogestões (0,7181) e de todas as modalidades de OPS (0,6900).

Gráfico 32 – Taxa de Fiscalização - OPS em Direção Fiscal

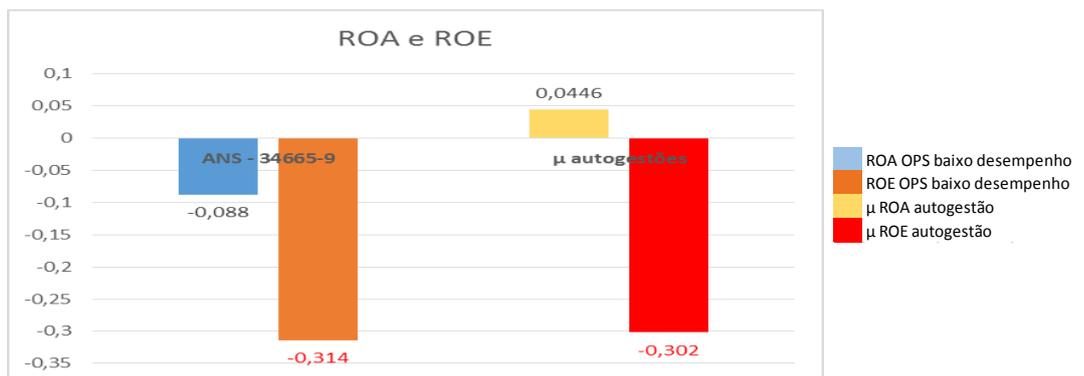


Fonte: Rel. Qualificação OPS, 2017 (2016), ANS

Gráfico 32 mostrou média baixa de Taxa de Fiscalização de OPS baixo desempenho (0,35), refletindo a insatisfação dos beneficiários em comparação com todas as autogestões (0,7876). O comparativo com todas as modalidades de OPS não foi efetuado por não constar no Relatório ANS de forma separada, uma vez que esse indicador foi escolhido pela autora pela sua importância na avaliação da gestão profissionalizada.

Os gráficos 33 e 34 mostraram rentabilidade baixaj tanto na operadora de baixo desempenho, quanto nas demais autogestões; assim como desempenho operacional de insustentabilidade (sinistralidade alta e EBITDA negativo).

Gráfico 33 – Rentabilidade – operadora em Direção Fiscal

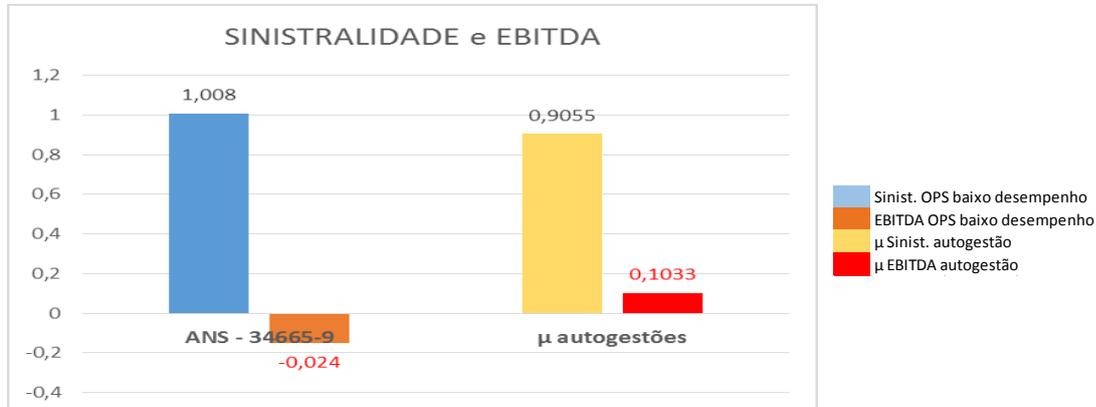


Fonte: Anuários, ANS

Gráfico 33 mostrou desempenho na rentabilidade negativa não compatível com operadora de grande porte, segundo estudo anterior sobre operadoras de planos de saúde de

grande porte que concluiu que operadoras de grande porte tem a mesma rentabilidade que empresas de grande porte de outros setores em função da receita operacional ser alta.

