

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**Isabela Tatiana Teixeira**

**ESTRATÉGIAS DE OPERAÇÕES DE EMPRESAS DE SAÚDE**  
**SUPLEMENTAR DE GRANDE PORTE NO BRASIL: UM ESTUDO**  
**MULTICASO**

**São Carlos – SP**  
**2021**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**Isabela Tatiana Teixeira**

**ESTRATÉGIAS DE OPERAÇÕES DE EMPRESAS DE SAÚDE**  
**SUPLEMENTAR DE GRANDE PORTE NO BRASIL: UM ESTUDO**  
**MULTICASO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Engenharia de Produção.

Orientação Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Vitale  
Torkomian  
Coorientação Prof. Dr. Alceu Gomes Alves  
Filho

**São Carlos – SP**  
**2021**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia  
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção

---

### **Folha de Aprovação**

---

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Isabela Tatiana Teixeira, realizada em 29/11/2021

#### **Comissão Julgadora**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Vitale Torkomian

Prof. Dr. Alceu Gomes Alves Filho

Prof. Dr. Luís Miguel Domingos Fernandes Ferreira

Prof.<sup>a</sup> Dr. Dante Pinheiro Martinelli

Prof. Dr. Mário Sacomano Neto

Prof. Dr. Edemilson Nogueira

O relatório de defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção

Para a luz da minha vida,  
minha pequena, grande Luiza

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Dr. Alceu Gomes Alves Filho e à Professora Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Vitale Torkomian. Ao primeiro, por sua orientação, sua condução preciosa, pela paciência durante as diversas fases do trabalho e, principalmente, por não desistir do meu trabalho. À Profa. Ana Lúcia, por ter aceitado finalizar a orientação desse trabalho e pela confiança em mim empregada.

Aos professores membros da banca examinadora, Prof. Dr. Luís Miguel Domingos Fernandes Ferreira, Prof. Dr. Dante Pinheiro Martinelli, Prof. Dr. Mário Sacomano Neto e Prof. Dr. Edemilson Nogueira, por suas valiosas contribuições na conclusão da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos, pela colaboração no processo de amadurecimento da pesquisa, e aos funcionários da secretaria da Pós-graduação, Robson e Lucas, pelas inúmeras ajudas ao longo dos últimos anos.

Agradeço ao meu marido, André Luiz Romano, pela parceria traçada ao longo desses anos, e pelo apoio em todos os momentos de criação, redação e conclusão desse trabalho. Agradeço aos meus pais, Angela e Valdemar pelo incentivo incondicional a essa pesquisa, e ao Rafael e Felipe por serem presentes ao longo desse processo. Meu agradecimento aos amigos Maria Antônia, Renato e Carlos, pelo compartilhamento dos conhecimentos no setor, e o apoio na construção do material dessa pesquisa.

Agradeço ainda a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram ou se interessaram pela temática contida nesta pesquisa.

## RESUMO

Neste trabalho procura-se identificar e analisar as estratégias de operações de 5 grandes operadoras de planos de saúde, cada uma a maior em sua modalidade, do setor de saúde suplementar no Brasil, no período de 2011 a 2019. O intuito da pesquisa foi identificar os conteúdos das estratégias de operações das empresas, compostos pelas prioridades competitivas de produção e pelas mudanças em áreas de decisões estruturais e infraestruturais. Foram também avaliados os alinhamentos dessas estratégias de operações com as respectivas estratégias competitivas declaradas. Constatou-se inicialmente que existe uma quantidade limitada de trabalhos em que estratégias de operações de empresas que compõem a Saúde Suplementar são analisadas. A saúde suplementar atende 24% da população e concentra o maior volume de investimentos anuais em saúde no Brasil. Uma análise de dados secundários, obtidos no banco de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de relatórios de demonstrações financeiras e de sustentabilidade divulgados pelas instituições, possibilitou uma descrição do cenário econômico e de mercado em que as empresas de serviços de saúde estão inseridas e a identificação das estratégias competitivas e de operações das 5 empresas estudadas, observando-se que alinhamentos dessas estratégias tiveram relação direta com os desempenhos obtidos no período analisado. A empresa que não alinhou adequadamente a estratégia de operações com sua estratégia competitiva apresentou dificuldades financeiras, sofreu intervenção da ANS e sofreu o risco de ter de deixar o mercado. A empresa que modificou sua estratégia competitiva, mas não a desdobrou adequadamente em sua estratégia de operações, apresentou um desempenho financeiro insatisfatório e procurou avaliar novo posicionamento no mercado. As empresas com estratégias de operações consolidadas e que demonstraram alinhamentos com as estratégias competitivas apresentaram maior estabilidade financeira e controlaram as oscilações de sinistralidade. No período analisado, de 2000 a 2019, anterior ao período da pandemia do Covid-19, o mercado estava relativamente estável, sem interferências de eventos adversos.

**Palavras-chave:** Estratégia de operações, saúde suplementar, operadoras de planos de saúde.

## ABSTRACT

*This paper seeks to identify and analyze the operating strategies of the 5 largest healthcare plan companies in the private healthcare sector in Brazil, from 2011 to 2019. The purpose of the research was to identify the contents of the healthcare strategy operations of the analyzed cases, composed of competitive production priorities and changes in structural and infrastructural decision areas. The alignments of these operations strategies with the respective declared competitive strategies were also evaluated. Initially, it was found that there are few works on the referred sector in which the operation strategies of companies that make up Supplementary Health are analyzed. Supplementary health serves 24% of the population and concentrates the largest volume of annual investments in health in Brazil. An analysis of secondary data, obtained from the National Supplementary Health Agency (ANS) database, of financial and sustainability statements reports released by the institutions, allowed a description of the economic and market scenario in which health services companies are inserted and the identification of the competitive and operational strategies of the 5 companies studied, noting that the alignments of these strategies had a direct relationship with the performances obtained in the period of analysis. The company that did not properly align its operations strategy with the competitive strategy faced financial difficulties, suffered intervention from the ANS and suffered from the risk of leaving the market. The company that changed its competitive strategy but did not adequately break it down into its operations strategy, presented an unsatisfactory financial performance and is evaluating a new position in the market. Companies with consolidated operations strategies and which demonstrated alignment with competitive strategies, showed greater financial stability and controlled claims fluctuations. The scenario analyzed between 2000 and 2019 was that of a stable market, with no interference from adverse events and prior to the Covid-19 pandemic period.*

**Keywords:** *Operations Strategy, Supplementary Health, Health Care Company.*

## Lista de figuras

Figura 2.1 – Estrutura do capítulo 2 .....	19
Figura 2.2 – As quatro perspectivas de mensuração do BSC .....	23
Figura 2.3 – Estratégias genéricas .....	27
Figura 2.4 – Comparação das estratégias de Porter e do Oceano Azul .....	31
Figura 2.5 – Estratégia de operações: elo entre mercado e recursos internos .....	33
Figura 2.6 – Áreas de decisão em estratégia de operações.....	37
Figura 2.7 – Operações em serviços de saúde: interações com cliente .....	42
Figura 2.8 – Sistema de operações em serviços = processo + resultado .....	43
Figura 3.1 – Estrutura do capítulo 3 .....	47
Figura 3.2 – Cadeia de valor da saúde.....	48
Figura 3.3 – Perfil das NIP assistenciais por subtema (2019).....	58
Figura 3.4 – Mapa da cadeia da Saúde Suplementar.....	60
Figura 3.5 – Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde em 2019.....	62
Figura 3.6 – Evolução de beneficiários de plano de saúde 2000 - 2019 (em milhões).....	64
Figura 3.7 – Receita x Custo per capita anual em R\$(000) - (2001-2019) .....	67
Figura 3.8 – Sinistralidade total das Operadoras Médicas (2001 - 2019) .....	67
Figura 3.9 – Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por municípios ...	69
Figura 4.1 – Estrutura do capítulo 4 .....	71
Figura 4.2 – Seleção de campos para pesquisa - Aplicativo ANS <i>Tabnet</i> .....	76
Figura 4.3 – Seleção de campos para pesquisa - Aplicativo ANS <i>Tabnet</i> .....	76
Figura 4.4 – Consulta receita x despesas - Aplicativo ANS <i>Tabnet</i> .....	77
Figura 5.1 – Estrutura do capítulo 5 .....	99
Figura 5.2 – Mapa Estratégico Empresa “A” .....	101
Figura 5.3 – Organograma Empresa A.....	102
Figura 5.4 – Evolução Empresa “A” – Receita x Custo x Sinistralidade (2001 a 2019) .....	105
Figura 5.5 – Empresa “A” e adquiridas – Receita x Custo x Sinistralidade (2001 a 2019) ...	105
Figura 5.6 – Evolução per capita mensal da Empresa “A” (2011 a 2019).....	106
Figura 5.7 – Resultado Empresa “A” em R\$(000) – 2001 a 2019 .....	106
Figura 5.8 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais - empresa “A”	115
Figura 5.9 – Mapa Estratégico Empresa “B” .....	121
Figura 5.10 – Organograma Empresa B .....	122
Figura 5.11 –Evolução Empresa “B” Receita x Custo x Sinistralidade (2001 a 2019).....	124

Figura 5.12 – Evolução per capita mensal da Empresa “B” (2011 a 2019) .....	124
Figura 5.13 – Resultado Empresa “B” em R\$(000) – 2001 a 2019 .....	125
Figura 5.14 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais - empresa B .	133
Figura 5.15 – Mapa Estratégico Empresa “C” .....	139
Figura 5.16 – Organograma Empresa “C” .....	140
Figura 5.17 — Evolução Empresa “C” – Receita x Custo x Sinistralidade (2001 a 2019)....	142
Figura 5.18 – Evolução per capita mensal da Empresa “C” (2011 a 2019) .....	142
Figura 5.19 – Resultado Empresa “C” em R\$(000) – 2001 a 2019 .....	143
Figura 5.20 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais - empresa C .	152
Figura 5.21 – Mapa Estratégico Empresa “D” .....	157
Figura 5.22 – Organograma Empresa D .....	158
Figura 5.23 – Evolução Empresa “D” Receita x Custo x Sinistralidade (2001 a 2019) .....	160
Figura 5.24 – Evolução per capita mensal da Empresa “D” (2011 a 2019) .....	161
Figura 5.25 – Resultado Empresa “D” em R\$(000) – 2001 a 2019 .....	162
Figura 5.26 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais - empresa D .	170
Figura 5.27 – Mapa Estratégico Empresa “E” .....	175
Figura 5.28 – Organograma Empresa E .....	176
Figura 5.29 – Evolução Empresa “E” Receita x Custo x Sinistralidade (2007 a 2019).....	178
Figura 5.30 – Evolução per capita mensal da Empresa “E” (2011 a 2019) .....	179
Figura 5.31 – Resultado Empresa “E” em R\$(000) – 2001 a 2019.....	179
Figura 5.32 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais - empresa E..	188
Figura 6.1 – Comparativo da evolução da sinistralidade anual (2011 a 2019) .....	202
Figura 6.2 – Comparativo da evolução da despesa per capita mensal (2011 a 2019).....	203
Figura 6.3 – Comparativo da evolução da receita per capita mensal (2011 a 2019).....	204
Figura AI.1 – Evolução de artigos publicados por ano .....	224

## Lista de Tabelas

Tabela 3.1 – Comparativo população x saúde suplementar (2000/ 2019).....	64
Tabela 3.2 – Beneficiários por modalidade (2014- 2019) – em mil vidas .....	65
Tabela 3.3 – Operadoras em atividade com beneficiários por porte e modalidade –2019.....	65
Tabela 3.4 – Receita per capita anual, em R\$, por modalidade (2010- 2019) .....	66
Tabela 3.5 – Sinistralidade anual, em %, por modalidade (2010- 2019) .....	68
Tabela 5.1 – Evolução Beneficiários da Empresa “A” (2011 a 2019) .....	103
Tabela 5.2 – Evolução Reclamações Beneficiários da Empresa “A” (2011 a 2019) .....	104
Tabela 5.3 – Evolução IDSS Empresa “A” (2012 a 2019).....	107
Tabela 5.4 – Evolução Beneficiários x Reclamações da Empresa “B” (2011 a 2019) .....	123
Tabela 5.5 – Evolução IDSS Empresa “B” (2012 a 2019).....	126
Tabela 5.6 – Evolução Beneficiários x Reclamações da Empresa “C” (2011 a 2019) .....	141
Tabela 5.7 – Evolução IDSS Empresa “C” (2012 a 2019).....	144
Tabela 5.8 – Evolução Beneficiários x reclamações da Empresa “D” (2011 a 2019) .....	159
Tabela 5.9 – Evolução IDSS Empresa “D” (2012 a 2019).....	162
Tabela 5.10 – Evolução Beneficiários x Reclamações da Empresa “E” (2011 a 2019).....	177
Tabela 5.11 – Evolução IDSS Empresa “E” (2012 a 2019).....	180
Tabela AI.1 – Número de publicações por periódico .....	224
Tabela AI.2 – Número de publicações por autor .....	225
Tabela AI.3 – Dispersão geográfica dos autores .....	225

## Lista de Quadros

Quadro 2.1 – Definições de Estratégia na Engenharia e na Administração .....	20
Quadro 3.1 – Prazos máximos para atendimento de beneficiários.....	52
Quadro 3.2 – Indicadores da dimensão Qualidade em Atenção à Saúde .....	55
Quadro 3.3 – Indicadores da dimensão Garantia de Acesso .....	56
Quadro 3.4 – Indicadores da dimensão Sustentabilidade no Mercado.....	56
Quadro 3.5 – Indicadores da dimensão Gestão de Processo e Regulação.....	57
Quadro 4.1 – Recorte metodológico.....	74
Quadro 4.2 – Empresas no estudo de casos múltiplos.....	78
Quadro 4.3– Protocolo para resposta às perguntas da pesquisa .....	81
Quadro 4.4– Expressões de relevância para classificação das estratégias competitivas .....	82
Quadro 4.5– Quatro perspectivas de mensuração do BSC.....	83
Quadro 4.6 – Dimensões do BSC nas estratégias competitivas genéricas .....	84
Quadro 4.7– Critérios de repetição pesquisados na identidade organizacional .....	87
Quadro 4.8– Critérios de relevância para classificação das prioridades competitivas .....	88
Quadro 4.9 – Síntese das áreas de decisões estruturais .....	93
Quadro 4.10 – Síntese das áreas de decisões infraestruturais.....	94
Quadro 5.1 – Síntese das prioridades competitivas – Empresa “A” .....	108
Quadro 5.2– Principais ações relacionadas às decisões estruturais – empresa “A” .....	114
Quadro 5.3 – Síntese das prioridades competitivas – Empresa “B” .....	127
Quadro 5.4– Principais ações relacionadas às decisões estruturais – empresa “B” .....	133
Quadro 5.5 – Síntese das prioridades competitivas – Empresa “C” .....	146
Quadro 5.6 – Principais ações relacionadas às decisões estruturais – empresa “C” .....	151
Quadro 5.7 – Síntese das prioridades competitivas – Empresa “D” .....	164
Quadro 5.8– Principais ações relacionadas às decisões estruturais – empresa “D” .....	169
Quadro 5.9 – Síntese das prioridades competitivas – Empresa “E” .....	182
Quadro 5.10– Principais ações relacionadas às decisões estruturais – empresa “E” .....	187
Quadro 6.1 – Estratégias competitivas e de operações - casos.....	200

