

ÁREA TEMÁTICA: ESTUDOS ORGANIZACIONAIS

HETEROGENEIDADE DO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL DAS OPERADORAS
DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA

RESUMO

Este artigo analisa a heterogeneidade do desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde no Brasil, uma modalidade do Sistema Suplementar de Saúde que vem sofrendo redução de beneficiários desde 2015. A pesquisa utiliza abordagem descritiva com métodos quantitativos e qualitativos. A parte quantitativa utiliza dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de 2021, enquanto a parte qualitativa entrevista seis gestores das operadoras. Os resultados indicam que a idade média da população do plano e a abrangência territorial influenciam as despesas administrativas e assistenciais por beneficiário. Quanto maior a idade média e a abrangência territorial, maiores são as despesas. No entanto, a variável "porte" afeta as despesas em formato de "U", indicando um ponto ótimo de escala. O estudo também revela a tendência das operadoras em investir em redes próprias para reduzir as despesas totais. A pesquisa qualitativa destaca a necessidade de controles para o desempenho financeiro e a influência da governança, questões trabalhistas e judiciais na sustentabilidade financeira das operadoras. Recomenda-se para estudos futuros que ampliem o período analisado e incluam diferentes modelos de operadoras para uma compreensão mais aprofundada do desempenho organizacional na autogestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde suplementar. Planos de saúde. Autogestões. Desempenho Organizacional.

ABSTRACT

This article analyzes the heterogeneity of the organizational performance of self-management health operators in Brazil, a modality of the Supplementary Health System that has been suffering a reduction in beneficiaries since 2015. The research uses a descriptive approach with quantitative and qualitative methods. The quantitative part uses data from the National Supplementary Health Agency (ANS) from 2021, while the qualitative part interviews six operators' managers. The results indicate that the average age of the plan's population and the territorial coverage influence the administrative and assistance expenses per beneficiary. The higher the average age and territorial coverage, the higher the expenses. However, the "size" variable affects expenses in a "U" shape, indicating an optimal point of scale. The study also reveals the tendency of operators to invest in their own networks to reduce total expenses. The qualitative research highlights the need for controls for financial performance and the influence of governance, labor and legal issues on the financial sustainability of operators. It is recommended for future studies to expand the analyzed period and include different models of operators for a deeper understanding of organizational performance in self-management in health.

KEYWORDS: Supplementary health. Health insurance. Self-management. Organizational Performance.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Monken *et al.* (2013), as operadoras de autogestão são uma modalidade do sistema suplementar de saúde no Brasil que oferece serviços médicos por meio do departamento de recursos humanos ou de associações civis, fundações e entidades de classe. O objetivo é fornecer planos de saúde para funcionários, aposentados, pensionistas e seus familiares, baseados em princípios de ajuda mútua e solidariedade. Gama (2003) destaca que essas operadoras surgiram para fornecer assistência médica e odontológica aos trabalhadores e empresas a um custo menor do que os demais planos de saúde, sem fins lucrativos e com benefícios fiscais.

Ainda assim, as operadoras de autogestão em saúde no Brasil enfrentam desafios, como envelhecimento da população, regulação não ajustada, altos custos de tecnologia e inovação, falta de prestadores em áreas remotas e necessidade de garantir a sustentabilidade financeira, diante da crescente elevação dos custos médico-hospitalares acima da inflação real (OLIVEIRA *et al.*, 2020). De fato, uma gestão inadequada pode levar a problemas financeiros, baixa qualidade dos serviços prestados e falta de eficiência operacional. No entanto, a gestão sozinha pode ser insuficiente para mensurar o desempenho financeiro devido às múltiplas variáveis que influenciam (HERACLEOUS, 2008).

Nesse ambiente, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2022), o quadro das operadoras de autogestão do sistema de saúde suplementar brasileiro passou por transformações que resultaram na diminuição do número de operadoras de autogestão em saúde, de 241 para 142, desde 2010. O número de beneficiários também caiu de 5,01 para 4,09 milhões, apesar do crescimento no número de beneficiários dos demais planos de saúde do sistema suplementar. Essa conjuntura sugere uma grande variação no desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde no Brasil.

Isto posto, este artigo busca explorar os fatores que contribuem para essa heterogeneidade no desempenho organizacional dessas operadoras de saúde. Serão discutidos os principais desafios enfrentados por essas organizações, bem como as estratégias que têm sido adotadas para superar esses obstáculos. O objetivo final é fornecer uma visão abrangente sobre as variáveis que afetam o desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde no Brasil e sugerir possíveis soluções que favoreçam a sobrevivência destas organizações.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-EMPÍRICO

2.1 A variabilidade do desempenho organizacional

Dias e Toni (2017) afirmam que o desempenho de uma empresa é avaliado por indicadores econômicos e não econômicos, que orientam suas metas e estratégias. Por outro prisma, Lenz (1981) destaca que o sucesso da empresa depende da interação com o ambiente externo, considerando a motivação, habilidades dos funcionários, tecnologia e valores organizacionais.

Medir o desempenho de uma organização é uma tarefa complexa, pois envolve elementos intangíveis. Rehman *et al.* (2019) identificaram determinantes de desempenho internos, como estrutura organizacional, liderança e cultura, e externos, como ambiente de negócios, tecnologia e concorrência. Mas, na avaliação de desempenho, levando-se em conta um cenário de incertezas e competitividade, eles

consideram três pilares: participação no mercado, satisfação das partes interessadas e sustentabilidade financeira.

Nas circunstâncias dos seus estudos, Rehman *et al.* (2019) propuseram cinco tipos de controles de desempenho e um de recursos para orientar a eficiência das organizações: cultural, planejamento, cibernético, compensação e recompensas, administrativo e capacidades organizacionais. Esses fatores visam garantir a integridade dos processos e estimular a contribuição de empregados, fornecedores e clientes.