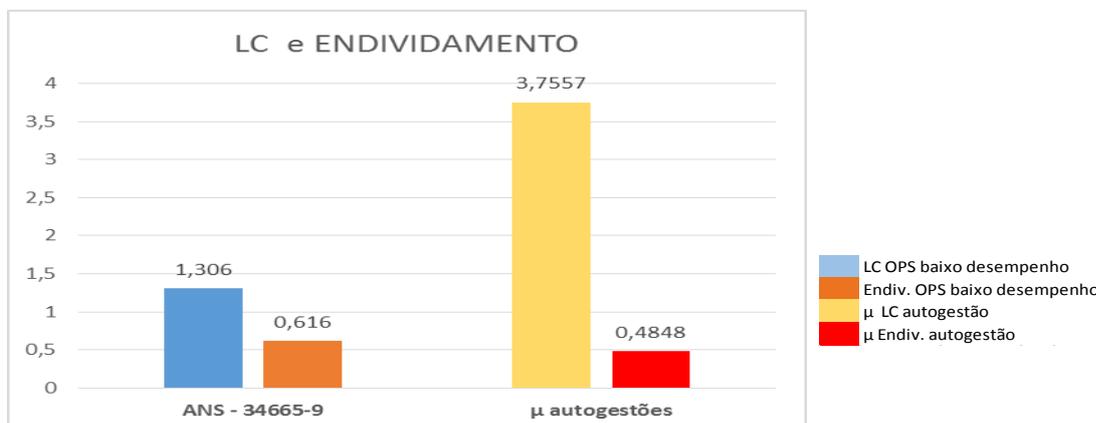
Gráfico 34 - Indicador operacional - OPS em Direção Fiscal



Fonte: Anuários, ANS

O Gráfico 34 mostrou insustentabilidade da operadora ANS 34665-9, com sinistralidade de 1,008 e EBITDA negativo (-0,024), porém as demais autogestões apontaram também para ineficiência operacional com sinistralidade alta (0,9055) e EBITDA baixo (0,1033).

Gráfico 35 - Endividamento e LC - OPS em Direção Fiscal



Fonte: Anuários, ANS

O Gráfico 35 mostrou média de LC baixa (1,306) e alto endividamento (0,616) da autogestão com baixo desempenho, no entanto, em todas as autogestões a média de endividamento quase chegou a 50% (0,4848), embora a LC tenha mostrado capacidade para honrar com obrigações de curto prazo (3,7557).

Em relação à avaliação dos outliers, 8 operadoras foram identificadas com valores extremos significativos ($p \leq 0,05$), 4 de pequeno porte com ROA (1) e ROE (2) negativos, e EBITDA e LC altos; e 4 de médio porte com ROE negativo e sinistralidade alta, e com EBITDA e LC altos (Gráficos 10 a 15).

Finalizando, análise qualitativa, baseada nos estatutos sociais e nas entrevistas com os gestores das empresas identificadas como de alto desempenho pela heterogeneidade, mostrou convergência de conhecimentos e atitudes entre os gestores das cinco operadoras, tais como: foco nos recursos internos quanto a capacitação e especialização dos gestores, colaboradores e técnicos, visando a entrega de atendimento diferenciado na assistência e na área administrativa; elaboração e execução de planejamento estratégico; desenho da decisão estratégica; acompanhamento e controle dos indicadores de performance assistencial e econômico-financeiros por relatórios e reuniões periódicas, controle e monitoramento das despesas por meio de auditorias médico hospitalares em mais de uma modalidade como forma de gestão do cuidado e dos custos. A gestão dos custos com despesas hospitalares, que consomem 50% ou mais das receitas, é realizada de forma sistemática e por meio de auditorias prévias, concomitantes e pós procedimento em três operadoras, em uma não há a concomitante e em outra ocorre apenas a concomitante quanto a OPME (órgãos e próteses e medicamentos especiais). A estrutura da governança corporativa é organizada por meio de indicação em duas operadoras, e em três por eleição. Quatro possuem gestão médica com médico em nível de Gerência, e uma em nível de Diretoria, porém esses profissionais são selecionados e contratados, e não eleitos ou indicados. Os eleitos são voluntários, sem remuneração. Quanto à capacitação, uma das operadoras possui verba correspondendo a 0,2% das receitas e outra a 0,05%. As outras não possuem verba definida e vão capacitando à medida que percebem a necessidade. As necessidades dos associados são supridas por serviços próprios com médicos especialistas e equipe multidisciplinar em três operadoras e, em duas, o serviço é terceirizado. Sobre programas de prevenção aprovados pela ANS, uma possui 15 programas, se destacando das demais.