## Lista de Abreviaturas e Siglas

- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento
- BSC – *Balanced Scorecard*
- CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica
- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- EEG – Eletroencefalograma
- EMHO – Equipamentos e Materiais Médicos, Hospitalares e Odontológicos
- EPI – Equipamento de Segurança Individual
- ERP – *Enterprise Resource Planning*
- ETT – Ecocardiograma Transtorácico
- FC – Fluxo de Caixa
- GRI – *Global Reporting Initiative*
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDAS - indicadores da dimensão da atenção à saúde
- IDEF - Indicadores da dimensão econômico-financeira
- IDEO - Indicadores da dimensão estrutura e operação
- IDGA – Índice de Desempenho de Garantia de Acesso
- IDGR – Índice de Desempenho de Gestão de Processos e Regulação
- IDMS – Índice de Desempenho de Sustentabilidade no Mercado
- IDQS – Índice de Desempenho de Qualidade em Atenção à Saúde
- IDSB - Indicadores da dimensão satisfação do beneficiário
- IDSS – Índice de Desempenho de Saúde Suplementar
- IGR – Índice Geral de Reclamações
- INPI – Instituto Nacional da Propriedade Industrial
- ISO – *International Organization for Standardization*
- JCI – Joint Commission International
- LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados
- LL – Lucro Líquido
- NIP – Notificação de Intermediação Preliminar
- OMS – Organização Mundial de Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

OPS – Operadoras de Plano de Saúde

PEP – Planejamento Estratégico da Produção

PF – Pessoa Física

PJ – Pessoa Jurídica

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

RN – Resolução Normativa

SADT – Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Apresentação .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Objetivos geral e específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 Contextualização e método de pesquisa.....</b>	<b>15</b>
<b>1.4 Justificativas e delimitações da pesquisa .....</b>	<b>16</b>
<b>1.5 Estrutura do trabalho.....</b>	<b>18</b>
<b>2. ESTRATÉGIA DE OPERAÇÕES .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Estratégia.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Estratégias competitivas.....</b>	<b>22</b>
2.2.1 Estratégias genéricas e <i>trade-offs</i> .....	24
2.2.2 Visão baseada em recursos .....	28
2.2.3 Inovação e a estratégia do oceano azul.....	30
2.2.4 Competição baseada em valor .....	32
<b>2.3 Estratégia de Operações.....</b>	<b>33</b>
2.3.1 Prioridades Competitivas.....	35
2.3.2 Áreas de decisão em estratégia de operações .....	37
<b>2.4 Estratégia de Operações na Saúde Suplementar .....</b>	<b>39</b>
<b>2.5 Considerações da Seção.....</b>	<b>46</b>
<b>3. O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO .....</b>	<b>47</b>
<b>3.1 O sistema brasileiro de saúde .....</b>	<b>47</b>
<b>3.2 Saúde Suplementar .....</b>	<b>51</b>
3.2.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) .....	51
3.2.1.1 Monitoramento da Garantia de Atendimento .....	53
3.2.1.2 Programa de Qualificação de Operadoras.....	54
3.2.1.3 Programa de Notificação de Intermediação Preliminar .....	58
3.2.1.4 Índice Geral de Reclamações .....	59
3.2.1.5 Programa de Acreditação de Operadoras.....	59
3.2.2 Cadeia da Saúde Suplementar .....	59
3.2.3 Considerações sobre a Saúde Suplementar.....	60
<b>3.3 Operadoras de Plano de Saúde.....</b>	<b>61</b>
<b>3.4 Considerações do capítulo.....</b>	<b>70</b>
<b>4. MÉTODO DE PESQUISA .....</b>	<b>71</b>

<b>4.1 Enquadramento metodológico.....</b>	<b>72</b>
<b>4.2 Seleção dos casos estudados .....</b>	<b>75</b>
<b>4.3 Dados secundários para responder à pergunta da pesquisa.....</b>	<b>79</b>
4.3.1 Análise da Estratégia Competitiva.....	81
4.3.2 Análise da Estratégia de Operações.....	86
<b>4.4 Entrevistas com especialistas do setor .....</b>	<b>95</b>
<b>4.5 Considerações do capítulo.....</b>	<b>98</b>
<b>5. ESTUDO MULTICASO .....</b>	<b>99</b>
<b>5.1 Empresa A – Medicina de Grupo.....</b>	<b>99</b>
5.1.1 Estratégia Competitiva – Empresa “A” .....	100
5.1.2 Estratégia de Operações – Empresa “A” .....	108
5.1.2.1 Prioridades Competitivas – Empresa “A” .....	108
5.1.2.2 Áreas de decisões estruturais – Empresa “A” .....	112
5.1.2.3 Áreas de decisões infraestruturais – Empresa “A” .....	116
5.1.3 Síntese e considerações sobre a Empresa “A” .....	119
<b>5.2 Empresa B – Medicina de Grupo .....</b>	<b>120</b>
5.2.1 Estratégia Competitiva – Empresa “B” .....	120
5.2.2 Estratégia de Operações – Empresa “B” .....	126
5.2.2.1 Prioridades Competitivas – Empresa “B” .....	127
5.2.2.1 Áreas de decisões estruturais – Empresa “B” .....	131
5.2.2.2 Áreas de decisões infraestruturais – Empresa “B” .....	134
5.2.3 Síntese e considerações sobre a Empresa “B” .....	136
<b>5.3 Empresa C – Seguradora .....</b>	<b>137</b>
5.3.1 Estratégia Competitiva – Empresa “C” .....	138
5.3.2 Estratégia de Operações – Empresa “C” .....	145
5.3.2.1 Prioridades Competitivas – Empresa “C” .....	145
5.3.2.2 Áreas de decisões estruturais – Empresa “C” .....	150
5.3.2.3 Áreas de decisões infraestruturais – Empresa “C” .....	152
5.3.3 Síntese e considerações sobre a Empresa “C” .....	155
<b>5.4 Empresa D – Cooperativa Médica .....</b>	<b>156</b>
5.4.1 Estratégia Competitiva – Empresa “D” .....	156
5.4.2 Estratégia de Operações – Empresa “D” .....	163
5.4.2.1 Prioridades Competitivas – Empresa “D” .....	163
5.4.2.2 Áreas de decisões estruturais – Empresa “D” .....	167

5.4.2.3	Áreas de decisões infraestruturais – Empresa “D” .....	170
5.4.3	Síntese e considerações sobre a Empresa “D” .....	173
<b>5.5</b>	<b>Empresa E – Autogestão .....</b>	<b>173</b>
5.5.1	Estratégia Competitiva – Empresa “E” .....	174
5.5.2	Estratégia de Operações – Empresa “E” .....	181
5.5.2.1	Prioridades Competitivas – Empresa “E” .....	182
5.5.2.2	Áreas de decisões estruturais – Empresa “E” .....	186
5.5.2.3	Áreas de decisões infraestruturais – Empresa “E” .....	188
5.5.3	Síntese e considerações sobre a Empresa “E” .....	190
<b>5.7</b>	<b>Nota sobre a COVID-19 .....</b>	<b>191</b>
<b>5.8</b>	<b>Implicações da pesquisa .....</b>	<b>192</b>
5.8.1	Implicações da pesquisa para as empresas analisadas .....	192
5.8.2	Implicações da pesquisa para o setor de saúde suplementar .....	194
5.8.3	Implicações da pesquisa para a ANS .....	195
5.8.4	Implicações teóricas da pesquisa .....	197
5.8.5	Implicações metodológicas da pesquisa .....	198
<b>5.9</b>	<b>Considerações do capítulo.....</b>	<b>199</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>200</b>
<b>6.1</b>	<b>Respostas aos objetivos de pesquisa.....</b>	<b>208</b>
<b>6.2</b>	<b>Limitações, desdobramentos e trabalhos futuros .....</b>	<b>208</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>211</b>
	<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>223</b>
	<b>APÊNDICE II .....</b>	<b>227</b>

# 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é o relato de um estudo sobre estratégias de operações de cinco grandes empresas que atuam em modalidades distintas no setor de saúde suplementar brasileira. Neste capítulo, como introdução, apresenta-se uma lacuna identificada e que justifica a realização da pesquisa, os objetivos do estudo, bem como o escopo da pesquisa e a maneira como o trabalho está estruturado.

## 1.1 Apresentação

Após a Segunda Guerra Mundial, as organizações vivenciaram um processo acelerado de informatização e automação, que ocorreu como parte da evolução tecnológica que transformou a comunicação e a transmissão do conhecimento. Mudanças na produção de bens e serviços desencadearam a necessidade de alteração da forma como os negócios eram geridos (GOMES; SALAS, 1999). Segundo Skinner (1969), as organizações apresentam dificuldades em alcançar excelência de desempenho em todas as áreas de produção e mercados de atuação, o que exige dos gerentes o estabelecimento de critérios estratégicos mais adequados. Nos cenários de competição acirrada em que as empresas estão inseridas, mesmo aquelas de menor porte precisam se organizar de forma estruturada, ajustando as operações aos novos desafios impostos; isso em meio a constantes transformações nas tecnologias adotadas (AZEVEDO et al, 2016).

As organizações direcionam parte significativa de seu esforço às operações, ou seja, à produção e entrega de seus produtos e serviços. Essa priorização, quando demasiada, pode ocultar aspectos relevantes da rotina organizacional, levando à negligência de atividades relevantes para o negócio como, por exemplo, a do planejamento estratégico, em seus diversos níveis, o que pode então dificultar o atingimento de objetivos organizacionais (ROMANO, 2014).

A estratégia é uma solução única criada para cada empresa (TEIXEIRA, 2014). O desafio das empresas está em alinhar seus objetivos internos aos fatores externos. Mercado consumidor, práticas da concorrência, contexto econômico e político, exigências legais e ambientais são alguns dos elementos que influenciam nas decisões e na forma de atuação. O papel dos tomadores de decisão é transformar os requisitos de mercado em escolhas competitivas em estratégias (SLACK; LEWIS, 2009).

De acordo com Porter (1979), o papel da estratégia numa organização é criar uma posição exclusiva, que lhe possibilite atuação diferente dos rivais, e permanência no mercado

em longo prazo; para tanto, há 3 estratégias genéricas, que podem ser usadas para criar vantagem competitiva: liderança em custo, diferenciação ou foco (PORTER, 2004). A estratégia determinada para a competição influencia a forma como a empresa opera internamente, não sendo possível se compreender a operação sem um entendimento dos critérios competitivos estabelecidos. A estratégia existe para promover a evolução de uma empresa; com o intuito em geral de gerar lucro e expandir negócios. A empresa necessita definir seu mercado, criar formas de mantê-lo e entrar no mercado dos concorrentes (HENDERSON, 1999). Os responsáveis pela elaboração das estratégias têm por objetivo encontrar uma posição em que a empresa seja capaz de melhor se defender contra as forças estratégicas de mercado ou influenciá-las a seu favor (PORTER, 1998).

A estratégia de operações é uma das estratégias funcionais, deve ser nas operações um desdobramento da estratégia competitiva – e estar com ela alinhada – e está concentrada nos temas da gestão de produção, tendo sua relevância crescido nos ambientes acadêmicos e empresariais (HAYES; PISANO, 1996). Segundo Santos (2006), nem todas as organizações têm capacidade de reconhecer o papel da estratégia nas atividades empresariais.

A pesquisa acadêmica sobre estratégia de operações esteve voltada para a produção industrial até o início dos anos 90. Na literatura constam trabalhos, por exemplo, sobre a indústria automobilística, linha branca, aeronáutica, autopeças, alimentícia, têxtil e confecções, calçados etc. (CERRA, MAIA, ALVES FILHO, 2010; MAIA, CERRA, ALVES FILHO, 2005). Trabalhos que tenham por objetos o setor primário, que envolve o agronegócio, ou o setor terciário são escassos até o início dos anos 2000 (SANTOS; VARVAKIS; GOHR, 2004).

O setor terciário, como o setor industrial, foi transformado pela revolução da tecnologia de informação, desde os anos 1960, e passou a ser uma atividade com papel protagonista na geração de empregos e novas oportunidades de negócios (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011). O debate acadêmico sobre esse setor evoluiu na medida em que ocorre uma intensificação da tecnologia, numa transição da economia baseada na produção industrial para a economia baseada em serviços (ABBAS, 2001). As atividades que compõem o setor terciário da economia são: construção civil, comércio, varejo, alimentação, transporte e armazenagem, administração pública, tarefas domésticas, serviços coletivos, educação, saúde, serviços sociais, entre outros (IBGE, 2013).

Segundo Santos, Varvakis e Gohr (2004), até meados dos anos 2000, havia uma produção restrita, principalmente no Brasil, de trabalhos voltados para o setor de serviços. Deve-se notar, porém, que, após 2010, há um crescimento de pesquisas sobre estratégias em serviços e, dentre tais pesquisas, podem ser destacados trabalhos que envolveram a saúde

suplementar, como Albuquerque, Fleury e Fleury (2011), Yamaguchi e Ruas, (2013), Teixeira (2014), Silva (2015), Tisott et al (2016), Almeida et al (2016), Tomaszewski, Lacerda e Teixeira (2016), Baptista e Pedroso (2017).

A saúde suplementar é um setor que teve expansão no Brasil mesmo nos períodos de estagnação econômica ou de baixo crescimento da economia. Porém, com a regulamentação do setor, a partir de 2000, as operadoras de planos de saúde, empresas que atuam na saúde suplementar, precisaram adotar ações mínimas para atendimento das exigências de prazos e grupos de procedimentos previstos pela ANS, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, e esse fato tem pressionado os custos das empresas. Além disso, a instabilidade econômica iniciada em 2014, refletiu também no setor de saúde suplementar, pois os grupos empresariais afetados pela crise readequaram ou cancelaram os contratos de plano de saúde vigentes.

## **1.2 Objetivos geral e específicos**

Essa pesquisa tem como objeto de análise estratégias de operações de empresas de grande porte do setor de saúde suplementar. Esse setor abrange empresas que atuam na comercialização e prestação de serviços de saúde privados. O objetivo geral do trabalho é identificar as estratégias de operações de 5 operadoras de planos de saúde médico-hospitalar, cada qual a maior de sua modalidade, no período de 2000 a 2019, para verificar como operam e como cada qual responde às exigências do mercado consumidor e regulatório. Como desdobramento dos objetivos gerais, se destacam os seguintes objetivos específicos:

- Identificar, nas operadoras do estudo, as estratégias competitivas genéricas – de liderança em custo, de diferenciação ou de foco;
- Verificar se as prioridades competitivas das operações se relacionam e estão alinhadas com as estratégias competitivas genéricas das operadoras do estudo;
- Avaliar se as mudanças implementadas nas áreas de decisão estruturais e infraestruturais das operadoras do estudo relacionam-se com as respectivas estratégias competitivas adotadas e com as prioridades competitivas das operações.

Um dos equívocos das empresas, notadamente no segmento das operadoras de saúde, é não alinhar adequadamente suas estratégias corporativas com as estratégias de operações, ou seja, não priorizar nas operações o que está declarado nas estratégias competitivas. Muitas empresas operam com estratégias competitivas declaradas como diferenciadas, mas que mantêm estruturas que não focalizam com os mesmos propósitos suas operações, muitas vezes

mais ligadas à redução de custos, gerando uma contradição interna entre estratégias competitivas e de operações.

Passa-se a indicar agora o desenho metodológico da pesquisa, que será detalhado posteriormente no capítulo 4, no contexto do setor de saúde suplementar.

### **1.3 Contextualização e método de pesquisa**

O setor de saúde suplementar é responsável pelo atendimento médico e odontológico de 25% da população brasileira, e 80% dos contratos ocorrem via grupos empresariais (ANS, 2018; GAMARRA, 2017). A receita do setor no ano de 2019 foi de R\$207 bilhões nas operadoras médico-hospitalares e R\$3,8 bilhões nas operadoras exclusivamente odontológicas (ANS, 2020). É um setor em que a concorrência é acirrada, principalmente nos centros urbanos, e as estratégias quanto a produtos, preços e operações variam conforme o mercado, o número e posicionamento dos concorrentes, além das características dos clientes (ZILBER; LAZARINI, 2008). A contextualização do setor, quanto a quantidade e movimentação das empresas, impactos regulatórios, e evoluções financeiras está apresentada no capítulo 3.

As adequações para atendimento da legislação da ANS exigiram mudanças organizacionais. Ao longo dos anos 2000, houve redução no número total de operadoras, sejam elas médico-hospitalares ou odontológicas: das 1969 operadoras ativas em 1999, somente 727 ainda estavam ativas em 2019 (ANS, 2020); tem se verificado ao longo das décadas uma tendência de concentração de mercado (AZEVEDO et al, 2016). Além do movimento de saída de empresas do setor, ocorreu um aumento nos custos de operação, em especial nas operadoras médico-hospitalares.