2.2 Determinantes do desempenho das operadoras de planos de saúde

2.2.1 Indicadores econômico-financeiros

Indicadores econômico-financeiros são importantes para prever e avaliar a saúde financeira de operadoras de planos de saúde. Segundo Xavier *et al.* (2019), esses indicadores funcionam como termômetros que verificam a estrutura de capital, caixa, rentabilidade e asseguram a segurança do sistema e dos interesses dos beneficiários e prestadores de serviços.

Além dos indicadores contábeis, o custo médio e o ticket médio de contribuição por beneficiário, são também relevantes para a análise de desempenho dos planos de saúde. Galdino (2021), por exemplo, destaca em seu estudo que as despesas médias por usuário entre as operadoras de autogestão em saúde são comparativamente superiores às de medicina e cooperativas médicas.

Por fim, a sinistralidade é um indicador financeiro utilizado pelas operadoras de planos de saúde para medir a relação entre as despesas assistenciais e o total de receitas (ARAÚJO e SILVA, 2018). Basicamente, esse indicador mede o percentual de despesas médicas e hospitalares em relação ao valor recebido em mensalidades e outras fontes de receita, motivo pelo qual é importante que as operadoras monitorem regularmente o índice de sinistralidade, pois isso ajuda a identificar possíveis problemas financeiros, como a falta de controle de custos e o mau gerenciamento de recursos (ARAÚJO e SILVA, 2018).

2.2.2 Indicadores não financeiros

O desempenho econômico das operadoras de planos de saúde é influenciado por diversos fatores, incluindo indicadores não financeiros de porte e envelhecimento da carteira. Esses indicadores são importantes para entender o perfil dos usuários e os custos assistenciais envolvidos, além de permitir uma melhor gestão de riscos futuros (AVELAR, *et al.*, 2019).

A estratégia de aumentar o número de consumidores é amplamente utilizada pelas empresas devido às vantagens competitivas que traz, incluindo compartilhamento de gastos administrativos e maior poder de barganha com fornecedores. De acordo com a pesquisa realizada por Teixeira *et al.* (2021), as operadoras de planos de saúde podem reduzir suas despesas administrativas entre 22% e 43% a cada 100% de aumento no número de consumidores. No entanto, a pesquisa de Carmo (2016) exemplifica que planos menores alcançam eficiência por meio de controles e da simplificação de processos.

Em outra perspectiva, o envelhecimento da população da operadora de saúde, segundo Avelar *et al.* (2019), é uma das variáveis que mais impacta os custos com consultas, exames e internação hospitalar. Além disso, Oliveira *et al.* (2020) destacam

que os idosos precisam de um atendimento preventivo, hierarquizado, por geriatra, clínico ou médico de família com foco nas alterações do perfil epidemiológico, a fim de mitigar os riscos inerentes às doenças crônicas que podem levar ao aumento dos custos assistenciais.

2.2.3 Características institucionais

Características da natureza das operadoras de planos de saúde impactam diretamente na formação dos custos e nos preços cobrados dos consumidores. Esses aspectos incluem a abrangência da cobertura do plano, a estrutura da rede de atendimento, o poder de gestão e a aplicação de medidas para moderação do uso dos serviços médicos.

A amplitude de cobertura do plano é uma variável importante para a lucratividade das operadoras de saúde e influencia os custos assistenciais, segundo estudos de Avelar *et al.* (2019) e Rocha *et al.* (2020). A eficiência também pode ser alcançada por meio da integração vertical, que se tornou uma tendência no mercado de saúde, trazendo vantagens em relação à rede credenciada em termos de controle de custos assistenciais, desperdícios e fraudes, conforme evidenciado em estudos (SOUZA e SALVALAIO, 2010) (NASCIMENTO, DIHEL e PICCOLI, 2021). Apesar das características favoráveis, numa administração paritária entre empregados e patrocinadores os estatutos podem favorecer aos interesses patronais, como observado na pesquisa de Mascarenhas (2019).

Acrescente ainda, na visão de eficiência, que a coparticipação e a franquia são medidas controversas no controle de custos e no uso racional dos serviços médicos, pois, mesmo quando reduz os custos assistenciais e as mensalidades dos planos, de acordo com Cota e Silva (2018), podem servir de meio mercantilista de arrecadação de receitas e promover efeitos nocivos aos participantes no futuro por carência de exames preventivos, como alertado por Holst *et al.* (2016), ao se referir aos cuidados primários com idosos, doentes crônicos e pessoas de baixa renda.

2.2.4 Condições ambientais

Miranda *et al.* (2017) afirmam que o ambiente construído pelo Estado brasileiro para conter gastos com a saúde gera conflito entre as correntes ideológicas, liberal e sanitaria, que historicamente influenciaram a abordagem da saúde para os brasileiros. Eles explicam que o movimento sanitaria dos anos 60 visava uma saúde solidária e socialmente justa.

Contudo, a equidade imaginada pelos sanitarias vem sendo prejudicada por políticas econômicas, neoclássicas e individualistas, a favor de interesses mercantilistas que desaguam na judicialização da saúde. Infelizmente, para Cirico *et al.* (2019), as regulamentações propostas pela ANS, desde 1998, ano da sua criação, não foram capazes de criar um ambiente pacífico entre as empresas de planos de saúde e os seus consumidores. Prova disso são os inúmeros processos de consumidores que recorrem à justiça para assegurar os seus direitos constitucionais à saúde.