Quanto à OPS em Direção Fiscal, diretores e conselheiros, indicados e eleitos, sem conhecimento na área de saúde, vários são sindicalistas, porém são remunerados com valores de especialistas de mercado, e mantidos apesar do prejuízo, médicos de família são contratados e divulgados sem a especialidade registrada, associados com frequência tem os procedimentos negados, prestadores são chamados de ofensores, o nome do responsável técnico não revelado.

8. CONCLUSÃO

O alto desempenho organizacional, medido pelos indicadores econômico-financeiros, é o objetivo de todas as empresas, inclusive das OPS, modalidade autogestão, sem fins lucrativos. A pesquisa mostrou que as autogestões de pequeno porte se destacaram tanto nos indicadores de qualidade quanto nos econômico-financeiros e, inclusive, foi nesse porte que foram identificadas as cinco autogestões que apresentaram heterogeneidades.

Assim, é possível afirmar que nas autogestões que se destacaram pela heterogeneidade, as necessidades em saúde e de satisfação dos beneficiários foram demonstradas pelo resultado de excelência dos indicadores de qualidade (IDSS, IDQS e Taxa de Fiscalização). Porém, nas demais autogestões, os objetivos de qualidade foram, parcialmente, alcançados, uma vez que ficou demonstrada correlação positiva com uma certa intensidade entre IDSS e IDQS e Taxa de Fiscalização, tendo sido também demonstrada uma possibilidade de viés na metodologia do cálculo dos indicadores.

Quanto aos indicadores econômico-financeiros das cinco autogestões que se destacaram, o desempenho sustentado foi demonstrado. Porém, em relação as demais autogestões, a pesquisa mostrou tendência à insustentabilidade em algumas autogestões em razão de sinistralidade alta e EBITDA baixo. Endividamento alto foi encontrado nas OPS de grande porte. Além disso, diferença estatisticamente significativa entre as médias da sinistralidade e endividamento nas OPS de pequeno e médio porte foi demonstrada, rejeitada a hipótese nula, pelo Teste *t de Student*, pois médias maiores foram encontradas nas OPS de médio porte.

Restou também demonstrado que as variáveis dependentes (índices de qualidade e indicadores econômico-financeiros) sofreram influência estatisticamente significativa em função da variável independente (fator porte) no sentido de qualidade e sustentabilidade das autogestões. Inclusive as que foram identificadas pela heterogeneidade são de pequeno porte. E a que se encontra em Direção Fiscal, por irregularidade financeira e administrativa, é de grande porte.

Heterogeneidade de desempenho organizacional na direção de excelência restou comprovada pelas cinco OPS de pequeno porte, uma vez que alcançaram a pontuação máxima (1) no índice de qualidade na assistência à saúde de seus associados, ficando demonstrado nessas OPS alto desempenho econômico-financeiro.

Em relação aos estatutos sociais, esses não focaram na gestão em saúde, e nem nos critérios de capacitação de seus dirigentes e conselheiros (GC), ficando a critério de cada gestor eleito e/ou indicado a decisão estratégica a ser adotada, o que aponta para a vulnerabilidade dessa modalidade de OPS quanto a sua perpetuidade. Além disso, como há renovação da gestão a cada 3 a 4 anos, a possibilidade de fragmentação da estratégia a cada novo período de gestão dificulta a continuidade e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, e conseqüentemente, a sustentabilidade econômico-financeira (organizacional).

A relação entre competência gerencial e desempenho organizacional restou evidenciada pelas respostas dos gestores das cinco OPS que se destacaram pela heterogeneidade, uma vez que afirmaram atuação nos recursos internos intangíveis quanto à capacitação e especialização de gestores e colaboradores, assim como na qualidade da assistência à saúde de seus associados e nos controles dos custos, principalmente das interações que consomem cerca de 50% das receitas operacionais.

Assim, restou comprovado que foram os recursos internos das organizações que se destacaram pela heterogeneidade (gestão profissionalizada e capacitada) o fator crítico de sucesso para o desempenho sustentável das operadoras de saúde, modalidade autogestão, no sentido de sustentabilidade dos associados (suprimento de suas necessidades) e da empresa (sustentabilidade econômico-financeira), considerando os fundamentos da teoria da Visão Baseada em Recursos (RBV) no período de 2013/2017.