A área não é estruturada por uma literatura especializada na formulação das estratégias de operações e na análise competitiva: a maior parcela dos estudos em serviços relacionados à saúde se concentra em hospitais e centros de enfermagem (YAMAGUCHI; RUAS, 2013). Devido às características da pesquisa, e a importância da contextualização da organização no setor em que atuam as empresas do setor de saúde suplementar, esse trabalho, cuja abordagem é qualitativa, trará como método o estudo multicaso, sustentado majoritariamente em dados secundários, e todo o processo de construção metodológica é descrito no capítulo 4.

A revisão da literatura sobre estratégia de operações é apresentada no capítulo 2. Com base em dados da ANS, e nas pesquisas divulgadas pela própria agência, foi possível confirmar, no capítulo 3, a relevância do setor para suplementação da saúde pública brasileira. O número restrito de publicações (em especial, sobre operações na saúde suplementar brasileira),

comparado ao tamanho e relevância do setor, confirmaram uma lacuna teórica sobre estratégia de operações na saúde suplementar do Brasil.

Para o estudo multicaso, foram selecionadas as 5 maiores operadoras de planos de saúde médico-hospitalar, por modalidade: todas possuíam mais de 500.000 vidas e faturaram acima de R\$1 bilhão em 2019. Para contornar a limitação da pesquisa baseada em dados secundários, foram entrevistados 6 especialistas do setor de saúde suplementar, com o intuito de reforçar ou refutar algumas das respostas encontradas.

A análise da estratégia competitiva genérica foi baseada na adoção dos conceitos de Porter (2004); a avaliação das prioridades competitivas das operações foi baseada em trabalhos sobre serviços que abordam essa temática, como Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011), Corrêa e Caon (2006) e Teixeira (2014); já a análise das áreas de decisão estruturais e infraestruturais para identificação e discussão das estratégias de operações foi baseada na obra de Hayes et al (2008). Apresenta-se na próxima seção as justificativas e delimitações da pesquisa.

#### **1.4 Justificativas e delimitações da pesquisa**

De acordo com Silva (2015), o Brasil é o único país no mundo em que os investimentos privados em saúde suplantam os gastos públicos. A regulamentação na saúde suplementar, trazida pela Lei 9.656/98, padronizou a abrangência de atendimentos dos contratos e significou um novo panorama para as operadoras, que se viram obrigadas a atender exigências legais e oferecer aos clientes tratamentos experimentais e incorporação anuais de novas tecnologias, que impactam diretamente nos custos (TISSOT et al, 2016; BATISTA; PEDROSO, 2017; AZEVEDO, 2016). As operadoras ativas precisam lidar com variáveis como o envelhecimento da população, cobranças fiscais e elevação dos custos com insumos e mão-de-obra especializada (TISSOT et al, 2016; BATISTA; PEDROSO, 2017; AZEVEDO, 2016).

Pode-se afirmar que a pesquisa acadêmica sobre estratégias de operações na saúde é ainda incipiente na área de Engenharia de Produção e Administração: no levantamento realizado na base *Scopus*, e cujos resultados foram detalhados no capítulo 2, foram encontrados 199 artigos internacionais para a expressão “*Health Services Operations Strategy*”, 41 deles publicados entre 2019 e 2020. Desse total, somente 7 artigos sobre estratégias de operações no setor de saúde suplementar brasileiro. Pesquisa realizada em banco de dissertações e teses brasileiro, retornou que os trabalhos depositados se concentravam em alguns agentes do mercado: havia somente 5 dissertações e 1 tese publicadas sobre estratégia de operações em

serviços de saúde, todas análises de um único caso. Com exceção de publicações da própria ANS, não há trabalhos que apresentem o setor de forma ampla.

Os levantamentos apontaram para uma lacuna em pesquisas sobre estratégia de operações na saúde suplementar brasileira. Um trabalho com o recorte aqui proposto, para o caso brasileiro, não foi ainda encontrado na literatura. A justificativa desse trabalho encontra-se em dois eixos:

- i) relevância da área de estudos;
- ii) carência de pesquisas que envolvam estratégias de operações do setor.

O objeto do trabalho está restrito às operadoras de planos de saúde médico-hospitalares, que atuam no segmento médico. A escolha desse grupo se justifica, pois o segmento representa 97% do faturamento do setor, concentra 72% das empresas do segmento. As operadoras exclusivamente odontológicas não serão foco de pesquisa, mas terão dados conjunturais citados na análise geral do setor. Não estão inclusos também na pesquisa os serviços clínicos, hospitalares e laboratoriais particulares, cuja relação é estabelecida diretamente entre um cliente e um profissional da área de saúde, mas cujo escopo não tem contrato formalizado. O atendimento público, executado através do SUS, também não é escopo da pesquisa.

Um setor com representatividade econômica e social para o país, que vivencia redução no número de empresas por conta da reestruturação para atendimento a exigências regulatórias, torna relevante o entendimento das estratégias adotadas pelas empresas que compõem a saúde suplementar, e as mudanças que ocorreram mediante as alterações de contexto regulatório e econômico. A descrição e análise detalhada do setor é apresentada no capítulo 3.

Nessa pesquisa se pretende compreender o setor de saúde suplementar e além de conhecer as operadoras, os beneficiários, a rede disponível de prestadores a influência dos concorrentes, verificar como essas variáveis atuam, no mercado, para definir a estratégia das modalidades atuantes no setor e as dificuldades de alinhamento com as prioridades. Foi feita a opção por um estudo multicaso com o intuito de comparar estratégias de operadoras de diferentes portes e modalidades. Se pretende identificar, se operadoras que atuem na mesma modalidade possuam estratégias semelhantes, ou ainda se operadoras diferentes portes poderão apresentar similaridades em suas estratégias. O trabalho buscará selecionar as 5 maiores empresas, por número de beneficiários e receita, no ano de 2019, modalidades médico-hospitalares, sendo elas, autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina em grupo e seguradora.

Devido o dinamismo e a importância do setor de Saúde Suplementar, se verificou que um estudo dessa natureza seria relevante, pois se pretende identificar, como ele funciona

atualmente, se organiza e quais as tendências para o funcionamento desse importante setor da economia e para a sociedade no mundo todo, no caso de empresas brasileiras. Essa pesquisa desconsiderou os impactos observado com o surgimento da pandemia da COVID-19.

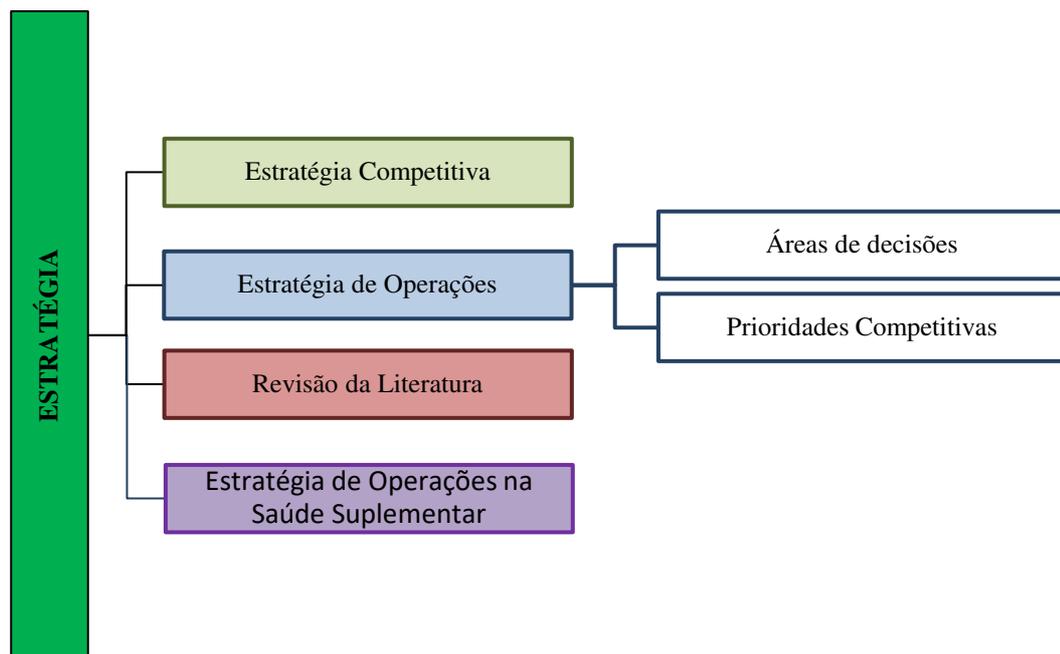
### **1.5 Estrutura do trabalho**

Neste capítulo foram apresentados basicamente os objetivos e as justificativas para a realização da pesquisa sobre estratégias de operações na saúde suplementar do Brasil. O capítulo 2 consiste em uma revisão da literatura sobre estratégia de operações, e os desdobramentos da teoria para o setor de saúde. No capítulo 3 é feita uma apresentação do setor de saúde suplementar brasileiro, para que se possa compreender de maneira geral o cenário de atuação das empresas selecionadas para os estudos de caso. No capítulo 4 são apresentadas as escolhas metodológicas, a forma como foram selecionadas as empresas a serem analisadas; as explicações de como foram utilizados os dados de fontes secundárias para avaliar as estratégias competitivas e sobre os critérios utilizados para inferir a estratégia de operações. O capítulo 5 é constituído pelo estudo multicaso e apresenta os casos individuais. No 6 tem uma análise comparativa dos casos avaliados no trabalho, e mencionam-se limitações e oportunidades de pesquisas futuras.

## 2. ESTRATÉGIA DE OPERAÇÕES

Esse capítulo apresenta a revisão da literatura sobre estratégia, com foco para o meio produtivo, o debate das estratégias competitivas genéricas, a importância das estratégias competitivas para a construção da estratégia de operações, e o desdobramento dessa para o setor de serviços de saúde suplementar. A estrutura do capítulo 2 pode ser observada na figura 2.1:

Figura 2.1 – Estrutura do capítulo 2



Fonte: Elaborado pela Autora

### 2.1 Estratégia

Estratégia é uma palavra proveniente do grego antigo *stratègós*, e cujo significado é comando ou liderança de exércitos (MATTOS, 2005). Desde os primórdios da sociedade, está relacionada a ações que visam à sobrevivência em ambientes inóspitos (HENDERSON, 1999). Nas organizações, o termo é associado à tomada de decisões que afetam o futuro da empresa (SKINNER, 1969; HENDERSON, 1999; HAYES et al, 2008).

Skinner (1969) é o primeiro autor a discutir o papel da estratégia nas decisões de produção que levam ao sucesso das organizações. De acordo Skinner (1969) e Henderson (1999), a estratégia guia a organização para o planejamento das ações e das políticas internas, que permitem o desenvolvimento de vantagens sobre os demais competidores do mercado. A construção da estratégia passa pelo entendimento da forma como a organização se relaciona

com o seu entorno, mas nem todas as organizações são capazes de reconhecer a relevância da estratégia para a tomada de decisões (SANTOS, 2006). A organização deve conhecer as demandas e restrições dos envolvidos nos processos produtivo e administrativo, e definir qual é seu mercado (HENDERSON,1999).

É um tema de relevância não apenas no meio organizacional, como também na literatura acadêmica, onde ganha diversos contornos nas áreas de Engenharia e Administração, conforme apresentado no Quadro 2.1.

Quadro 2.1 – Definições de Estratégia na Engenharia e na Administração

Conceito	Autor
Competências internas	BARNEY (1991); PRAHALAD, HAMAL (1999); GRANT (1991)
Atender as necessidades dos clientes	OHMAEN (1999); PORTER (1999)
Vantagem competitiva	HENDERSON (1999); SKINNER (1969)
Estabelecimento de planos	ANDREW (1996); MINTZBERG (2006)
Tomada de decisões	HAYES et al (2008); SKINNER (1969; HENDERSON (1999); SANTOS (2006); CORREA; CAON (2002); WHEELWRIGHT (1984)

Fonte: Elaborado pela autora

As organizações, sejam elas públicas ou privadas, têm como finalidade otimizar o uso dos recursos e gerar retorno financeiro aos envolvidos (TEIXEIRA, 2014). Cabe aos tomadores de decisão, sejam eles diretores, acionistas, cooperados, proprietários, direcionar as ações das organizações para atuação no mercado, dentro do padrão por eles definido para público-alvo, bens oferecidos, canais de distribuição, tecnologias empregadas (CORRÊA; CAON, 2002).

A tomada de decisões pode ser centrada num processo *top-down*, da alta gerência para as operações (SKINNER, 1969; WHEELWRIGHT, 1984), ou num processo *bottom-up*, que leva em consideração a capacidade interna (LEITNER, 2015). Na orientação *top-down*, há 3 hierarquias de estratégia, que abordam a partir dos objetivos gerais da gerência empresarial, para a estrutura e a operação dos negócios: estratégia corporativa, estratégia do negócio e estratégia funcional (WHEELWRIGHT, 1984; SANTOS, 2006).

De acordo com Wheelwright (1984), a estratégia corporativa é responsável por definir os negócios nos quais a organização irá atuar, e como será a distribuição desses nas unidades, determinar o mercado no qual se vai ou não ingressar, e adquirir e desenvolver os recursos necessários; a estratégia das unidades de negócio define o escopo de cada unidade e as formas

de se manter a vantagem competitiva (preço, volume, inovação); a estratégia funcional objetiva dar suporte às atividades fim de uma empresa, e está subdividida em 4 áreas: vendas/marketing, manufatura, pesquisa e desenvolvimento, e controladoria.

A estratégia consiste num padrão de decisões (WHEELWRIGHT, 1984), e implica no desafio de buscar por setores inexplorados pelos rivais, com atividades sob medida para os clientes (PORTER, 1999; OHMAE, 1999). A continuidade estratégica deve levar a uma maior eficácia e a uma melhoria contínua da empresa (PORTER, 1999). A estratégia não está limitada ao processo de vencer competições; na verdade, a competição é parte da estratégia (OHMAE, 1999). A tomada de decisão, por si só, não representará o atingimento dos objetivos pretendidos. O sucesso da estratégia está ligado a competências únicas, que diferenciam as organizações, e isso inclui uma estrutura física adequada; uma política de relacionamento com o cliente; colaboradores envolvidos no processo e no entendimento dos projetos; o conhecimento do mercado consumidor (PRAHALAD; HAMEL, 1999; BARNEY, 1991).

A estratégia pode ainda ser entendida como um conjunto de competências internas que propiciam a uma organização a obtenção de vantagens competitivas; a Visão Baseada em Recursos (VBR) é uma abordagem baseada no pensamento neoliberal, cuja discussão emergiu nos anos de 1990, e foca no entendimento de quais recursos são valiosos e agregam aos negócios de uma organização, de forma que seja possível o atingimento de um desenvolvimento superior no setor de atuação; nessa abordagem, diferentes recursos criam diferentes capacidades competitivas (GRANT, 1991; PRAHALAD; HAMEL, 1999; BARNEY, 1991).

Porter (1999) cita que as ferramentas e técnicas gerenciais desenvolvidas de gestão (qualidade total, gestão da mudança, terceirização, benchmarking, competição baseada no tempo, entre outros) tomaram o papel da estratégia, levando as empresas à autoflagelação, num processo intenso de competitividade. Tal competição pelos mercados tem impellido à busca desenfreada por novas tecnologias, a pressão para ampliação da abrangência do mercado-alvo e avanços na eficácia operacional, deixando de lado a estratégia da empresa; não é incomum que muitas empresas apresentem retornos financeiros irrisórios frente a esse cenário (PORTER, 1999).

Para entender a estratégia de operações de uma organização ou setor, é necessário entender o cenário competitivo do ambiente no qual ela está inserida (HAYES et al., 2008). A forma como a empresa delimita suas operações e utiliza seus recursos internos se relaciona com as decisões sobre o posicionamento no mercado; dessa forma, a compreensão da estratégia de operações requer também o entendimento da forma como se articula a estratégia competitiva, e esse é o tema da próxima seção.