Desse modo, o impacto causado pela judicialização nos planos de saúde no desempenho financeiro das operadoras é fruto da insegurança jurídica decorrente de lacuna legislativa que pode levar a entendimentos diversos, resultados injustos e indesejáveis, prejudiciais ao caixa das operadoras, que contribuem para a formação

de um ambiente de aversão ao risco, que acarreta elevação de custos para os planos (CIRICO *et al.*, 2019).

2.2.5 Aspectos estratégicos

Brito e Vasconcelos (2004) destacam que para uma operadora de saúde se diferenciar, é preciso considerar aspectos estratégicos como modelos de planejamento e tecnologia embarcada. Essas ações visam a eficiência, eficácia e efetividade para obter vantagem competitiva em relação a outras organizações do mesmo ramo, desde a escolha do modelo de atendimento até o uso de tecnologia.

De acordo com Malta e Jorge (2008), a eficiência financeira das operadoras de saúde está ligada aos modelos de atendimento. Esses modelos incluem serviços apoiados por programas de cuidado integral, que padronizam a assistência, promovem a saúde e previnem doenças. Os autores ressaltam que adotar modelos que vão além da abordagem biomédica e do lucro imediato traz benefícios significativos para um setor que historicamente foca apenas no tratamento de doenças.

Na estratégia de remuneração dos prestadores de serviços médico-hospitalares, Abicalaffe e Schafer (2022) afirmam que a abordagem de saúde baseada em valor adota indicadores que relacionam qualidade, experiência do paciente e custos. Embora este modelo esteja em fase inicial de implantação no Brasil, incentivado pela ANS, os Estados Unidos lideram a transição do modelo de pagamento aos prestadores, de quantidade para a qualidade da experiência do usuário, a fim de melhorar a qualidade e mitigar a tendência de elevação dos custos do sistema.

Finalmente, a estratégia de governança baseada em novas tecnologias é uma tendência crescente em toda cadeia produtiva da saúde. Nesse sentido, Monken *et al.* (2013) destacam a importância das soluções tecnológicas modernas, inteligência artificial e interoperabilidade de dados laboratoriais e de consultas. De fato, a estratégia tecnológica adotada por uma operadora contribui para gestão de riscos na prevenção de doenças, agilidade no atendimento ao paciente, redução de gastos desnecessários com internações e a inibição de fraudes nos sistemas de pagamento.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Classificação da pesquisa

Com base nos ensinamentos de Silva *et al.* (2014), este estudo é descritivo quanti-qualitativo *ex post facto*. Utiliza-se dados secundários do regulador de planos de saúde na pesquisa quantitativa para analisar o desempenho financeiro das operadoras de autogestão, com foco na eficiência das despesas totais. Na pesquisa qualitativa, coleta-se percepções de altos dirigentes das operadoras para identificar os fatores determinantes do desempenho organizacional. As opiniões dos gestores foram categorizadas por classe de fatores e relação causa-efeito, visando destacar as variáveis mais importantes.

3.2 Tratamento dos dados quantitativos

Foram coletados dados no site da ANS (2022), utilizando as páginas de dados gerais, sala de situação e qualificação dos planos de saúde. De um total de 144

operadoras de autogestão em saúde ativas, 115 operadoras foram analisadas, deixando de fora 29 operadoras que prestam serviços por meio do departamento de recursos humanos da patrocinadora, chamadas de autogestão por RH, cujos dados contábeis não ficam disponíveis na base de dados da ANS, por fazerem parte do balanço das respectivas patrocinadoras. A idade média dos beneficiários foi extraída manualmente da sala de situação da ANS. A amostra possui dados em corte transversal. Os dados contábeis pertencem ao balanço de 2021 e a quantidade de beneficiários corresponde à base de dezembro de 2021.

3.4 Tratamento dos dados qualitativos

Foram selecionadas 20 operadoras de autogestão separadas pela classificação territorial da ANS, representando as maiores e menores médias das despesas anuais per capita. Além delas, destaca-se o convite aceito pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS). Ao todo, seis gestores do alto escalão e de perfis diferentes foram indicados pelas operadoras para participar das entrevistas, que foram realizadas por meio de encontros remotos, gravados e transcritos pelo aplicativo Teams, com a devida autorização. O roteiro de entrevista foi inspirado no estudo de Rehman *et al.* (2019) com perguntas abertas sobre as perspectivas de controle propostas pelos autores. A posterior, as questões e respostas foram agrupados nas categorias cultural, planejamento, cibernética, recompensas e administrativa, extraíndo-se os comentários que se repetiram na visão dos entrevistados.

4. PESQUISA QUANTITATIVA

4.1 Análise e discussão dos dados

O objetivo do estudo foi analisar os fatores que podem influenciar o desempenho financeiro das operadoras de autogestão em saúde. Para isso, foram selecionadas as variáveis mais frequentemente estudadas em pesquisas anteriores, que incluem o porte, a abrangência, a idade média e a imobilização do patrimônio líquido. A correlação entre essas variáveis foi avaliada por meio do teste de *Spearman* (Tabela 1). Os resultados indicam que não há uma correlação forte entre elas, o que sugere que a eficiência financeira das operadoras depende de múltiplos fatores.