8.1 Recomendações

Recomenda-se a continuidade da pesquisa em relação a competência da gestão das operadoras de planos de saúde, modalidade autogestão, por meio de pesquisa qualitativa, visando entender melhor o motivo da manutenção de estrutura de governança corporativa que está se mostrando ineficaz e levando as operadoras à insustentabilidade, assim como identificar como é avaliada pelas autogestões a teoria da visão baseada em recursos (RBV), uma vez que o objetivo de todas é alcançar os ativos tangíveis (alto desempenho econômico-financeiro e perenidade).

Em relação à ANS, recomenda-se que o PQSS permaneça com metodologia e pesos constantes no cálculo dos indicadores por período suficiente (mínimo 3 anos), para alcance dos objetivos propostos de comparabilidade anual, visando avaliação da melhoria contínua pelas operadoras, uma vez que há 04 anos com a alteração anual a comparabilidade é impossível.

E por fim, tendo em vista o resultado da pesquisa recomenda-se que as autogestões, dentro do possível, adotem serviço próprio (verticalização ambulatorial); observem a premissa de que avaliação, gestão e garantia da qualidade de programa de saúde é o ponto de partida para atender as expectativas dos associados, e conseqüentemente alcançar alto desempenho econômico-financeiro pela redução dos custos sem queda da qualidade, e que para isso é necessário observar os fundamentos da teoria da visão baseada em recursos, focando nos recursos internos intangíveis, que devem ser explorados pelas OPS.

8.2 Implicações para a teoria e para a prática

O estudo mostrou que autogestão com administração direta com empregados da ativa e aposentados sem capacitação adequada, por indicação e/ou por eleição, na prática é um complicador, tendo em vista a ocorrência de gestão amadora, e não profissionalizada, refletir na qualidade da assistência e na sustentabilidade da OPS, com possibilidade de levar à falência, em razão de falta de controle de utilização dos serviços, estimativa inadequada de sinistros ocorridos e não avisados, insuficiência de capital permanente e lucro, entre outras causas, como apontado em estudo sobre insolvência de OPS na Flórida (Guimarães & Alves (2009:462).

Pesquisa anterior também mostrou que conhecimento tem implicação prática na seleção de líderes executivos em dois domínios significativos, ou seja, na diferença individual da habilidade de liderança e no mecanismo pelo qual líderes impactam no desempenho organizacional (Day & Lord, 1998:458), o que na prática leva à reflexão de que a falta de conhecimento pode ser um dos argumentos para uma OPS de grande porte chegar à Direção Fiscal em razão de baixo desempenho sustentado por anos, como está ocorrendo com a OPS de grande porte.

Considerando a importância da diferenciação das OPS pelos recursos internos intangíveis, as cinco operadoras de pequeno porte com alto desempenho pela decisão de aplicação dos fundamentos da teoria da RBV na prática, no sentido de capacitação e especialização dos gestores e colaboradores, mostraram que uma empresa para se tornar única precisa investir e explorar seus ativos intangíveis, tornando-os raros, inimitáveis e insubstituíveis, conforme exposto por Barney (1991: 101; 102); Álvaro *et al* (2008: 16) e Richard *et al* (2009: 5).

Nesse sentido, trabalho realizado por Silva e Loebel (2016) mostrou que o impacto do fator operadora apresentou maior poder de explicação da variabilidade do desempenho entre as

empresas, permitindo inferir que as com desempenho superior nos índices de endividamento e de sinistralidade encontram explicações significativas nas próprias características internas, o que vai de encontro ao resultado encontrado pela presente pesquisa.

8.3 Limitações

A exclusão inicial das 17 OPS por não possuírem todos os indicadores não dificultou o alcance dos objetivos da investigação, que foram respondidos com êxito.

Limitação da pesquisa foi identificada pela não entrevista com os gestores da OPS de grande porte (3) e das demais com resultados mínimos, negativos e com *outliers* negativos nos indicadores econômico-financeiros.

A ausência de pesquisa com as demais modalidades de OPS foi outra limitação que deverá ser suprida, para complementar o entendimento sobre a associação da aplicação da teoria da RBV e o desempenho das OPS.