## 2.2 Estratégias competitivas

A estratégia competitiva reúne um conjunto de decisões tomadas por uma organização para atuar no mercado no qual está inserida (PORTER, 1979). A competição é um processo natural, que surgiu junto com surgimento da vida, que demandou formas para buscar a sobrevivência (HENDERSON, 1999). Num ambiente de concorrência, em que se busca justamente a sobrevivência no mercado, é necessário que se construa defesas que equilibrem as ações externas perante as atividades internas, e garantam capacidade de antecipar as mudanças (PORTER, 1979).

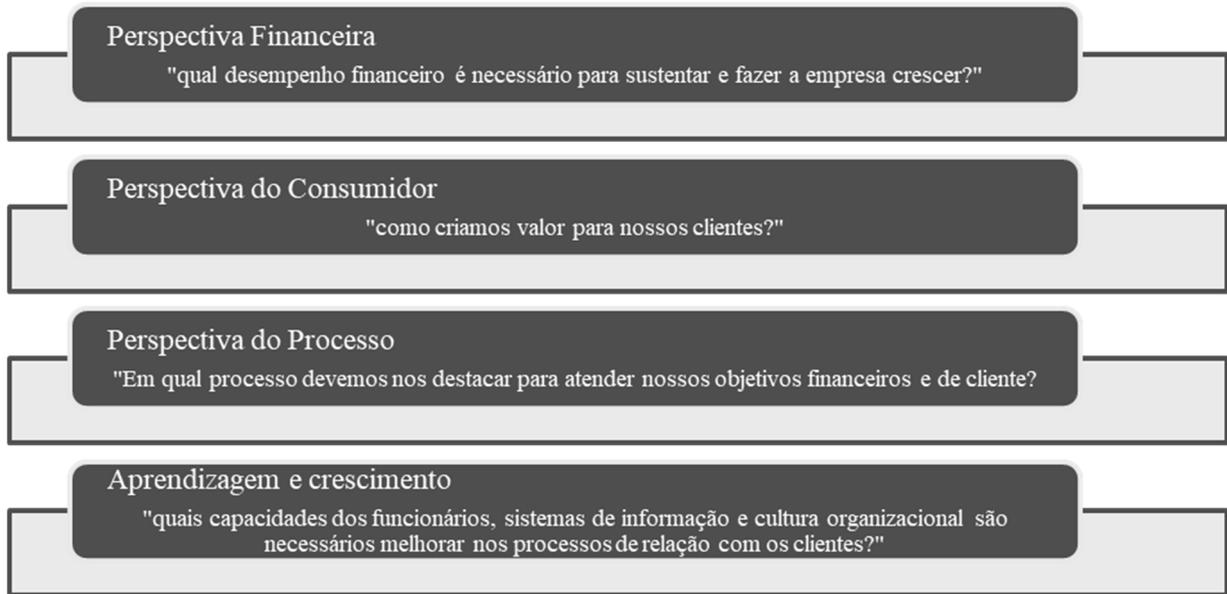
A estratégia competitiva se refere à forma como as organizações sobrevivem ao ambiente em que estão inseridas, com foco no ganho de vantagens para competir no mercado em que atuam (PORTER, 1979). É voltada para a ideia de que uma organização deva fazer as atividades de uma forma melhor que os concorrentes (HAYES et al, 2008).

A competição entre empresas, de acordo com Porter (1999), ocorre no nível das unidades de negócio das organizações. Os elementos de competição envolvem: i) compreender a competição como um sistema onde todos os elementos interagem; ii) prever como um movimento estratégico altera o equilíbrio competitivo; iii) investir em recursos; iv) prever riscos e lucros; v) agir perante o cenário exposto (HENDERSON, 1999).

As empresas buscam identificar em suas estratégias um propósito real e palpável, com um motivo tangível para as tomadas de decisões. A identidade organizacional é uma forma de formalizar os negócios da empresa, esclarecendo ao público interessado a missão, visão, valores e propósitos. Uma missão apresenta de maneira descritiva o negócio, a visão indica onde a empresa pretende estar daqui um tempo e os valores descrevem a cultura organizacional em seus aspectos mais visíveis. Um propósito é um motivo para se orgulhar, para acreditar que o seu trabalho tem impacto, serve ainda de direcionador claro e compartilhado com os demais membros de uma organização, tendo quase um compromisso moral (DRUCKER, 2011).

Além de detalhar os elementos considerados como diferenciais na identidade organizacional, as empresas necessitam de ferramentas de gestão capazes de demonstrar se as execuções dos projetos estão alinhadas com o planejado. O *Balanced Scorecard* (BSC) é uma das formas de se avaliar as estratégias: é uma ferramenta que acompanha os principais indicadores de desempenho, financeiros e não financeiros, mensurados em 4 perspectivas diferentes, conforme pode ser observado na Figura 2.2.

Figura 2.2 – As quatro perspectivas de mensuração do BSC



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2004)

Aprendizagem e crescimento é a perspectiva que trata dos colaboradores, e deve medir a capacidade deles, e os instrumentos necessários para melhoria de desempenho dentro das organizações. As dimensões internas apresentam foco no desempenho dos processos mais impactantes no funcionamento das empresas. A dimensão perspectiva do cliente permite o acompanhamento da fidelidade do cliente, a receita per capita, captação de novos clientes. A dimensão financeira é a perspectiva que acompanha o crescimento sustentável do negócio, através de indicadores de resultado e índices financeiros, orçamento financeiro, percentual da meta atingida, entre outros. O cumprimento das metas estabelecidas está diretamente relacionado ao entendimento de que as perspectivas possam afetar a empresa como um todo.

Mapa estratégico é outra ferramenta para divulgação dos projetos para atingimento da estratégia, que utiliza as mesmas perspectivas do *balanced scorecard*. Tem por objetivo oferecer um modelo para uma representação simples da organização, das relações de causa e efeito entre as dimensões. Kaplan e Norton (2004) explicam que o mapa estratégico acrescenta detalhes ao *balanced scorecard*, pois traduz os objetivos do mapa estratégico em indicadores e metas. Cabe as organizações, contudo acompanhar as metas e os objetivos dos indicadores.

Os princípios que norteiam o mapa estratégico, de acordo com Kaplan e Norton (2004), são: que a estratégia equilibra forças contraditórias; a estratégia baseia-se em proposição de valor diferenciada para os clientes; cria-se valor por meio dos processos internos; a estratégia compõe-se de temas complementares e simultâneos; e o alinhamento estratégico determina o valor dos ativos intangíveis.

Há abordagens distintas utilizadas para o tratamento de estratégias competitivas: as chamadas estratégias genéricas de Porter (1979); a visão baseada em recursos, que se contrapõe à economia industrial e é formada numa convergência entre a Escola Austríaca de economia e os estudos de Chamberlin (1933) e Penrose (1959), para explicar o desempenho econômico em fatores competitivos internos da organização; inovação e estratégia do oceano azul, descrita por Kim e Mauborgne (2005), como uma jornada em busca de mercados onde haja competição; e a estratégia competitiva baseada em valor, de Porter e Teisberg (2007). O entendimento das diferenças e convergências das abordagens teóricas, que fundamentam esse trabalho, é apresentado nas próximas subseções.

### 2.2.1 Estratégias genéricas e *trade-offs*

A estratégia envolve atividades que, ao serem executadas de maneira diferenciadas e sustentadas, permitem uma posição exclusiva e valiosa para as empresas (PORTER, 1999). A escolha das variáveis de atuação determina o modo como a empresa deverá atuar (SKINNER, 1969). Na maioria dos negócios, a organização adota estratégias que enfatizam uma atitude dominante, ao invés de tentar cobrir todas as possibilidades de competição: qualidade, custo, confiança, flexibilidade (WHEELWRIGHT, 1984).

As decisões gerenciais implicam em *trade-off* (SKINNER, 1969). O *trade-off* é uma referência ao conflito que a realização de uma escolha envolve: ao se tomar uma decisão referente ao negócio, as atividades são direcionadas, em detrimento a outras decisões possíveis. Cada decisão gerencial implica em escolhas de alternativas que determinarão a estratégia de produção (SKINNER, 1969). As organizações têm dificuldades em se manter eficientes em todas as frentes de atuação de seu escopo, e a execução de uma atividade com perfeição implica em renunciar a outras frentes, não realizar outras atividades. É possível identificar *trade-offs* de primeiro grau (impacto no presente) e segundo grau (impacto no futuro): cabe indicar que a trajetória futura está condicionada as estratégias formuladas no presente (HAYES et al, 2008).

Empresas que atuam no mesmo segmento, ou em segmentos semelhantes, usam de diferentes estratégias competitivas, pois a estrutura produtiva, o item final e o mercado-alvo podem ser diferenciados (SKINNER, 1969). O posicionamento estratégico implica justamente em atuar de forma diferente dos concorrentes do mesmo mercado, seja essa distinção ligada a execução das atividades, ou numa maneira diferente de se praticar as mesmas atividades, criando uma vantagem competitiva única (PORTER, 1999). A forma como uma organização se posiciona no mercado influenciará em suas operações. Se torna necessário, por parte das

organizações, um posicionamento em nichos não explorados, diferentes dos rivais, com atividades sob medida para os clientes (PORTER, 1999).

Existem três possibilidades para a organização se posicionar estrategicamente: i) posicionamento baseado na variedade: segmentação de produtos e serviços; ii) posicionamento baseado nas necessidades: atender à maioria das necessidades de um grupo de clientes; iii) posicionamento baseado no acesso: segmentação dos clientes por modalidade de acesso, seja esse geográfico ou por tamanho. O posicionamento estratégico sustentável culmina com *trade-offs*: como não é possível investir em todos os negócios adjacentes aos bens produzidos, é necessário escolher entre as alternativas existentes, e isso implica também em escolher o que não se deve fazer (PORTER, 1999).

Os tomadores de decisão têm por objetivo encontrar uma posição na qual a empresa seja capaz de melhor se defender contra as forças estratégicas ou influenciá-las em seu favor. Porter (1979) desenvolveu um modelo de caracterização dos fatores mais relevante e determinantes da competitividade: as cinco forças competitivas (de Porter), expressas na figura 2.3. São elas:

- i) Ameaças de entrada: os novos entrantes trazem novas capacidades, e almejam ganhar espaço no mercado. Contudo, enfrentam barreiras, explícitas ou tácitas: economias de escala; diferenciação do produto; exigências de capital; desvantagem de custo; acesso a canais de distribuição; política governamental. Os concorrentes já existentes utilizam de vantagens adquiridas com a experiência ao longo de tempo para expulsar os entrantes: crédito financeiro e capacidade de produção e distribuição; disposição a reduzir preços e manter a participação no mercado; em setores de crescimento lento, ter seus produtos mais absorvidos pelo mercado do que os produtos entrantes. A curva de experiência pode ainda ser entendida como barreira à entrada: quanto maior a experiência de manufaturas e setores de serviço, ou maior o volume de produção, menor tende a ser o preço unitário (economias de escala, aprendizagem da mão-de-obra). Barreiras à entrada podem ser quebradas pelo ingresso de novas tecnologias, que criem produtos novos.
- ii) Fornecedores poderosos: influenciam no preço e na qualidade dos bens e serviços. Entre as características que tornam fornecedores poderosos, estão: mercado dominado por poucas empresas; seu produto é exclusivo ou diferenciado; representa uma ameaça de invasão do mercado comprador; e não é um comprador importante.
- iii) Clientes poderosos: forçam a baixa dos preços, exigem maior qualidade, cobram melhor prestação de serviços. Entre as características que tornam clientes poderosos, estão: compra em grande escala; há sempre fornecedores alternativos; os produtos

adquiridos são padronizados; os produtos adquiridos são componentes dos produtos dos compradores; os produtos adquiridos não influenciam na qualidade ou serviço dos compradores; os compradores podem internalizar a atividade.

- iv) Produtos substitutos: limitam o potencial de um setor, quanto maior for a opção excludente preço-desempenho; embora não sejam o mesmo produto, atendem às mesmas necessidades do cliente; geralmente surgem em mercados menores, à priori menos relevantes.
- v) Manobras de posicionamento: ocorre entre os concorrentes já presentes no mercado, que utilizam a competição em preço, em lançamento de produtos, em esforço de marketing. Está relacionada com elevado número de concorrentes (porte e poder semelhantes); setor de crescimento lento; produtos ou serviços com baixa diferenciação; custo fixo elevado; altas barreiras de saída; os concorrentes possuem estratégias diversificadas.

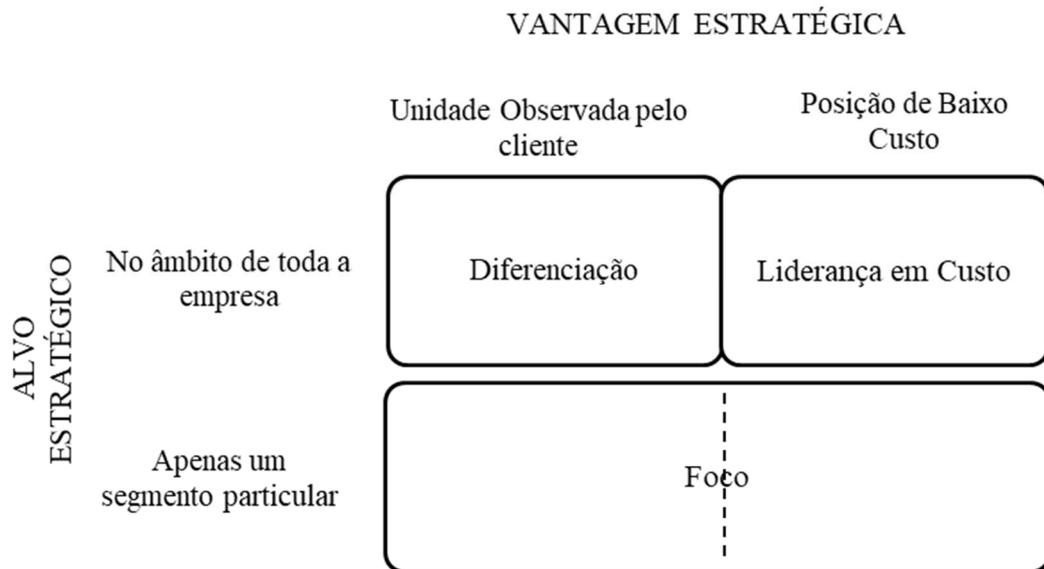
Com a avaliação das forças competitivas, é possível identificar os pontos fortes e fracos da organização, e desenvolver um plano de ações que deve incluir 3 fatores:

- a) Posicionamento da empresa - considera a estratégia como a construção de defesas contra forças competitivas. Conhecer os pontos fracos e fortes aponta as áreas que a empresa deve enfrentar ou evitar a competição;
- b) Influência no equilíbrio - manobras estratégicas para melhorar a posição da empresa; resulta de fatores externos somados ao reflexo de atuação da empresa;
- c) Antecipação às mudanças - a evolução no setor gera alterações nas forças da competição. A chave para o crescimento é consolidar uma posição menos vulnerável ao ataque dos adversários, e menos desgastante frente a compradores, fornecedores e produtos substitutos (PORTER, 1999).

A rivalidade entre os concorrentes é a mais significativa das forças competitivas, por estar relacionada com o número, o porte e o poder de influência, e interagir com as demais forças (SERRA; TORRES; TORRES, 2004).