Tabela 1: Matriz de correlação de *Spearman* entre as variáveis de causa e efeito

		DESPBEN	IDADEMED	PORTE	ABRANG	IPL	FUNDACAO
DESPBEN	Spearman's rho	—					
	p-value	—					
IDADEMED	Spearman's rho	0.458 ***	—				
	p-value	< .0001	—				
PORTE	Spearman's rho	-0.078	-0.118	—			
	p-value	0.4056	0.2113	—			
ABRANG	Spearman's rho	-0.378 ***	-0.055	-0.351 ***	—		
	p-value	< .0001	0.5598	0.0001	—		
IPL	Spearman's rho	-0.167	-0.120	0.144	0.044	—	
	p-value	0.0779	0.2107	0.1295	0.6428	—	
FUNDACAO	Spearman's rho	-0.132	-0.180	0.004	-0.040	-0.142	—
	p-value	0.1597	0.0559	0.9625	0.6748	0.1344	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

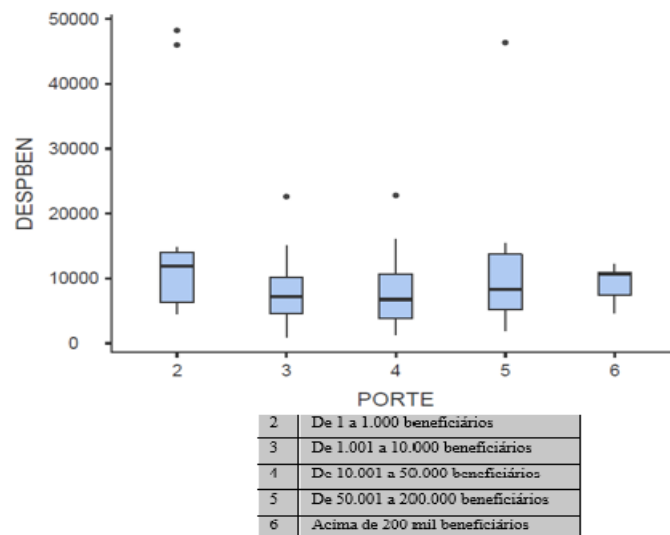
Fonte: Elaborada pelo autor, baseado em dados da ANS (2021)

A variável despesas por beneficiário (DESPBEN) é usada porque fornece um indicador mais justo da eficiência financeira, já que outros indicadores, como os índices de liquidez e sinistralidade, podem ser afetados positivamente por fontes de receita vantajosas em função do nível de riqueza de operadoras que tendem a privilegiar a hotelaria em detrimento da efetividade dos gastos. As demais variáveis citadas na Tabela 1 são analisadas nos itens seguintes.

4.1.1 Porte

O Gráfico 1 apresenta uma análise descritiva que indica um ponto ótimo de escala para o tamanho de uma operadora, a partir do qual aumentar o número de participantes não é vantajoso em termos de custos. Normalmente, as operadoras tentam aumentar sua base de participantes para diluir as despesas administrativas e melhorar sua força de negociação. No entanto, percebe-se que a despesa per capita anual diminui do porte 2 ao 4 e aumenta novamente até o porte 6, sugerindo que o tamanho ideal de uma operadora é entre 10 e 50 mil participantes.

Gráfico 1: Comportamento da despesa média per capita em relação ao porte



Fonte: Elaborada pelo autor, baseado em dados da ANS (2021)

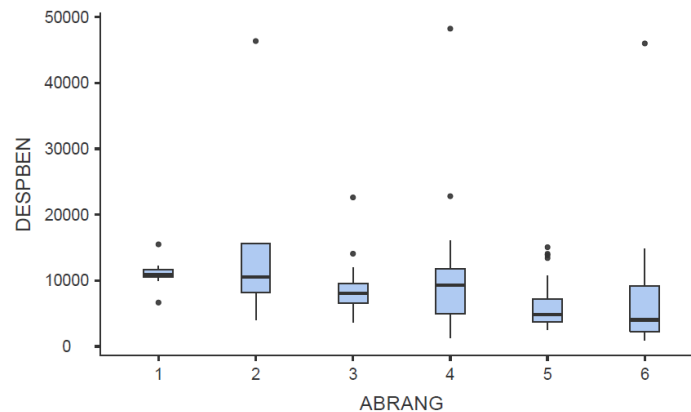
Chama a atenção que estudos, como o de Teixeira *et al.* (2021), asseguram que o aumento do número de beneficiários gera ganhos de escala. Mas, em apoio aos resultados encontrados nesta pesquisa, Carmo (2016) constatou que uma operadora de pequeno porte da modalidade de autogestão na região sudeste do Brasil apresentou desempenho financeiro superior a outras operadoras de tamanho maior. Ressalva-se que não foi encontrada na literatura alguma pesquisa que identificasse o ponto ideal do tamanho de uma operadora de plano de saúde, momento a partir do qual haveria uma deseconomia de escala.

4.1.2 Abrangência territorial

A ANS utiliza uma escala de 1 a 6 para indicar a região de abrangência da assistência e comercialização do plano, sendo que quanto maior o número, menor é o alcance territorial. A possibilidade de escolha dos pacientes em relação aos melhores centros médicos no país, a qualquer momento, é um componente de custo relevante para usuários e operadoras de saúde. Geralmente, planos com menor

alcance territorial têm custos menores para as operadoras de saúde e, conseqüentemente, para os beneficiários. É importante discutir essa variável, pois operadoras de saúde que garantem atendimento em um território menor podem usufruir de uma relação de proximidade e maior poder de negociação com os prestadores de serviços. Por outro lado, planos com maior abrangência territorial estão sujeitos a concorrência baseada em preços em locais onde não possuem uma quantidade de beneficiários suficientes para uma contraprestação adequada.

Gráfico 2: Relação entre a despesa média per capita e a abrangência territorial



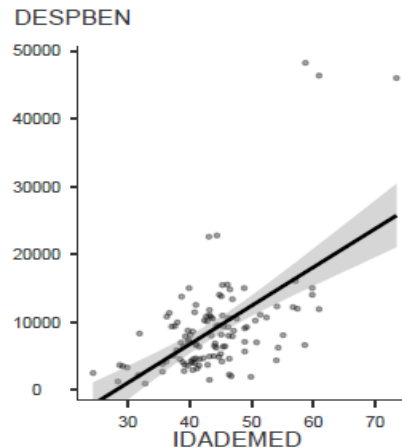
Fonte: Elaborada pelo autor, baseado em dados da ANS (2022)

Ao observar o Gráfico 2, percebe-se que há uma tendência decrescente de despesas por beneficiário passando pela linha da mediana entre o primeiro e o terceiro quartil no diagrama que mostra o comportamento destas variáveis dentre as 115 operadoras analisadas. Esta constatação ratifica os achados de Rocha *et al.* (2020) e Avelar *et al.* (2019), cujas pesquisas concluíram que a variável da amplitude de cobertura do plano justifica a lucratividade e a produtividade das operadoras de saúde.