8.4 Sugestões para investigação futura

O trabalho analisou dados objetivos e oficiais publicados pela ANS (indicadores de qualidade e econômico-financeiros), o que facilitou a interpretação dos dados. Porém, para investigação futura seria interessante manter a avaliação quantitativa, e acrescentar a qualitativa com entrevista com gestores das autogestões deficitárias sobre o motivo do resultado apresentado, e se em algum momento foi vislumbrada a possibilidade de alteração da estrutura da GC, visando a sustentabilidade organizacional, ou manter o *status quo* é mais importante do que profissionalizar a gestão e aplicar os fundamentos da teoria da RBV, mesmo diante de prejuízos constantes com tendência a insolvência das organizações. Assim, a continuidade da investigação sobre autogestões poderá, no futuro, favorecer alterações necessárias voltadas para gestão profissionalizada em benefício de todos os atores envolvidos, seja beneficiário ou prestador de serviço de saúde, ou a própria operadora de autogestão.

Outra sugestão para investigação futura é ampliar o estudo de forma mais completa, abrangendo as demais modalidades de operadoras (medicina de grupo, cooperativas e seguradoras), objetivando a comparação de todos os dados entre todas, para melhorar o entendimento sobre a influência da gestão profissionalizada e da teoria da RBV sobre o desempenho organizacional das operadoras com fim lucrativo (medicina de grupo e seguradoras) e sem fim lucrativo (cooperativa médica).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC das finanças: Decifre a linguagem. Domine as ideias-chave. Avalie o seu desempenho. 2014. Trad. André Morgado. *Havard Business Review Press*.

Álvares, E., Giacometti, C., Gusso, E. 2008. *Governança corporativa: Um modelo brasileiro*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Baldassare, R.M. 2014. *Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro*. Dissertação de Mestrado – Escola de Administração de Empresas São Paulo – FGV. (Online). Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11790>.

Barends, E., Rousseau, D.M., Briner, R.B. 2014. Evidence-based management: The basic principles. Amsterdam: *Center for Evidence-Based Management*. (Online). Disponível em: [https://www.cebma.org/uploads/evidence-based-management-the-basic-principles](https://www.cebma.org/uploads/evidence-based-management-the-basic-principles.pdf). pdf.

Barney, J.1991. Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17 (1): 99-120.

Barney, J., Wright M., Jr, D.J.K. 2001. The resource-based view of the firm: Ten years after 1991. *Journal of Management*, 27 (2001): 625-641.

Barney, J.B., Hesterly, W.S., Yamamoto, S.M (trad.). 2013 . *Administração estratégica e vantagem competitiva: conceitos e casos*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (Online). Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def.

_____, Agência Nacional de Saúde. Caderno de Informação em Saúde Suplementar. Rio de Janeiro/ set.2017. (Online). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa Nº 423, de 11 de maio de 2017. Altera a Resolução Normativa RN Nº 386, de 09 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Programa de Qualificação das Operadoras. (Online). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=METxNw==>.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa Nº 10, de 30 de março de 2007. Estabelece a forma de acompanhamento econômico-financeiro das autogestões e a forma de garantia dos riscos por suas entidades mantenedoras. (Online). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=METxNw==>.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa Nº 137, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. (Online). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=METxNw==>.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relatório da Qualificação das Operadoras 2017 Ano-Base 2016 (Online). Disponível em : (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informações-e-avaliações-de-operadoras/qualificacao-ans>).

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. DIOPE Responde. (Online). Disponível em: dioperesponde@ans.gov.br.

Article in corporate governance an international review. October 2008. What is the impact of corporate governance on organizational performance? (Online). Disponível em: www.researchgate.net/publication/227694615.

Caixa de assistência dos funcionários do Banco do Brasil S.A. (Online). Disponível em: http://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=795&Itemid=350&uf=SP.

Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Roy, B., Amar, M., Bonin, J-P., Silva, R.B., Brault, I., Dallaire, C., Dubois, C-A., Girard, F., Jean, E., Larue, C., Lessard, L., Mathieu, L., Pépin, J., Perroux, M., Cockenpot, A. 2015. Integrated primary care teams (IPCT) pilot Project in Quebec: a protocol paper. *BMJ Open*.

Corrêa, R. A. 2016. *Análise de aspectos que influenciam o desempenho das operadoras de planos de saúde privados*. Dissertação Mestrado em Administração, da Universidade FUMEC. (On line). Disponível em: <https://fumec.br/revistas/pdma/article/view/4778>.

Crema, M., Verbano, C. 2013. Future developments in health care performance management. *Journal of Multidisciplinary Helthcare*, 6:415-421.