O crescimento do lucro é resultado do aprofundamento da estratégia, da diferenciação das atividades, fortalecimento da compatibilidade e melhor comunicação com os clientes (PORTER, 1979). A forma de operação de uma empresa está relacionada com as estratégias competitivas, que estão no cerne do paradigma das estratégias genéricas. De acordo com Porter (2004), há três estratégias genéricas, que podem ser usadas para criar vantagem competitiva numa posição que seja defensável e com uma duração em longo prazo, e superar os concorrentes. As estratégias competitivas genéricas, apresentadas na Figura 2.3, são:

Figura 2.3 – Estratégias genéricas



Fonte: Porter (2004)

- i) Liderança no custo total – nessa estratégia, as ações da organização são voltadas para o controle de custos e despesas gerais, minimização de custos com marketing e pesquisa e desenvolvimento (P&D). Utilização de economias de escala e aprendizagem de redução de custos pela experiência. Exige padronização do bem entregue, e normalmente envolve alta parcela do mercado e acesso privilegiado às matérias-primas; por vezes, essa estratégia aceita prejuízos no início do processo, a fim de consolidação no mercado (PORTER, 2004). Dos riscos envolvidos nessa estratégia, cabe ressaltar a lentidão na identificação de mudanças, tanto nos produtos alvo do mercado, quanto nas tecnologias produtivas que impactam nos preços praticados pelos concorrentes (HARRISON, 2005);
- ii) Diferenciação – estratégia que exige da organização a criação de um produto ou serviço único, sem similares no mercado em que atua, e nos quais os custos não são o alvo principal. Abrange a imagem da marca, tecnologia, peculiaridades; rede de fornecedores, serviços sob encomendas, entre outros. É uma estratégia associada com a lealdade dos consumidores, visto que muitas vezes os produtos são customizados ou customizáveis; os produtos trazem características exclusivas, que esbarram no fator preço (PORTER, 2004). Dos riscos envolvidos nessa estratégia, cabe ressaltar a volatilidade do mercado, que num momento de crise, poderá renunciar à diferenciação por preços mais atrativos (LEITNER, 2015; HARRISON, 2005);

iii) Foco – estratégia voltada a um determinado foco, que visa atender à determinada parcela do mercado, de forma mais efetiva e eficiente que os concorrentes; apresentando foco em compradores, produtos, ou em mercado geográfico. Envolve um *trade-off*, pois ainda que possa apresentar produtos diferenciados, ou liderança em custo, isso é possível somente em determinado segmento (PORTER, 2004). Essa estratégia pode ser considerada um meio termo, pois dependendo das respostas do mercado, as organizações migram de preço para diferenciação, em diferentes espaços de tempo (LEITNER, 2015).

Cada estratégia exige arranjos produtivos, processos, sistemas e lideranças diferentes. Isso implica às organizações decisões de *trade-offs*, pois a escolha de uma das estratégias genéricas implicará no abandono, temporário ou definitivo, das demais estratégias. É possível agrupar as organizações de acordo com a estratégia adotada; os grupos estratégicos são compostos por organizações que possuem estratégias parecidas, ainda que cada membro tenha suas particularidades; a análise dos grupos estratégicos permite verificar a atratividade dos mesmos, e a competição entre grupos, e entre membros do grupo (PORTER, 1999; LEITNER, 2015).

Na década de 1990, com a melhora da eficácia operacional em todos os níveis operacionais, parece haver indecisão por parte da liderança quanto a excluir algumas alternativas de negócio (*trade-offs*). A competição pelos mercados tem levado à busca desenfreada por novas tecnologias, a pressão para ampliação da abrangência do mercado-alvo e avanços na eficácia operacional, deixando de lado a estratégia da empresa; não é incomum que muitas empresas apresentem retornos irrisórios (PORTER, 2004). Por outro lado, o modelo japonês de produção colocou em xeque a necessidade de *trade-offs*, ao trabalhar, conjuntamente, as perspectivas do *Lean Manufacturing*: baixo custo, alta qualidade, flexibilidade, P&D e novos produtos (HAYES; PISANO, 1996).

O olhar da competição passa da perspectiva do ambiente externo, para a análise dos recursos internos que tornam a estratégia da organização diferente dos demais concorrentes. Essa visão será tratada na próxima subseção: a preocupação com as capacidades internas.

### 2.2.2 Visão baseada em recursos

A visão baseada em recursos consiste na compreensão das competências e recursos únicos que uma organização possui, e lhe garantem vantagens competitivas frente a outras organizações (MAIA, CERRA, ALVES FILHO, 2005). Empresas que não investem em

competências ou que deixam uma atividade de negócios e junto com ela abandonam as competências adquiridas encontrarão dificuldades de ingressar em mercados que estejam surgindo (PRAHALAD; HAMEL, 1999). Desenvolver vantagens competitivas sustentadas envolve criação de valor, de modo que estas vantagens sejam raras e difíceis para os concorrentes imitarem, visto que são construídas com base na sua experiência (BARNEY, 1991; GRANT, 1991; COLLIS; MONTGOMERY, 1995).

O foco exclusivo em *trade-offs* e na forma como uma organização está focada em custo ou em diferenciação minimiza a relevância e o potencial da estrutura interna de uma empresa em gerar vantagens competitivas. Kim e Mauborgne (1999) indicam que a maioria das empresas se concentra em combinar e vencer seus rivais. Como resultado, suas estratégias tendem a assumir dimensões semelhantes. O que se segue é a concorrência baseada em melhorias incrementais em custo, qualidade ou ambos. A visão baseada em recursos é estruturada a partir de uma lacuna teórica da abordagem de posicionamento, pois visualiza a organização como um conjunto de recursos essenciais (WERNERFELT, 1984).

Prahalad e Hamel (1999) destacam os ganhos das organizações em investimentos em competências essenciais: aprendizado coletivo, coordenação de habilidades de produção, integração tecnologias, entrega de valor. Competências essenciais não significam amontoar negócios, e nem gastar mais que os rivais em P&D. Empresas que não investem em competências ou que deixam uma atividade de negócios e junto com ela abandonam as competências adquiridas encontrarão dificuldades de ingressar em mercados que estejam surgindo. O objetivo da competência essencial é alcançar liderança em P&D; para sustentar a liderança das competências essenciais, é necessário maximizar a participação de mercado de produtos essenciais; posições dominantes em produtos essenciais implicam em evolução de aplicações e de mercados de produtos e serviços entregues (PRAHALAD; HAMEL, 1999).

Barney (2001) e Smith (2008) apontam 4 critérios para que a empresa possa identificar quais são seus recursos estratégicos: focar naquilo que lhe é valioso – que são capazes de gerar valor; buscar elementos raros – aqueles que apresentam alta demanda e escassez no mercado; identificar o inimitável – condições difíceis de serem copiado, imitado ou substituído pelos concorrentes; e que seja organizável – pode ser organizado para permitir a exploração; esses critérios compõe o modelo VRIO.

É preciso considerar ainda a qualidade, satisfação do cliente, inovação, participação de mercado - métricas como essas geralmente refletem a condição econômica e as perspectivas de crescimento de uma empresa melhor do que seus ganhos reportados. Segundo Smith (2008) a aplicação da alavancagem estratégica da Visão Baseada em Recursos da Empresa (RBV)

defende diretamente que a vantagem competitiva de uma empresa é derivada de sua capacidade de montar e explorar uma combinação apropriada de recursos (ativos tangíveis e intangíveis). Ray et al (2005), afirmam que, a fim de manter a vantagem competitiva, uma empresa precisa ter um conhecimento profundo de como o mercado é perfilado, como ele compra e usa seus produtos e é capaz de desmembrar o mercado global em segmentos do tipo comprador. Ao segmentar o mercado, uma empresa pode direcionar ofertas de produtos e comunicações para os segmentos apropriados para maior eficácia e lucratividade gerais.

Ainda que as ideias da visão baseada em recursos pareçam antagônicas, ou no mínimo, contraditórias às estratégias genéricas de Porter, alguns autores, como Zilber e Lazarini (2008) e Fleury e Fleury (2001) afirmam que os processos que ocorrem nas correntes teóricas se integram: a adoção de uma estratégia competitiva genérica norteia os processos internos da organização, que precisará focar por meio do processo de aprendizagem organizacional.

### 2.2.3 Inovação e a estratégia do oceano azul

Numa ruptura com a condução da estratégia competitiva genérica adotada por Porter, e num caminho diferente da visão baseada em recursos, Kim e Mauborgne (2005) apresentam a estratégia do oceano azul, uma teoria que defende que para a permanência no meio concorrencial as empresas devem parar de competir em mercados saturados, cheios de concorrentes e produtos semelhantes (o chamado oceano vermelho, que sobrevive do sangue dos adversários), mas ao contrário disso devem tentar superar os concorrentes, focando em mercados inexistentes, com produtos não existentes (o oceano azul, um mar não antes explorado).

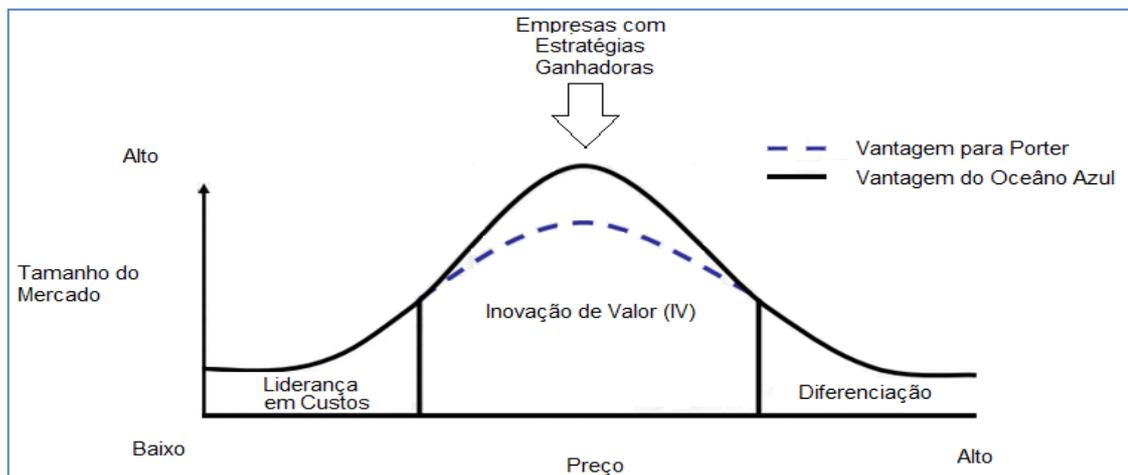
O oceano vermelho é o mercado concorrencial padrão: um cenário plenamente competitivo, com regra de negócio conhecidas, em que as empresas disputam relevância e espaço mediante os consumidores, para assim vencer os concorrentes já existentes no mercado (KIM; MAUBORGNE, 2005). A disputa acirrada leva as empresas a exercerem o *trade-off* valor-custo e alinhar todas suas atividades mediante esses fatores. Em geral as margens de lucro obtidas são pequenas, e toda inovação se torna obsoleta mais rapidamente, mediante os esforços dos participantes do mercado em superar as iniciativas e tecnologias adotadas.

O oceano azul é a criação de um novo mercado que rompe com o *trade-off* valor-custo. A origem pode ser a descoberta de um novo nicho, totalmente inexistente, ou advir de uma expansão das fronteiras setoriais vigentes, e cria espaços de mercados inexplorados. Com regras competitivas ainda não definidas, a concorrência se torna irrelevante, e o fator determinante

para mudanças é o movimento estratégico. O movimento estratégico é um conjunto de decisões gerenciais, que geram ações que resultam em produtos e serviços capazes de criar mercados (KIM; MAUBORGNE, 2005).

Para Kim e Mauborgne (2005) o foco em novos mercados (no oceano azul) irão gerar estratégias ganhadoras de pedidos, conforme Figura 2.4. A vantagem competitiva da teoria do Oceano azul permitirá desempenho que tenderá a ser superior ao das estratégias exclusivas de Porter (KIM; MAUBOURGUE, 2005). Surgem novas alternativas para a ideia de concorrer e competir, principalmente em mercados inovadores, vista como inovação, é introduzida no processo produtivo, no modelo de negócio ou mesmo em áreas de serviço.

Figura 2.4 – Comparação das estratégias de Porter e do Oceano Azul



Fonte: Adaptado de Kim e Mauborgne (2005) e Porter (2001).

A expansão de mercado por meio da canibalização das empresas existentes deve evoluir, de acordo com Kim e Mauborgne (2005), para a busca de novos mercados e modelos de negócio ainda não explorados, de forma que a concorrência se torne irrelevante (não sendo capaz de atuar no mesmo segmento sem a mesma expertise) e próprias demandas sejam criadas por meio da inovação.

A teoria do oceano azul não se aplica a todos os negócios, e nem a todas as empresas. Porém, apresenta um instrumental para análise estratégica, pois permite um olhar além das fronteiras de VRIO e Porter, seguindo um caminho com maior orientação para a inovação radical do que para estratégias que se assemelham a abordagens incrementais.

#### 2.2.4 Competição baseada em valor

De acordo com Porter e Teisberg (2007), os princípios da competição baseada em valor são o foco no valor, e não nos custos. É necessário que as empresas estabeleçam uma perspectiva de competição saudável, baseada numa relação na qual as partes, clientes e prestadores, tenham ganhos, o que é chamado de competição em valor com soma positiva. Esse processo permite que os prestadores busquem a melhoria da eficiência organizacional (PORTER; TEISBERG, 2007; WALLACE; TEISBERG, 2016; TEISBERG; WALLACE; O'HARA, 2020).

Um dos equívocos verificados nas estratégias é restringir a visão apenas para uma das estratégias genéricas, uma vez que em mercados mais maduros, esse tipo de visão limitará a organização: é mais apropriado que empresas apresentem uma visão voltada para a criação de valor (WALLACE E TEISBERG, 2016; TEISBERG; WALLACE; O'HARA, 2020). Num setor de serviços, a competição seria baseada em resultados ou centrada nas condições em todo o ciclo, e o valor gerado pela experiência e aprendizado do prestador, além de inovações que aumentam o valor a ser recompensado pelo mercado.

Agregar valor é inserir facilidades e serviços em conjuntos, com redução de preços e maior qualidade nos serviços de saúde. Contudo, os serviços são vendidos em contas incompreensíveis e distante ao entendimento dos consumidores, criando dificuldades de processamento para pagadores, do que é que está sendo realizado durante a prestação do serviço. O avanço tecnológico ainda não resolveu problemas de qualidade ou permitiu os custos escalarem volume a ponto de proporcionarem redução de preço (PORTER E TEISBERG, 2007).

Na comparação de empresas de segmentos industriais com serviços da economia, verifica-se em experiências anteriores que a competição tradicional não resultou em sucesso para as empresas e consumidores dos serviços de saúde. Ao utilizar as estratégias genéricas, os prestadores tenderão a se tornar cada vez mais gerais, buscando o atendimento de todo paciente possível (PORTER E TEISBERG, 2007; TEISBERG, WALLACE, E O'HARA, 2020). Isso é contrário ao princípio de criação de valor adicionado aos serviços e produtos, pois os prestadores ficam em meio a um dilema de reduzir custos ou manter qualidade, em situações antagônicas que levará, no caso da redução de custo, uma perda de qualidade simultânea, e o contrário também sendo verificado, para cada padrão de melhoria o custo será incrementado (TEISBERG, WALLACE, E O'HARA, 2020).

Após a discussão sobre estratégias competitivas, a próxima seção trata sobre análises das prioridades competitivas da operação, e as áreas de decisão em estratégias de operações.

### 2.3 Estratégia de Operações

Na mesma linha que institucionalmente se estabelecem alguns padrões estratégicos, as operações devem seguir da mesma forma esse conjunto de padrões. São então as estratégias de operações.

O conceito de estratégia de operações, que pode ser entendido como evolução da estratégia de produção, pois engloba serviços, agricultura e produção industrial, é recente, e vem crescendo dentro da teoria de gestão estratégica. Encontra-se no debate entre a gestão de manufatura e a estratégia competitiva (HAYES et al, 2008). A estratégia de operações é o elo que liga, por meio de um padrão de decisões, a tarefa da produção e a capacidade da empresa alcançar objetivos de longo prazo com as exigências de mercado.