4.1.3 Idade média

Os achados em estudos anteriores indicam que o aumento da idade média da população de um plano de saúde eleva seus custos, tal como asseveram Oliveira *et al.* (2020). De fato, o teste de *Spearman* apresentou um nível de correlação positiva de 0,458 (Tabela 1), revelando que a idade da população é o componente de característica institucional que mais contribui para os gastos totais *per capita* de uma operadora de saúde.

Gráfico 3: Relação entre as despesas médias per capita e a idade média



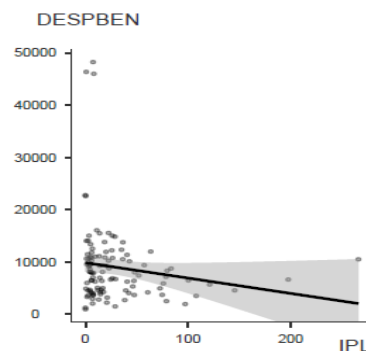
Fonte: Elaboradora pelo autor, baseado em dados da ANS (2022)

O Gráfico 3 sugere que há uma relação incontroversa entre os gastos com saúde e o envelhecimento da população, pois revela um crescimento das despesas das autogestões em saúde com o aumento da idade média da população do plano. Nessa constatação, Oliveira *et al.* (2020) alertam sobre o desafio dos planos de saúde diante dos custos da longevidade da carteira ao encontrarem em sua pesquisa que uma operadora de saúde obteve 69,8% dos custos totais provenientes de pessoas com mais de 60 anos, que representavam apenas 25,7% da população do plano.

4.1.4 Imobilização do Patrimônio Líquido

De acordo com os pesquisadores Nascimento *et al.* (2021), investimentos próprios na rede de atendimento das operadoras de saúde apresentam maior poder de negociação, controle de protocolos de atendimento, redução de erros e fraudes e melhor satisfação dos pacientes. O Gráfico 4 mostra que alianças estratégicas podem estar relacionadas com a redução das despesas médias por participante. porém, a falta de uma distribuição normal e a concentração de operadoras com IPL menor que 50% e próximo de zero indicam que os efeitos de uma estratégia de verticalização ainda não são claros.

Gráfico 4: Correlação entre as despesas média per capita e o IPL



Fonte: Elaboradora pelo autor

É importante ressaltar, baseado na linha de tendência do Gráfico 4, que a maioria das operadoras com índice de imobilização crescente registraram despesas por beneficiário abaixo da média. Esse resultado sugere que a eficiência pode ser aprimorada por meio de investimentos em rede de laboratórios e hospitais próprios, devido a possibilidade de unir, sob um único comando, médicos, laboratórios e hospitais, a fim ganhar eficiência com o controle dos protocolos e a retirada de conflito de interesses existentes entre eles.

5. PESQUISA QUALITATIVA

5.1 Análise e discussão da Perspectiva Cultural

Na opinião dos entrevistados, a cultura organizacional influencia a variedade de fatores que afetam o desempenho das operadoras de saúde em autogestão. Valores e crenças orientam o processo de gestão e as relações com beneficiários, empregados e prestadores, afetando tanto as operadoras de grande porte quanto as menores. O diretor-presidente de uma operadora de porte pequeno e abrangência regional, que apresenta o menor custo total por beneficiário, destaca a relação de confiança com os prestadores de serviços e a humanização do atendimento aos beneficiários como os principais pilares da cultura organizacional que ele administra.

A gente vive e trabalha muito, a gente fala de humanização, ter os menores custos e ser respeitado na região por honrar os compromissos. Essa postura nos permitiu fazer boas negociações, porque as pessoas sabem que temos credibilidade, que aqui se paga. Então, nós temos convicção que não vamos ter tropeço neste tratamento. E essa coisa faz com que a gente também tenha uma certa economia. Mas nosso maior princípio é o da humanização. Esta é a nossa bandeira, fazer com que as pessoas se sintam acolhidas.

Nesta mesma direção, o entrevistado, presidente de uma operadora de porte médio com a melhor relação de despesas anuais per capita e abrangência estadual, afirma que os valores e os propósitos foram fundamentais para a superação de desafios, tornando-se um diferencial dentre as operadoras de autogestão em saúde, ao oferecer serviços de qualidade a um menor custo por meio dos investimentos na rede própria de clínicas, laboratórios e hospitais.

Nós estruturamos uma rede própria de atendimento de hospitais e clínicas de diagnóstico, que nos colocou aí nesta posição bastante privilegiada a nível nacional e a nível local e serviços. Nosso modelo de negociação é melhor do que o mercado pensava, porque nós. ofertamos valor - menor custo com uma assistência à saúde de qualidade.

Por outro lado, o diretor da maior operadora de autogestão em saúde do país trouxe mais um elemento para a perspectiva cultural. O dirigente reforça que a razão de existir da operadora está na estratégia de Atenção Primária à Saúde, pois possibilita aos seus beneficiários uma condição que favorece a formação de uma identidade de cuidado integral.