Curto, J.D.; Gameiro, F. 2017. *Potenciar os negócios? A estatística dá uma ajuda*. Lisboa.

Day, D.V.; Lord, R.G. 1988. Executive leadership and organizational performance: Suggestions for a new theory and methodology. *Journal of Management*, 14 (3): 453-464.

Fisher, E.S., Bynum, J.P., Skinner, J.S. 2009. Slowing the growth of health care cost – Lessons from regional variation. *N Engl J Med.*, 360 (9): 849-852

Fitz-enz, J.; Paschoa, C.R. (trad.). 2001. *Retorno do investimento em capital humano: Medindo o valor econômico do desempenho dos funcionários*. São Paulo.

Guimarães, A.L.S, Alves, W.O. 2009. Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. *Revista de Administração Empresarial - RAE*, 459-471.

Griffith, J.R. 2000. Gerenciamento de campeonato para organizações de saúde. *J Health Management*, 45 (1) 17-30.

Heracleous, L. 2001. What is the Impact of Corporate Governance on Organizational Performance? *Management International Review*, 47 (3): 423-452.

Jacobsen, A.L. 2009. *Metodologia do Trabalho Científico*. UFSC.

Junior, A.E., Koyama, M.F. 2007. The relationship between hospitals and health plans organizations in the scope of ANS health insurance qualification program. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (4): 903-914.

Levenson, A.R., Van der Stede, W.A., Cohen, S.G. 2006. Measuring the relationship between managerial competencies and performance. *Journal of Management*, 32, 360-380.

Malta, D. C., Jorge, A. O. 2008. Modelos assistenciais na saúde suplementar: O caso de uma operadora de autogestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (5): 1535 – 1542.

Mota, A.G, Custódio, C. 2012. *Finanças de empresas: Os novos horizontes e dimensões da gestão financeira empresarial*. Portugal: bnomics.

Neto, J.A. S, Martins, H.C. 2010. *Finanças corporativas na prática: Ferramentas gerenciais*. Rio de Janeiro: Elsevier

_____. 2011. *Finanças e governança corporativa: Práticas e estudo de caso*. Rio de Janeiro: Elsevier

Paulo, L.F.A. 2016. Planejamento estratégico e gestão por resultados: O caso do Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 26 (3): 981-1007.

Pedroso, M.C. 2010. *Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde*. Tese de Doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo. (Online). Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde.../MarceloCaudeiraPedroso.pdf>.

Perry, J., Moobley, F., Brubaker, M. 2017. Most doctors have little or no management training, and that’s a problem. *Harvard Business Review*. (Online). Disponível em: <https://hbr.org/2017/12/most-doctors-have-little-or-now-management-training-and-thats-a-problem>.

Portela, M.C, Lima, S.M.L., Ferreira, V.M.B., Escosteguy, C.C., Brito, C., Vasconcellos, M. T. L. (2008). Clinical guideline and other practices for improving quality of care by health plans from the perspective of their operators in Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24 (2): 253-266.

Porter, M.E. november-december 1996. What is strategy? *Harvard Business Review*. (Online). Disponível em: <http://hbr.org/1996/11/Whatisstrategy>.

Richard, P.J., Devinney, T.M., Yip, G.S., Johnson, G. 2009. Measuring organization performance as a dependent variable: Towards methodological best practice. *Journal of Management*, 35 (3).

Robert, P.W., Dowling, E.G.R. 2002. Corporate reputation and sustained superior financial performance. *Strategic Management Journal*, 23: 1077-1093.

Roski, J., McClellan, M. 2011. Measuring health care performance now, not tomorrow: Essential steps to support effective health reform. *Health Affairs*, April 30: 4 – 682 – 689.

Silva, V.V., Loebel, E. (2016 “a”). Suplementar analysis of economic-financial performance of operators of private health plans of brasilian supplemental health sector. *Revista de Administração do Ministério da Saúde (RAHIS)*. 13 (3).

_____(2016 “b”). Desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde suplementar. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*, 5: 57 – 70.

Sousa, M. J., Baptista, C.S. 2011. *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. Lisboa.

Thompson, J.M., Buchbinder, S.B., Shanks, N.H. 2016. An overview of health management. In S. Buchbinder & N. Shanks (Eds.), *Introduction to health care management*. (Online). Disponível em: samples.jbpub.com/9781284081015/Chapter.1.pdf