A estratégia de operações tem o papel de colocar em prática na produção as necessidades dos clientes, tendo em vista a posição da organização no mercado, mas assumindo que existe uma limitação em recursos, competências e processos. Isso significa que os objetivos do mercado são traduzidos em objetivos internos que apresentam potencial de alteração no desempenho das operações (SANTOS; GOHR; VARVAKIS, 2012; CORRÊA; CAON, 2002; SLACK, LEWIS, 2009). O processo estratégico deve considerar tanto a competição no mercado como as operações internas, num elo que pode ser expresso conforme a Figura 2.5.

Figura 2.5 – Estratégia de operações: elo entre mercado e recursos internos



Fonte: Adaptado de Slack e Lewis (2009)

A estratégia de operações trata de transformações que podem envolver a empresa como um todo: a forma como os gerentes especificam as metas (de cima para baixo, ou *top-down*), as competências geradas pelos recursos internos, o acúmulo de experiências (de baixo para cima, ou *bottom-up*) e o atendimento dos requisitos do mercado com o a utilização) dos recursos disponíveis (SLACK; LEWIS, 2009).

A perspectiva em que decisões do nível gerencial são depois desdobradas para os demais níveis hierárquicos mais baixos constitui uma visão tradicional da estratégia de operações (de cima para baixo): decisões corporativas são informadas para as divisões de negócio, que deverão preparar as estruturas para que o nível operacional execute os planos (SLACK; LEWIS, 2009). Contudo, essa perspectiva, por si só, não explica a estratégia de operações: apesar de operar da forma como o nível gerencial determina, o nível operacional acumula experiências que não devem ser desprezadas quando os planos são estabelecidos (de baixo para cima).

A perspectiva da estratégia de operações também requer interação entre os requisitos de mercado e os recursos da operação. O alinhamento pode ser entendido como ajuste do ambiente interno às estratégias e recursos externos, que impactam em processos e resultados (MINTZBERG et al, 2006; GALBRAITH, KAZANJIAN, 1986; MILES; SNOW, 1978). Segundo Prieto, Carvalho e Fischmann (2009), o alinhamento pode ser tratado em três perspectivas: i) alinhamento externo - ajuste dos recursos da organização ao ambiente competitivo (a estratégia é conduzida de forma a se adequar as oportunidades ou ameaças externas); ii) alinhamento interno - busca de coerência e consenso corporativo na decisão de formulação e implementação da estratégia, limitando-se aos recursos existentes; iii) alinhamento integrado - busca de coerência e coesão entre a perspectiva interna e a externa. O alinhamento estratégico aproxima as proposições das diferentes perspectivas de identificação e construção da estratégia, e entende-se que o seu contrário (o desalinhamento), afasta a construção da estratégia.

A filosofia gerencial está relacionada com 3 elementos fundamentais à estratégia: (i) orientação dominante (quando a empresa foca seu negócio no mercado, no produto ou tecnologia); (ii) padrão de diversificação (diversificação em produto, mercado, processo vertical e processo horizontal); (iii) perspectiva do crescimento (decisões sobre o tipo de empresa que se deseja ser) – (WHEELWRIGHT, 1984).

Swamidass, Darlow e Baines (2001) tratam de teorias da estratégia da produção alternativas ao plano *top-down*: 1. Escolha do padrão de ação; 2. Produção de programas de melhoria de processos; 3. O exercício da competência de produção.

Elementos de competência necessários à organização: i) Fontes de Capacidade: acumular aprendizado com a experiência; ii) Identificar pontos fortes: distinguir o que a organização faz de melhor; iii) Combinar competência com a oportunidade: a oportunidade não existe caso não haja competência técnica e habilidade gerencial; iv) Singularidades da Estratégia: a forma de combinar competências, recursos e valores é única para cada empresa (ANDREW, 2006).

Segundo Garvin (1993), um modelo produtivo dinâmico, deve levar em conta o planejamento estratégico. De acordo com o autor, basear-se somente em *trade-offs* gera falhas para indicar onde os recursos serão mais bem utilizados no curto prazo; os projetos e programas não são divulgados e aplicados da mesma forma nos diversos departamentos da empresa; processo de planejamento estático, com alinhamento entre políticas de produção e prioridades estratégicas pouco percebidas. O Planejamento Estratégico da Produção (PEP) é esforço na produção que busca melhorias ao longo de um período especificado, e pode ser aplicado ao longo de toda a organização; inclui metas quantitativas e qualitativas. O PEP é um modelo dinâmico, com metas em constante revisão. Possui dois papéis significativos: melhoria contínua e substituição de políticas sem a devida consistência com as prioridades estratégicas (GARVIN, 1993). Identificar os pontos fortes e fracos da empresa, e saber diferenciá-los é essencial para a realização de um plano estratégico eficiente. Permite aos gerentes aprender com os sucessos e fracassos da política empregada (ANDREW, 2006).

### 2.3.1 Prioridades Competitivas

As prioridades competitivas são relacionadas com os objetivos considerados essenciais para o atingimento do sucesso. De acordo com Hayes et al (2008), os gerentes de produção precisam lidar com uma demanda dinâmica, em que tudo muda para as organizações num curto espaço de tempo, o que torna necessário o estabelecimento dos fatores diferenciais para atendimento das necessidades do mercado, mediante as metas estabelecidas para a organização. Prioridades competitivas podem ser entendidas como direcionadores da produção, traduzindo em metas as necessidades dos clientes; são elementos para o planejamento em longo prazo da organização (LEITNER, 2015).

A função produção deve refletir prioridades e *trade-offs* da situação da empresa e de sua estratégia (SKINNER, 1969). As prioridades devem focar no planejando de 4 tipos de crescimento: i) simples; ii) expansão da linha de produção; iii) expansão da estrutura do processo; iv) expansão através de novos produtos e mercados (HAYES et al, 2008).

As primeiras prioridades competitivas foram apontadas por SKINNER (1969): produtividade, serviço, qualidade e retorno sobre investimento. O modelo construído por Garvin (1993) é um dos que apresenta maior aceitação na literatura, e agrega as dimensões de custo e flexibilidade (MAIA; CERRA; ALVES FILHO, 2005); o autor também desdobra as prioridades em prioridades secundárias: a) custos – custo inicial, custo de operação, custo de manutenção; b) qualidade – desempenho, durabilidade, estética; c) entrega – acuracidade, velocidade, acessibilidade à informação; d) flexibilidade – volume, produto, processo; e) serviços – informação, suporte ao consumidor, suporte vendas (GARVIN, 1993).

Até o início dos anos 1980 a discussão teórica acerca de prioridades competitivas associava diretamente o tema a *trade-offs*: as operações de uma empresa não suportariam atender a todos os objetivos simultaneamente, e as organizações precisariam priorizar escolhas (MAIA; CERRA; ALVES FILHO, 2005). O modelo de produção japonês, contudo, colocou em xeque a necessidade de *trade-offs* na produção, ao trabalhar as perspectivas do Lean Manufacturing: baixo custo – alta qualidade – flexibilidade – P&D e novos produtos (HAYES; PISANO, 1996).

Ao invés de trabalhar com prioridades conflitantes, na produção japonesa os *trade-offs* dão lugar a ideia de que uma prioridade serve como base para a prioridade seguinte, de tal forma que prioridades competitivas se reforçam mutuamente (HAYES; PISANO, 1996). A busca em atender uma prioridade amadurece a organização para a conquista das demais prioridades, análogo ao modelo cone de areia (SLACK et al, 2013).

De acordo com a teoria do cone de areia, a qualidade deveria ser a primeira prioridade das organizações, pois ela alicerça as estruturas para o atingimento dos demais objetivos (SLACK et al, 2013). Quanto maior a qualidade do processo e do bem entregue, maior a confiabilidade de clientes e fornecedores, que tem seus pedidos atendidos dentro do tempo estipulado (velocidade) e com a flexibilidade necessária; todos esses fatores, consolidados, levam ao controle de custos (SLACK et al, 2013).

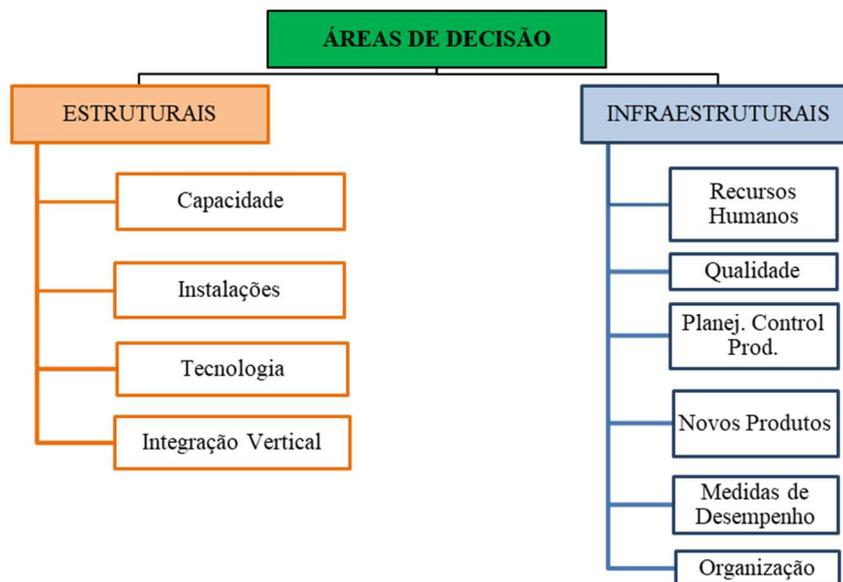
Ao longo das décadas surgiram modelos com outras dimensões além daquelas citadas por Skinner e Garvin, incluindo a confiabilidade, a velocidade, a entrega e a inovação. O levantamento de trabalhos acadêmicos que apontem as escolhas das prioridades, realizado por Leitner (2015), é consistente com a ideia de que não existe consenso sobre quais serão as prioridades competitivas da organização, e o foco irá variar conforme o setor de atuação.

### 2.3.2 Áreas de decisão em estratégia de operações

A estratégia de operações pode ser considerada o resultado da interação das prioridades competitivas com as decisões estratégicas, visto que deve haver coerência entre a estratégia genérica competitiva e o foco dos recursos financeiros e humanos (SANTOS, 2006; WHEELWRIGHT; HAYES, 1985). As áreas de decisão implicam que as empresas devem distinguir o que são hoje, e o que serão no futuro.

As áreas de decisão em estratégia de operações podem ser divididas em 2 categorias, conforme apresentado na figura 2.6 (HAYES et al, 2008).

Figura 2.6 – Áreas de decisão em estratégia de operações



Fonte: Adaptado de Hayes et al (2008)

As áreas de decisão estruturais estão associadas ao ambiente físico de uma empresa, investimentos de longo prazo e necessidade de alto capital (HAYES et al, 2008):

- a) Capacidade: decisão estrutural relacionada ao total que pode ser produzido, mediante o tamanho da instalação e os recursos disponíveis;
- b) Instalações: decisão estrutural relacionada à quantidade de unidades produtivas, localização geográfica e especialização por grupo de produtos ou processos;
- c) Tecnologia: decisão estrutural relacionada com a automação dos processos, dado o uso de equipamentos e sistemas utilizados ou necessários;

- d) Integração vertical: atividades chaves integradas ao escopo produzido dentro da organização; envolve não apenas a estrutura interna, como também decisões do quanto os terceiros serão responsáveis pelas operações.

As áreas de decisão infraestruturais estão ligadas a políticas e práticas operacionais da empresa, e envolvem investimentos de curto, médio e longo prazo (HAYES et al, 2008):

- a) Recursos humanos: decisões associadas a políticas de gestão de pessoas, o que inclui a forma de recrutar, preparar, treinar e reter equipes;
- b) Qualidade: práticas da gestão da qualidade, que envolvem o desenvolvimento e melhoria dos processos produtivos, controle de defeitos dos processos e produtos, garantias nas entregas;
- c) Planejamento e controle da produção/ materiais: envolve as previsões e expectativas de produção, que vão desde a necessidade dos materiais, até a quantidade de pessoas/turnos necessários para o atingimento da atividade; também está ligado com as formas de lidar com fornecedores, e garantir que as entregas de matéria-prima ocorram nas datas e volumes corretos;
- d) Novos produtos: atividade que envolve o processo para desenvolvimento de novos produtos, e que deve levar em conta as demandas dos consumidores, evoluções tecnológicas e mercado concorrencial;
- e) Medidas de desempenho: decisões que envolvem a seleção e adoção de indicadores que reflitam a organização, seja no meio produtivo, logístico, financeiro, e agilizam o gerenciamento do negócio;
- f) Organização: decisões que envolvem a estruturação interna da empresa e a construção do organograma, o que inclui o nível de centralização e a estrutura da liderança.

A institucionalização de um grupo de áreas de decisão não exaure a existência de novos itens, acrescentados conforme mudanças sociais ou tecnológicas ocorrem na sociedade; decisões infraestruturais associadas a layout e gestão ambiental estão nesse grupo, à medida que crescem as pesquisas e interesses da sociedade nessas temáticas (LEITNER, 2015).

O foco das decisões de uma organização varia de acordo com o setor em que ela atua, e a forma como operacionaliza suas atividades. Não se pode ignorar que o mercado influencia, direta e indiretamente, nas áreas de decisões estruturais e infraestruturais, dado que a organização não produz para subsistência interna, mas sim, para atender um mercado consumidor em que existem outros agentes competitivos. A projeção das decisões estratégicas

das operações está relacionada com o atingimento dos objetivos traçados, mediante as forças de mercado, e as prioridades estabelecidas pela alta administração.

O conteúdo da estratégia é resultado das interações entre as prioridades competitivas e os tipos de decisões no âmbito das operações; dessa relação, nascem os objetivos de desempenho, as áreas de decisão, o foco de mercado. Há robustez nas pesquisas sobre estratégias de operações na manufatura, com uma quantidade significativa de trabalhos publicados anualmente sobre o tema. No entanto, a discussão no âmbito de serviços de saúde, e em especial, sobre operadoras de planos de saúde, é ainda incipiente. Essa será a discussão da próxima seção.

## **2.4 Estratégia de Operações na Saúde Suplementar**

A mudança no cenário competitivo das organizações, ainda na década de 1980, não foi restrita ao setor industrial, pois também alterou a forma como são executados e entregues os serviços (CORRÊA; CAON, 2002). A estratégia competitiva nos serviços de saúde apresenta desequilíbrio de interesses e perspectivas dos envolvidos. Enquanto prestadores busquem generalizar a oferta de serviços, não consideram a diversidade dos negócios, que podem apresentar diferentes demandas por parte dos clientes, gerando resultados distintos. Porter e Teisberg (2007) apontam que a ascensão do seguro saúde em grupo, a assistência médica gerenciada, os direitos dos pacientes, a qualidade e pagamento por desempenho e um sistema de um único pagador são alguns dos desafios da reforma no modelo americano que também são observadas na saúde suplementar brasileira.

O setor de serviços apresenta características distintas das demais atividades produtivas, principalmente por conta da demanda e entrega do serviço muitas vezes acontecerem quase simultaneamente, o contato direto com o cliente, e a possibilidade de interferência no processo de execução (SANTOS, 2006). As organizações que atuam em serviços lidam com o desafio de ouvir a comunicação (explícita e implícita) emitida pelo usuário, interpretar o que foi dito e reagir adequadamente (TOMASZEWSKI; LACERDA; TEIXEIRA, 2016). Cada empresa define o serviço de uma forma distinta, de acordo com a área de atuação; definir o conceito de o serviço serve para delimitar o pacote de valores e as políticas empregadas pela organização.

O processo de urbanização, as mudanças demográficas, com a transferência da população do campo para a cidade, as mudanças socioeconômicas que levaram a sofisticação dos consumidores, e as alterações tecnológicas estão entre os fatores que influenciaram a dinâmica dos serviços (CORRÊA; CAON, 2002).

O campo para a investigação da estratégia de operações em serviços é amplo, e inclui áreas heterogêneas como a construção, comércio, alimentação, transporte, educação e saúde (ARANDA, 2003). A estratégia de operações apresenta um papel essencial na melhoria do desempenho competitivo em serviços (SANTOS, 2006; DE REGGE ET AL, 2015). As operações de serviços têm papel relevante na formação do valor fornecido ao usuário (TOMASZEWSKI; LACERDA; TEIXEIRA, 2016).