Quando o patrocinador, responsável pela saúde dos seus empregados, decidiu acabar com a sua área médica, assumimos a responsabilidade de tentar montar estruturas em todo Brasil para aplicar aquilo que a gente sonhava na década anterior, que era um modelo de atenção integral à saúde, com a estratégia na saúde da família e com foco na atenção primária.

Os entrevistados revelam que os valores culturais das operadoras de autogestão têm influência na sustentabilidade do plano de saúde e na qualidade da assistência prestada aos beneficiários. Valores como a humanização e crenças nas escolhas da rede própria e no modelo de atendimento podem contribuir para a oferta de serviços com qualidade e menor custo. Essa conclusão também foi observada por Cunha *et al.* (2019), quando concluíram que as políticas de benefícios e cuidados com a saúde dos trabalhadores geram motivação e lealdade dos profissionais.

5.2 Análise e discussão da Perspectiva Planejamento

Segundo as ideias de Brito e Vasconcelos (2004), o planejamento é comparado ao oxigênio para o corpo humano, pois direciona organizações e estabelece medidas de acompanhamento para garantir seu crescimento e continuidade. Os entrevistados, concordando com essa visão, destacaram a importância de olhar além da própria operadora, descrevendo diferentes modelos de planejamento que variam em complexidade e custo de acordo com o tamanho da organização. As entrevistas revelaram que o planejamento das operadoras de saúde é focado em indicadores contábeis, financeiros e de avaliação da ANS. No entanto, nas operadoras maiores, são utilizados modelos avançados de planejamento e gestão participativa.

A gente trabalha com o BSC - balanced scorecard. A gente define alguns objetivos, debate na Diretoria, debate no Conselho. Depois ele desce e aí os grupos de debate vão complementando. A gente vai variando na discussão em grupos, depois traz os grupos de volta ao coletivo até tirarmos os objetivos estratégicos e as principais linhas.

Pode-se notar que alguns fatores de incerteza têm sido uma barreira para as operadoras de saúde adequar o planejamento orçamentário. De acordo com Cirico *et al.* (2019), essa imprevisibilidade pode levar as operadoras a recusar clientes que possuem maior probabilidade de sinistros. Dentre estas dificuldades, destaca-se o fenômeno conhecido como judicialização da saúde e o debate sobre o rol taxativo e exemplificativo da ANS.

Quando o assunto é orçamento, passamos por um ponto crítico para as operadoras, conhecido como Rol de procedimentos. Antes de 98 nós tínhamos uma Lei que dava previsibilidade. Quando você começa a inventar, aí fica muito difícil. Então, a judicialização da saúde no país é algo absurdo que acontece, né?

Constata-se ainda nas entrevistas que alianças estratégicas de integração vertical e horizontal são vistas como oportunidades para redução de custos e o aumento dos controles por meio de protocolos que asseguram o tratamento adequado e minimização das falhas de mercado e dos conflitos de interesses existentes.

Esse movimento de poder de negociação dos médicos, cooperativas médicas, e grandes redes de laboratórios e hospitais realmente impõe uma disputa desleal, digamos assim, com as autogestões. Porque eles têm a caneta nas mãos, né?

Em resumo, constata-se que as autogestões trabalham com modelos distintos de planejamento e há desafios externos que dificultam a previsão orçamentária, como a judicialização da saúde e o poder de negociação de prestadores e médicos. Esses

fatores acarretam gastos imprevistos e fraudes, podendo levar a falência das operadoras, o que valida a busca por estratégias de alianças e investimentos em rede própria.

5.3 Análise e discussão da Perspectiva Cibernética

Parece não restar dúvida de que os sistemas de informação gerenciais, por meio de programas de controle, geram valor para as autogestões e seus participantes. A cibernética na gestão das operadoras de autogestão em saúde, especialmente para o processo de tomada rápida de decisão, pode salvar vidas. Depoimentos nessa direção é comum dentre os entrevistados.

A implantação de um novo software de acompanhamento das internações nos trouxe enorme economia. Quando eu cheguei aqui uma internação nossa custava em média 36 mil reais, hoje a mesma internação custa 30 mil reais. O software que adquirimos permite a gente saber se está dentro do padrão uma solicitação médica.

Essa questão da tecnologia em apoio a programas de acompanhamento é tratada na pesquisa de Monken *et al.* (2013), que enfatiza a importância de sistemas de informações confiáveis que permitam visualizar os dados em tempo hábil para solucionar problemas ainda na fase de atendimento. Essa abordagem pode ajudar a melhorar a relação com os prestadores de serviços, bem como realizar negociações vantajosas para todas as partes envolvidas e minimizar problemas que acarretam elevados custos médicos.

5.4 Análise e discussão da Perspectiva Recompensas

As maneiras pelas quais as operadoras de autogestão em saúde podem oferecer recompensas para motivar seus empregados, prestadores e participantes a alcançar objetivos fazem parte de seu negócio. Isso inclui a implementação de políticas de incentivo à produtividade para os funcionários, a compensação dos participantes por se inscreverem em programas de prevenção à saúde e atenção primária e a promoção de novos modelos de pagamento baseados em valor na relação com os prestadores de serviços, como evidenciado por um dos entrevistados

Só para você ter uma ideia, nós fizemos um modelo diferente de atendimento e pagamento da otorrinolaringologia aqui no Estado e hoje nós gastamos 40% menos do que estávamos pagando, sem nenhum tipo de contestação dos nossos beneficiários. E olhando para o padrão que hoje existe no mercado, dar para reduzir mais.

De fato, percebe-se os esforços que as operadoras de autogestão têm direcionados para mudança dos contratos de remuneração dos serviços médicos hospitalares, responsáveis pelo maior percentual das despesas assistenciais. Porém, existem algumas barreiras ainda conflituosas para a obtenção de melhores desempenho financeiro, como a declarada pelo entrevistado na perspectiva de implantação do modelo de atenção primária à saúde.

A remuneração do médico só existe se ele fizer alguma coisa mais. Se ele

garantir que você não adoença, ele ganha zero. Seria muito mais barato para eu pagar por uma nota de saúde em vez de pagar por internações, cirurgias, mas nós ainda não temos na mente como fazer, nem eu tenho.

Ao investir em novas formas de pagamento para os prestadores de serviços que visam reduzir custos e melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes, as operadoras de saúde estão seguindo os ensinamentos de Abicalaffe e Schaffer (2022). Elas estão valorizando os resultados obtidos através do tratamento, substituindo os pagamentos por quantidade por pacotes.

5.5 Análise e discussão da Perspectiva Administrativa

Nos ensinamentos de Rehman *et al.* (2019) o conjunto de políticas e diretrizes que direcionam as atividades internas norteiam a integridade dos processos e a conduta dos empregados. Nota-se que os processos são relevantes para se fazer boas negociações com os elos da cadeia de negócios da saúde, na visão do entrevistado da operadora com menor custo por beneficiário, dentre aquelas do seu grupamento territorial.

Nós somos bem críticos na liberação, temos parâmetros e profissionais técnicos muito bons. Procedimentos de alto custo a gente faz uma auditoria prévia. Nos procedimentos de urgência e emergência temos uma enfermeira e ela já faz a avaliação no próprio hospital, daí quando chega a fatura não temos tido problema.

Paralelo a tudo isso, nota-se conflitos de interesses entre patrocinadores e empregados nas falas de alguns dos entrevistados e que há, em algumas operadoras, problemas superiores aos interesses societários relacionadas ao poder decisório e a questões trabalhistas não pacificadas entre os patrocinadores e os empregados.

Quando você tem judicialização é porque as coisas não ficaram muito claras, com cor. Na hora que esse pessoal começou a se aposentar, eles começaram a ver que eles não tinham o direito que imaginavam ter. Vou te dar um exemplo, um cara que está na ativa, pagando 1,5% por cento do seu salário, quando se aposenta passa a pagar 20% do seu benefício.

Quanto aos aspectos de administração, percebe-se que os mecanismos de controle são imperativos, em consonância com os estudos de Xavier *et al.* (2019). Além disso, identifica-se em algumas operadoras que há uma disputa pelo poder de mando, que favorece ao empregador se desvincular de responsabilidades, sobretudo com os aposentados nos planos de benefícios pós emprego.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta evidências que sustentam as conclusões obtidas para descrever os fatores que contribuem para a heterogeneidade do desempenho organizacional das operadoras de autogestão em saúde no Brasil. Neste aspecto, a escolha da variável comparativa - despesas médias totais por beneficiário - possibilitou a remoção do impacto de alguns fatores excepcionais para fins de avaliação da eficiência em custos. Por exemplo, a fonte de receita abundante permite que algumas operadoras desfrutem de vantagens únicas em relação a outras.

Os dados quantitativos demonstraram que há uma correlação positiva entre as variáveis "idade média" e "abrangência territorial" e as despesas médias anuais por beneficiário. Por outro lado, verificou-se que a variável "porte" influencia as despesas de forma semelhante a uma curva em "U", ou seja, as despesas diminuem inicialmente, atingem um ponto de inflexão e depois voltam a crescer. Por fim, apesar de a variável "imobilização do patrimônio líquido" não se mostrar estatisticamente significativa, há uma tendência a favor da estratégia de integração vertical.

A pesquisa qualitativa realçou confirmou que os controles são condições sem as quais o desempenho financeiro fica prejudicado. Apesar dos sistemas inteligentes de tecnologia terem o seu papel para detectar anomalias, as auditorias preventivas e os novos modelos de pagamento baseados em valor se mostraram igualmente importantes. Além disso, nota-se que o poder de mando, em especial nas operadoras com obrigações pós emprego, é motivo de disputas jurídicas capazes de comprometer a eficiência das operadoras.

Com base nas conclusões deste estudo, recomenda-se que pesquisas futuras abordem, isoladamente, cada uma das variáveis que influenciam na heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro das operadoras de autogestão em saúde. Também é recomendável que novas pesquisas explorem dados de tempos maiores e envolvam operadoras de outras modalidades de atendimento do sistema suplementar de saúde brasileiro para produzir resultados comparativos estatisticamente mais relevantes.

Bibliografia

- ABICALAFFE, C. L.; SCHAFER, J. Oportunidades e desafios da saúde baseada em valor: como o Brasil pode aprender com a experiência dos Estados Unidos. **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**, São Paulo, 14, n. 1, Fevereiro 2022. 96-100.
- ANS. Informações e avaliações de operadoras. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- ANS AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Espaço do Consumidor. **GOV.BR**, 12 Abril 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1>>.
- ARAÚJO, Â. A. D. S.; SILVA, J. R. S. Análise da tendência da sinistralidade e impacto na diminuição no número de operadoras de Saúde Suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018.
- AVELAR, E. A. et al. Endividamento de operadoras de planos de saúde da modalidade autogestão e regulação da saúde suplementar. **Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, n. 25, setembro 2019. ISSN 3.
- AZEVEDO, P. F. D. et al. A cadeia da saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas políticas. **Inspere Centro de Estudos em Negócios**, 2016.
- BAHIA, L.; VIANA, A. Breve Histórico do Mercado de Planos de Saúde no Brasil. **Ministério da Saúde. Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**, Rio de Janeiro, 2002.
- BRITO, L. A. L.; VASCONCELOS, F. C. D. A heterogeneidade do desempenho, suas causas e o conceito de vantagem competitiva. **Revista de Administração Contemporânea**, 2004.
- CARMELI, A.; TISHLER, A. The relationships between intangible organizational elements and organizational performance. **Strategic Management Journal**, Tel Aviv, Israel, 7 Maio 2004. 1257-1278.