Dadas as peculiaridades que cercam o setor, a estratégia de operações em serviços requer uma abordagem específica, que não seja um mero desdobramento da manufatura, pois esta última não traduz a realidade das organizações que compõem o setor (TEIXEIRA, 2014; SANTOS; VARVAKIS; GOHR 2004).

Entre as especificidades dos serviços, pode-se destacar: i) intangibilidade, que dada a natureza da atividade não permite que os mesmos possam ser tocados; ii) simultaneidade, pois a produção do serviço é quase simultânea ao seu consumo, assim como a percepção de valor do cliente também pode ser considerada simultânea; iii) participação do cliente, que aparece como parte do processo de produção por compartilhar informações que moldam o serviço (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011; CORRÊA; CAON, 2002; SANTOS, 2006; ARANDA, 2003; SLACK ET AL, 2018).

Além dessas características, há outros dois apontamentos que se pode fazer sobre serviços que não são realizados em larga escala: i) a perecibilidade, pois em geral os serviços não podem ser estocados, e quando o mesmo não é utilizado, em geral se perde a capacidade de uso total do recurso; e ii) a heterogeneidade, que resulta em serviços customizados, com características individuais de cliente para cliente – serviço que lidam com o processamento de informações necessitam ser padronizados (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011; SANTOS, 2006; SLACK ET AL, 2018).

De acordo com Azevedo et al (2016), no Brasil, os gastos com bens e serviços de saúde representam aproximadamente 6,8% do PIB; esse número atinge 16% em países desenvolvidos, o que indica que há uma tendência de aumento desse número, sobretudo, com o envelhecimento da população. No que se refere à estratégia empresarial, a saúde se trata de um setor com elevada institucionalização (LUKE; BEGUN; WALSTON, 2000; ALEXANDER; D'AUNNO, 2003; SCOTT, 2003; VELOSO ET AL, 2013). Um setor de saúde típico funciona num ambiente contextual de valores e normas sociais, com leis, normais, resoluções e agências regulatórias, entre outras exigências institucionais. Os valores podem ser representados por questões ligadas a aspectos que afetam as ações das empresas, como a inaceitabilidade de se negar atendimento de urgência por ausência de condições financeiras dos indivíduos, ou ainda a restrição ao tipo

de produtos que planos de saúde estão autorizados a fornecer, restrições ao controle acionário de hospitais, reservas financeiras garantidoras para planos de saúde, entre outras obrigações e restrições.

No caso do setor de saúde, as opções estratégicas não devem ser limitadas às empresas tradicionais, mas aquelas que são consideradas legítimas, sendo importante ainda a determinação das condições, e sob quais critérios a competição ocorre na saúde, sejam com aspectos mais ligados à qualidade e à equidade (ALEXANDER; D'AUNNO, 2003; VELOSO ET AL, 2013). No *trade off* custo versus diferenciação, espera-se que empresas que buscam redução de custo por item produzido ou serviço prestado, em geral, não foquem em qualidade; e aquelas que focam em qualidade, em geral, têm um custo de produção mais elevado, e por essa razão, um maior preço de venda, pois afirmam oferecer um pacote superior. Num processo de escolha de planos de saúde, contudo, muitas empresas podem ser escolhidas por apresentarem o menor preço, mas se a entrega não se transforma em algo de valor na visão dos clientes, haverá uma frustração, e, portanto, o mais barato não será automaticamente a melhor opção (PORTER; TEISBERG, 2007; WALLACE; TEISBERG, 2016).

Dentro do escopo abrangido por serviços, chama a atenção o modelo de saúde privado que se estabeleceu no Brasil: a saúde suplementar. A análise da saúde suplementar passa pelo entendimento das estratégias que compõem o setor. Embora a área de saúde envolva complexidade em serviços, as pesquisas dessa área, em especial no que tange às estratégias de operações das organizações que atuam na saúde suplementar, são escassas (PEDROSO; MALIK, 2011). A tratativa do tema requer um entendimento das especificidades das atividades de serviços e daquilo que é entregue ao consumidor final.

Porter e Teisberg (2007) destacam que várias formas de competição se manifestam na área da saúde, e devem ser levadas em consideração: transferência de custos, ampliação do poder de negociação, e captação de pacientes ou ainda restrição de escolhas.

As operações em saúde têm como objetivo oferecer aos consumidores serviços corretos, no momento necessário, na localização necessária e com os recursos apropriados, de forma eficiente e eficaz (PEDROSO; MALIK, 2011; MCLAUGHLIN; OLSON, 2017). A área de saúde tem lidado com mudanças nos valores entendidos pelos usuários, que passaram a olhar para questões além da prestação do serviço em si, mas também para fatores como qualidade, falhas de processo e erros; o desafio de tais organizações está em entender tais mudanças na demanda dos usuários, e adequar os processos para a entrega de um serviço valioso (MCLAUGHLIN; OLSON, 2017).

A forma como as operações em serviços de saúde é estruturada e gerenciada determina, em grande parte, a qualidade e os custos do sistema (PEDROSO; MALIK, 2011). O simples acesso ao sistema não garante que o paciente terá um benefício esperado para sua saúde. Porter e Teisberg (2007) indicam que, embora pareça paradoxal, a qualidade do tratamento, os benefícios conseguidos, as complicações e problemas decorrentes de cada atendimento não são apurados como um todo no sistema de saúde. As empresas mensuram as quantidades utilizadas de recursos em conformidade com padrões estabelecidos, mas o resultado desse recurso, ou valor alcançado para o paciente, raramente é analisado. Para Mcaughlin e Olson (2017), as estratégias de operações em saúde podem ser relacionadas ao uso de ferramentas gerenciais de acompanhamento e execução das atividades produtivas, de forma a verificar se a estratégia está cumprindo o planejado.

Melhorias em processos e operações se relacionam às tendências da saúde contemporânea, como medicina baseada em evidências e pagamento por desempenho (MCLAUGHLIN; OLSON, 2017). É necessário o alinhamento das metas operacionais estratégias de competição no mercado, incluindo o uso de ferramentas de gerenciamento de projetos e técnicas de Balanced Scorecard (BSC) para executar e monitorar projetos (MCLAUGHLIN; OLSON, 2017).

Uma competição saudável deveria ser baseada num equilíbrio da relação na geração de valor para o cliente, denominada competição de valor com soma positiva (PORTER; TEISBERG, 2007). Isso proporcionaria a busca da melhoria em eficiência organizacional, na qual a competição baseada no valor traria melhores resultados a todos os participantes. Em competição de soma zero, um agente precisa perder para que outro ganhe: os ganhos de uns são obtidos com base na perda de outros, levando a uma competição disfuncional.

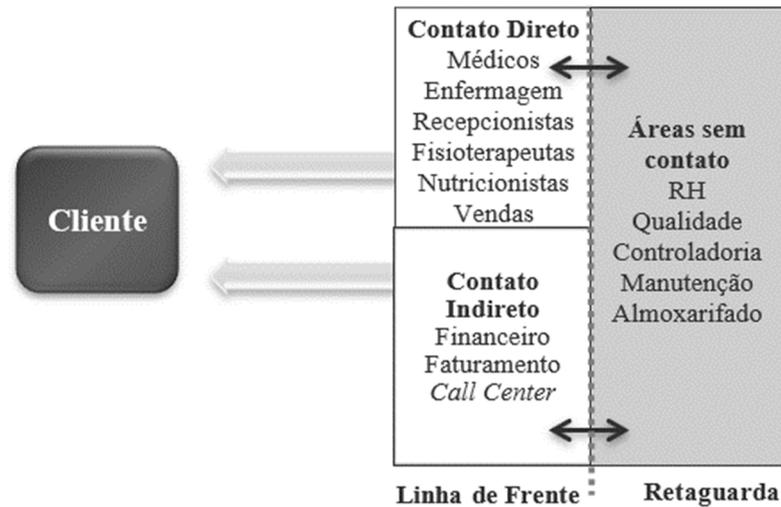
De acordo com Zilber e Lazarini (2008), agilidade e atendimento, que engloba o conhecimento das necessidades dos clientes e a rapidez na solução dos problemas, é a principal vantagem competitiva na escolha das operadoras de planos de saúde. As operações em serviços de saúde são divididas entre a parte que mantém contato – linha de frente<sup>1</sup> – e a parte que não tem acesso direto ao cliente – retaguarda<sup>2</sup> (SANTOS, 2006), conforme pode ser observado na figura 2.7.

Figura 2.7 – Operações em serviços de saúde: interações com cliente

---

1 Do inglês *front office*

2 Proveniente do inglês *back office*



Fonte: Elaborado pela autora

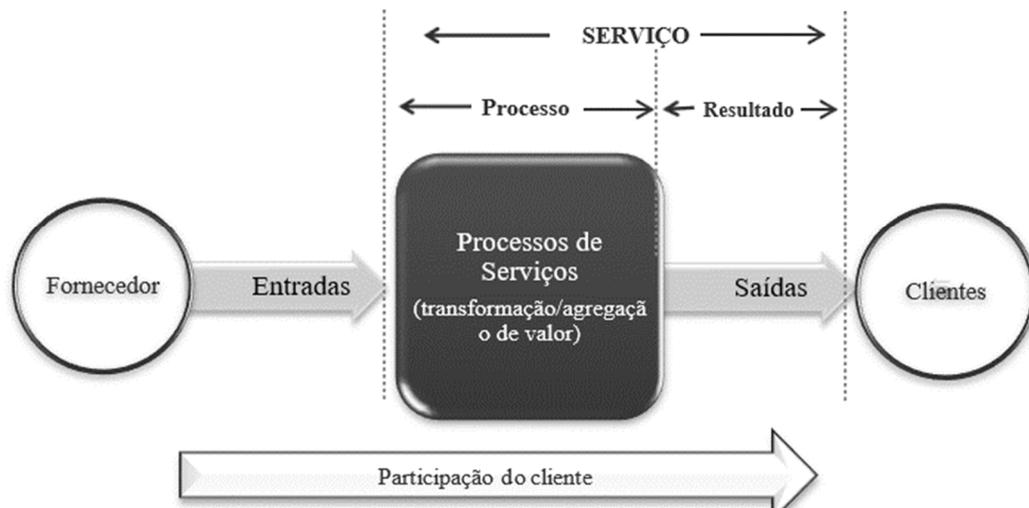
Na linha de frente ocorrem as interações entre a empresa e os clientes, e essa interação pode ser direta – estrutura de atendimento presencial – ou indireta – estrutura para atendimento remoto, como *call centers*<sup>3</sup> e *chats*<sup>4</sup> (CORRÊA; CAON, 2002); é nessa etapa da operação que a qualidade e a rapidez são classificadas pelos clientes. A retaguarda é uma etapa de apoio na prestação de um serviço; os processos, em sua maioria administrativos, são semelhantes àqueles adotados nas manufaturas, com alto grau de padronização (CORRÊA; CAON, 2002).

Os sistemas de operação em serviços têm uma forma dinâmica, que resulta de duas dimensões: processo e resultado, conforme pode ser observado na figura 2.8 (SANTOS, 2006); o processo é uma etapa que, dadas as entradas e restrições do pedido, transforma e agrega valor ao serviço.

Figura 2.8 – Sistema de operações em serviços = processo + resultado

3 Canal de comunicação, via telefone, no qual a equipe presta atendimento ao usuário.

4 Canal de comunicação, via página da internet, com atendimento online e por escrito ao usuário.



Fonte: Baseado em Santos (2006).

A garantia que o resultado tenha as características e qualidade necessárias ao cliente depende da forma como o processo é operacionalizado (CÔRREA; CAON, 2002). Diferente do que ocorre nas manufaturas, as entradas de transformação em serviços não são restritas a fornecedores (internos e externos), pois os próprios clientes podem ser vistos como entradas no processo; o setor é caracterizado pela participação do cliente na transformação e produção, e a implicação são os resultados do serviço (SANTOS, 2006).

Ao executar e entregar uma atividade, a empresa é avaliada por todo o pacote de serviços que oferecem: instalações, informações, benefícios implícitos e explícitos e informações (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011). As prioridades que uma empresa que atua no setor tem são diferentes daquelas que atuam na indústria ou na agropecuária; os critérios competitivos variam de acordo com o tipo de serviço entregue por cada empresa, bem como a percepção dos clientes acerca de critérios que são ganhadores de pedido. Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011) lista 9 prioridades usualmente presentes em serviços:

- i) disponibilidade – facilidade de acesso ao serviço;
- ii) conveniência – localização para facilidade de acesso físico e remoto (proximidade e conveniência ao cliente);
- iii) confiabilidade – sazonalidade de acordo com o período;
- iv) personalização – flexibilidade para customização, conforme especificidades dos clientes;
- v) custo – custo do serviço e competição em preço;

- vi) qualidade – atingimento das expectativas em termos de materiais utilizados, atendimento e resultados auferidos;
- vii) reputação – imagem associada a seus atos, tanto com clientes quanto com funcionários;
- viii) segurança – bem estar e segurança na execução do serviço;
- ix) rapidez – tempo de espera/resposta.

As mudanças no ambiente competitivo fazem da personalização (ou flexibilidade) a prioridade competitiva que a maioria das empresas de serviços têm de lidar (ARANDA,2003). Corrêa e Caon (2002) acrescentam a essa lista outras 6 prioridades:

- i) consistência – ausência de variabilidade entre as especificidades do pedido e o serviço entregue;
- ii) competência – capacidade da organização em prestar o serviço;
- iii) atendimento: grau de atenção e simpatia dada pelos funcionários de contato (linha de frente);
- iv) comunicação – forma clara e precisa de informar os clientes;
- v) limpeza – asseio e arrumação das instalações;
- vi) estética e conforto – aparência e conforto do ambiente das instalações.

As peculiaridades do setor de serviços implicam em uma discussão distinta no que se refere às áreas de decisões. Áreas de decisões estruturais: acréscimo de projeto de serviços – pacote entregue ao cliente. Áreas de decisões infraestruturais: Filas e fluxos - priorização das filas; configurações; gestão do cliente em fila; Relacionamento com cliente fidelização; retenção; relacionamento; expectativas. (CORRÊA; CAON, 2002; CORRÊA; GIANESI, 1994).

As implicações estratégicas em saúde envolvem um conjunto amplo de *stakeholders*, sendo eles: os planos de saúde, os fornecedores de forma geral, os consumidores, os colaboradores, o governo, entre outros. Para os planos de saúde, Porter e Teisberg (2007) indicam que as operações devem estar relacionadas a um novo modelo, que depende de uma adequada mensuração de recompensas os prestadores conforme resultados e maximização do valor dos serviços de saúde por todo o ciclo de atendimento, sendo essencial para a mudança:

- i) fornecer informações de saúde e apoio aos pacientes e médicos;
- ii) reestruturar a relação entre os planos de saúde e os prestadores e clientes.

## **2.5 Considerações da Seção**

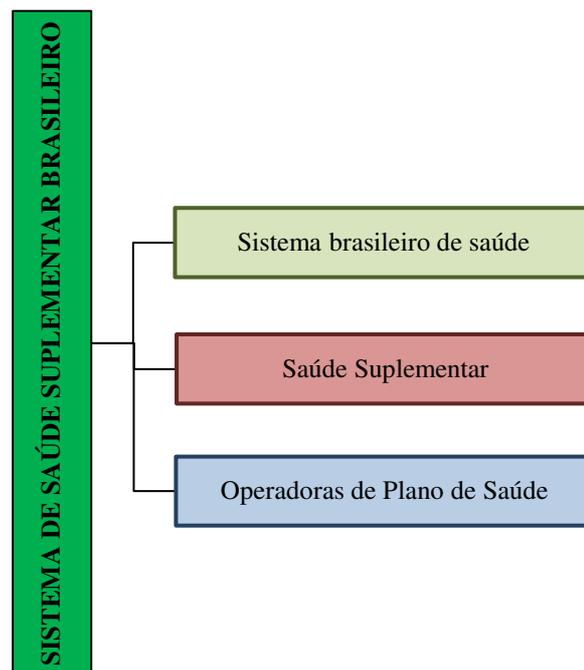
Procurou-se, neste capítulo, apresentar a discussão teórica da estratégia, em especial, do constructo Estratégia de Operações e de sua interface com a Saúde Suplementar. Esse resgate literário permitiu ampliar a compreensão das variáveis deste constructo, bem como visualizar a construção de grupos estratégicos a partir dos elementos que formam o conteúdo da EO.