- CARMO, E. D. Desempenho Organizacional de Operadora de Planos de Saúde Suplementar no Brasil: estudo de caso de uma cooperativa médica. **Sistema de Bibliotecas da UFU**, Uberlândia, 2016.
- CARVALHO, J. C. D. S. et al. Os desafios financeiros do setor de saúde suplementar e o resseguro como alternativa. **Revista Debate Econômico**, Jul-Dez 2018.
- CIRICO, P. F.; RESNER, A. A. R.; RACHED, C. D. A. Os impactos da judicialização na saúde suplementar. **Revista Gestão em Foco**, 2019.
- COTA, I. S.; SILVA, F. L. D. Análise da evolução dos custos assistenciais das operadoras de planos de saúde considerando fator moderador. **REDECA Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos da FEA**, Jul-Dez 2018. 139-154.
- CRUBELATTE, J. M.; PASCUCCHI, L.; GRAVE, P. S. Contribuições para uma visão baseada em recursos legítimos. **Revista de Administração de Empresas**, Dez 2008.
- CUNHA, L. F. et al. Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores no Brasil. **Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro, 2019.
- DIAS, D. T. D. A.; TONI, D. D. Fatores impactantes no desempenho organizacional: proposição de um modelo conceitual. **Revista Gestão Organizacional**, 2017.
- FERNANDES, J. L.; CAILLEAU, R.; SOUZA, A. A. D. Análise de indicadores econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde. **USP International Conference in Accounting**, São Paulo, Julho 2019.
- GALDINO, G. B. Análise dos custos das operadoras de planos de saúde classificadas como autogestão em comparação a cooperativa e à medicina de grupo. **USP Biblioteca Digital**, São Paulo, 2021.
- GAMA, A. M. Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar. **Repositório Institucional da FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 2003.
- HERACLEOUS, L. What's the Impact of Corporate Governance on Organisational Performance. **Corporate Governance An International Review**, 2008.
- HOLST, J.; GIOVANELLA, ; ANDRADE, G. C. L. D. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadão. **Saúde e Debate**, Dez 2016.
- LENZ, R. T. Determinants of Orgizational Performce: an Interdisciplinary Review. **Strategic Management Journal**, Indianapolis - Indiana (USA), 1981. 131-154.
- MALTA, D. C.; JORGE, A. D. O. Modelo assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de uma autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Outubro 2008.
- MARIANO, L. R.; TAVARES, M.; LOPES, J. E. F. Modelo para previsão de desempenho econômico-financeiro para operadoras de planos de saúde. **Revista da Estatística UFOP**, 2012.
- MARTINS, A. V. et al. Estratégias para redução de custos em operadoras de planos de saúde. **RIC - Revista de Informação Contábil**, Jan-Mar 2013. 55-72.
- MASCARENHAS, A. L. F. Operadora de autogestão em saúde: o "caso" da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI. **Instituto Universitário de Lisboa**, Lisboa, 2019.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; SILVA, A. L. A. D. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc. São Paulo**, 2017.
- MONKEN, S. et al. A importância da gestão da tecnologia na modelagem de programas para promoção da saúde, prevenções de riscos e doenças em saúde suplementar. **Revista de Gestão e Projetos**, São Paulo, v. 4, n. 2, mai/ago 2013.

- NASCIMENTO, A. J. D.; DIHEL, C. A.; PICCOLI, M. S. Integração vertical e desempenho econômico-financeiro em operadoras de planos de saúde. **XXXVIII Congresso Brasileiro de Custos**, 2021.
- OLIVEIRA, J. A. D. D. et al. Longevidade e custo da assistência: o desafio de um plano de saúde de autogestão. **Ciências Saúde Coletiva**, Out 2020. 25.
- OLIVEIRA, M.; VERAS, R.; CORDEIRO, H. A saúde suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? **SciELO - Scientific Electronic Library Online**, Rio de Janeiro, 2017.
- PAIM, J. et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **Series**, Salvador BA, maio 2011.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde - Estratégia para melhorar a qualidade e reduzir custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- REHMAN, S.; MOHAMED, R.; AYOUP, H. Between organizational performance and its determinants. **Journal of Global Entrepreneurship**, 2019.
- ROCHA, C. H.; SILVA, G. L. D.; BRITTO, P. A. P. D. Performance financeira no setor de saúde suplementar: uma análise da variância da rentabilidade das operadoras de saúde no Brasil. **Revista de Gestão & Saúde**, Brasília, v. 12, Janeiro - Março 2020. ISSN 1.
- SILVA, ; LOPES, L.; JÚNIOR, S. S. B. Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. **Revista Gestão e Secretariado**, São Paulo, jan-abr 2014.
- SOUZA, M. A. D.; SALVALAIO, D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2010.
- TEIXEIRA, R. F. A. P.; RODRIGUES, A.; LIMA, R. F. Economia de escala na saúde suplementar brasileira: um caminho alternativo para ampliar a lucratividade. **Revista Catarinense de Ciências Contábeis**, Florianópolis, v. 20, p. 1-17, 2021.
- TRINDADE, D. D. S. Autogestão em Saúde Suplementar: um modelo estratégico de atenção à saúde privada em organizações militares. **SPOLM Simpósio de Pesquisa Operacional e Logística da Marinha**, Rio de Janeiro, 2005.
- XAVIER, D. O.; SOUZA, A. A. D.; AVELAR, E. A. Determinantes do Desempenho Econômico-financeiro de Operadoras de Planos de Saúde. **RAHIS Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, 16, n. 1, 2019.