Este é o conteúdo que sustentou as discussões nesta pesquisa. A partir dele, foi necessário conhecer mais detalhadamente o sistema de saúde brasileiro e as características das operadoras de planos de saúde; este é o tema apresentado no próximo capítulo.

### 3. O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

O capítulo anterior abordou estratégia de operações e os impactos das estratégias competitivas e de negócios. Para fundamentar as discussões da estratégia de operações na Saúde Suplementar é necessário entender o contexto do setor, bem como os recortes econômicos e o perfil populacional. Essa é a tratativa do capítulo 3, cuja estrutura é apresentada na figura 3.1:

Figura 3.1 – Estrutura do capítulo 3



Fonte: Elaborado pela Autora

#### 3.1 O sistema brasileiro de saúde

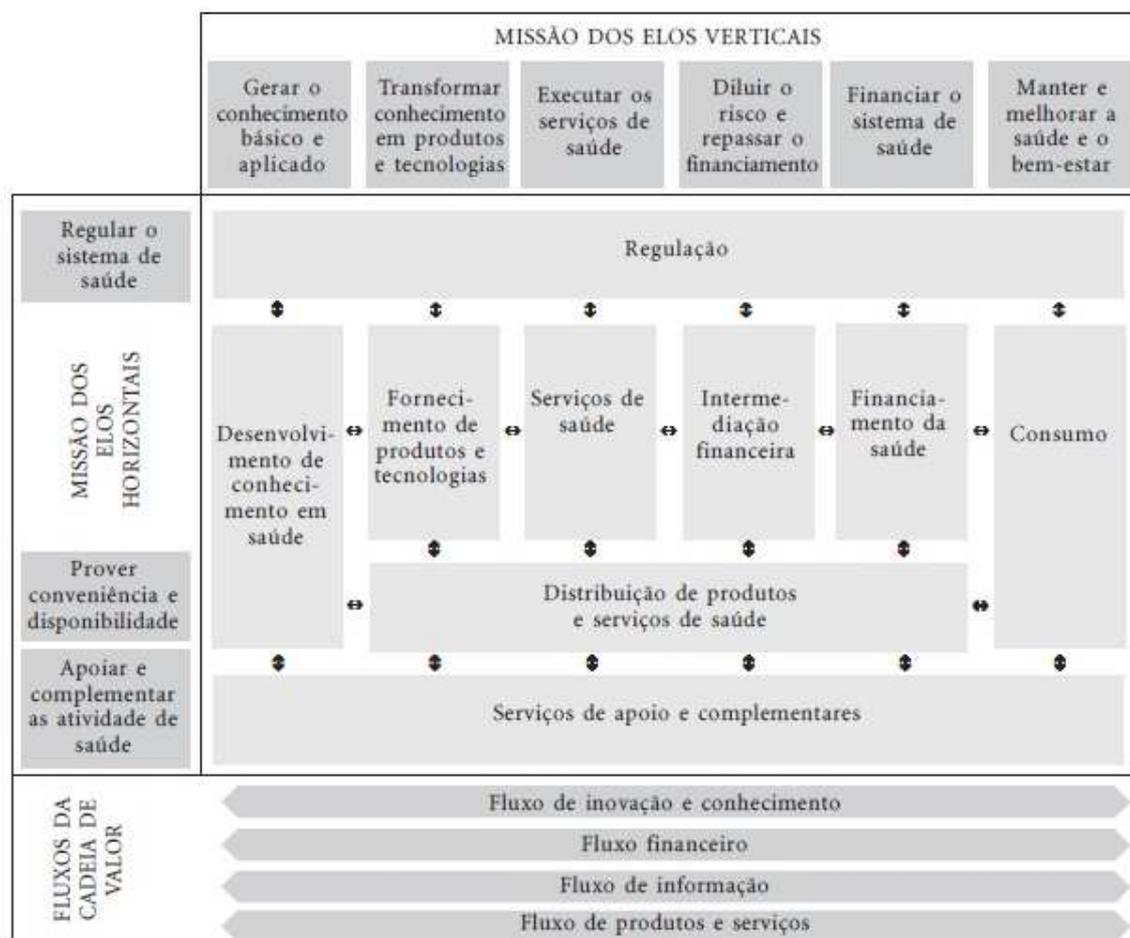
A área de saúde é considerada por especialistas como o setor de maior complexidade de gestão de serviços, dadas as questões que a caracterizam: vital na economia mundial, envolve procedimentos preventivos e qualidade de vida, e é responsável por 6,8% do PIB brasileiro (AZEVEDO et al, 2016). As operações em saúde têm como objetivo oferecer aos consumidores serviços corretos, no momento e na localização necessários, e com os recursos apropriados (TEIXEIRA, 2014).

O setor de serviços em saúde é pontuado por especificidades que o diferenciam dos demais setores da área de saúde: as características do que é produzido são distintas, de tal forma que comparações e exemplos para análise não se adequam às necessidades do setor; ausência de parâmetros criados para o setor; excelência na qualidade do serviço como fator chave de

sucesso; resistência às mudanças; barreiras pessoais, nas quais as equipes não se consideram a mesma empresa (caso de operadoras/hospitais); regulação das atividades por agências governamentais: ANVISA e ANS; agilidade e qualidade no atendimento como fatores críticos de sucesso (SANTOS, 2006; TEIXEIRA, 2014; AZEVEDO et al, 2016). Na saúde, valor é um conceito com diferentes conotações, o que dificulta sua compreensão e adequada utilização; é necessário adequá-lo ao caso brasileiro

Os fluxos da cadeia de valor representam elementos de entrada e saída em cada um dos seus elos (e, dentro destes, das atividades envolvidas), que se propagam em determinados sentidos de modo a atingir determinados objetivos. Uma representação da cadeia de valor de saúde, com a intersecção dos elos verticais e horizontais, pode ser observada na Figura 3.2:

Figura 3.2 – Cadeia de valor da saúde



Fonte: MALIK, PEDROSO (2012)

No caso da cadeia de valor da saúde, os fluxos contemplam quatro elementos principais – inovação e conhecimento; capital; informações; produtos e serviços – que, na forma de

entradas e saídas, fluem de maneira bidirecional nos nove elos da porção inicial da cadeia até a porção final, e vice-versa (MALIK; PEDROSO, 2012). Importante destacar o papel que a regulação exerce na intersecção dos elos, de forma a suavizar efeitos da cadeia.

Os serviços em saúde englobam uma série de atividades: i) atendimento clínico (consultórios com médicos e dentistas); ii) saúde ocupacional e medicina preventiva (combate à obesidade, instruções para gestantes); iii) clínica de terapias (fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional); iv) exames laboratoriais; v) clínicas e institutos de imagens (raio x, tomografia, mamografia, contraste); vi) atendimento hospitalar (internações clínicas e cirúrgicas); vii) atendimento domiciliar; viii) pronto atendimento e pronto socorro; ix) atendimento odontológico; x) clínicas de radioterapia e quimioterapia, entre outros (TEIXEIRA; ROMANO; VALDES, 2011; AZEVEDO et al, 2016).

O Brasil é o único País do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que garante na Constituição um sistema universal, público e gratuito de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Esse modelo é inspirado naquele aplicado no Reino Unido após o a Segunda Guerra, e somente outros 5 países o adotam: o próprio Reino Unido, Canadá, Austrália, França, Suécia.

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é o sistema brasileiro para prestação de serviço público de saúde para toda a população. Embasado nas premissas da Constituição de 1988, abrange mais de 200 milhões de habitantes em todo o território nacional. O escopo do SUS inclui, além de serviços de saúde, provimento de medicamentos de alto custo, importação de medicação para tratamentos experimentais, atuações preventivas como campanhas de vacinação e prevenção de doenças, distribuição de meios contraceptivos.

Em termos financeiros, 6,8% do PIB brasileiro é investido em saúde, percentual esse abaixo da média mundial que gira em torno de 11%. Comparando o tamanho da população, a hegemonia de doenças no território nacional, a estrutura física e o percentual investido, o serviço não comporta a demanda de atendimentos necessários para os cuidados primários. O volume de gastos no setor segue direção contrária ao modelo adotado por países europeus, como Reino Unido e Suécia: enquanto os demais governos são responsáveis por até 90% dos gastos totais em saúde, no Brasil apenas 40% do montante investido vem dos cofres públicos, pois os demais recursos são financiados pela população, de forma particular ou através da Saúde Suplementar (AZEVEDO et al, 2016).

O crescimento da renda, o envelhecimento da população, as inovações tecnológicas, as mudanças de padrões epidemiológicos e a ineficiência do Estado no atendimento público de saúde põem em pauta a importância do sistema de saúde (PEDROSO; MALIK, 2011). A qualidade de vida da população está diretamente ligada a estruturação dos serviços, setor que

tende a crescer nos próximos anos. Lidar com as demandas crescentes da população e a limitação de recursos da sociedade exigirá cada vez mais eficiência e qualidade das organizações de saúde, públicas e privadas (YAMAGUCHI; RUAS, 2013).

O sistema de saúde no Brasil pode ser dividido em dois subsistemas: o público, cuja administração está institucionalizada no SUS, e o privado, que pode ser segregado em dois setores distintos, atendimentos particulares ou saúde suplementar (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

O subsistema público existe com o propósito de oferecer a toda a população brasileira serviços de saúde gratuitos. Os recursos para o financiamento desse subsistema advêm da arrecadação de impostos nas esferas federal, estadual e municipal. Criado em 1988, com a finalidade de atender a então nova legislação brasileira, os serviços do SUS compreendem tanto a estrutura própria do setor público, quanto a contratação de serviços conveniados pagos com repasse das esferas governamentais, e a execução dos mesmos depende da somatória dos recursos necessários associados a vagas disponíveis (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Os serviços particulares são um vetor do subsistema privado, e têm por característica contratos pontuais fechados diretamente entre o usuário/paciente e o prestador de serviços; os valores negociados são individuais, customizados de acordo com a execução programada, e pagos por serviços prestados. Não existe uma agência ou legislação específica que regule as atividades executadas.

A saúde suplementar é outra dimensão do sistema privado de saúde. Composto por 8 diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde, as empresas que atuam na área, são responsáveis pelo atendimento à 25% da população brasileira, e regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conta com financiamento totalmente privado. (ANS, 2019). O termo “suplementar” faz menção ao sistema privado complementar a cobertura de determinados serviços limitados ou inexistentes na rede pública (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Com a saúde suplementar, o setor privado ocupa um papel na sociedade que, primariamente, deveria ser exercido pelo Estado; porém, investimentos insuficientes na estrutura e na infraestrutura, desvios de recursos repassados entre as esferas públicas, incapacidade administrativa, uso de técnicas ultrapassadas, adoção tardia de tecnologia, falta de incentivos na capacitação profissional, baixa remuneração (em comparação com o meio privado) e, em contrapartida, crescimento na renda da população são fatores que aceleraram o crescimento e a conquista de mercado dessas empresas (SILVA, 2003).

É necessário conhecer a trajetória da saúde suplementar no Brasil, e a atuação da agência reguladora, para entender a dimensão de sua importância no sistema de saúde brasileiro.

### **3.2 Saúde Suplementar**

O subsistema de saúde suplementar brasileiro seguiu a trajetória dos países latino-americanos, e se desenvolveu a partir da criação da previdência social, no ano de 1923. Nesse ano, estabeleceu-se uma lei que criava sistemas de caixas de aposentadorias, pensões e financiamento de serviços médicos e hospitalares para os trabalhadores das estradas de ferro brasileiras. O funcionamento de tais caixas era semelhante ao atual modelo empregado na modalidade de operadoras de planos de saúde denominado autogestão (ANS, 2016).

Em 1944, o Banco do Brasil constituiu sua caixa de aposentadoria e pensão, a Cassi, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação. Planos de saúde comerciais, com adesão a escolha do cliente, surgem ainda planos coletivos empresariais na modalidade medicina de grupo no ABC paulista nos anos 1950 (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Embora o subsistema de saúde suplementar exista desde a década de 1940, o setor foi regulamentado apenas recentemente. Em cumprimento à Lei nº 9.656, nasce em janeiro de 2000 a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS. A criação da ANS teve como objetivo estabelecer critérios e obrigações para o setor de saúde suplementar, que até então momento, não tinha regras para funcionamento. Essa regulação do setor surgiu após mais de 30 anos de operações sem controle formal do governo (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). A atuação da ANS ao longo dos anos tem impacto direto na trajetória das operadoras, de tal forma que se faz necessário conhecer a evolução da agência ao longo dos anos e os programas estabelecidos para controlar os prestadores de serviços, e ampliar o canal de comunicação com os consumidores.

#### **3.2.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**

O papel da ANS é garantir que os contratos assumidos entre operadoras e beneficiários seja efetivamente cumprido, com mínimas interferências políticas externas e com qualidade do serviço prestado (GAMARRA, 2017). A trajetória da ANS evoluiu na medida em que os agentes governamentais passam a analisar e atuar no setor, de forma regulatória. No mesmo ano de criação, em 2000, o órgão inicia as atividades no Rio de Janeiro, cidade em que está localizada sua sede. Em 2001, a agência estabelece as regras regulatórias iniciais, buscando garantir a

saúde financeira das operadoras; cria também regras para redistribuição da carteira de beneficiários, em caso de Liquidação Extrajudicial.

A partir de 2004, a agência cria o programa para Qualificação da Saúde Suplementar, em que avalia a qualidade e o desempenho das operadoras, e divulga a informação para o público geral; esse programa permitiu a comparação entre os planos, e apontou gargalos do setor, como a falta de projetos para a terceira idade, programas de prevenção a doenças, e baixo incentivo de partos naturais. Nos anos seguintes, a agência padronizou a forma de cadastro e envio de dados dos beneficiários, passando a divulgar periodicamente em manuais e revistas próprios os dados do setor e previsões de mercado (ANS,2018).

Com o advento dos anos 2010, cresce o papel da ANS: a instituição estabeleceu regras para denúncias dos beneficiários e respostas das operadoras; intensificou o controle sobre prazos com publicações de Resoluções Normativas (RN), e instituiu multas pesadas quando as operadoras não cumprem os prazos estabelecidos. A RN 259 instituiu prazos máximos para execução dos serviços médico-hospitalares, conforme apresentado no quadro 3.1; além de instituir tempo máximo, a RN também obrigou as OPS a justificarem possíveis negativas para execução dos procedimentos.

Quadro 3.1 – Prazos máximos para atendimento de beneficiários

<b>Serviço</b>	<b>Tempo (dias)</b>
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato

Fonte: ANS

A revisão no grupo de procedimentos mínimos que deverão ser cobertos pelo plano (rol) se tornou periódica, com o intuito de garantir aos beneficiários da saúde suplementar novos procedimentos, materiais, medicamentos tecnologias e exames destinados no enfrentamento ou

combate a doenças (ANS, 2018). Embora cresça a atenção para programas de saúde primária, projetos para saúde da mulher como o Parto Adequado, e fila de espera para atendimento, o foco da agência ainda está centrado no rol de procedimentos obrigatórios e no controle da precificação (GAMARRA, 2017).

Planos de saúde envolvem riscos diferentes de outros tipos de seguros. Os custos das OPS podem sofrer fortes desvios em relação ao custo médio (em geral, para cima) por questões associadas ao risco aos quais os beneficiários estão expostos, fora do controle das operadoras e, por vezes, dos próprios consumidores. Mesmo uma empresa bem gerida pode se deparar com custos que não poderiam ser totalmente previstos inicialmente, não sendo possível mensurar com exatidão o custo máximo gerado por cada beneficiário (AZEVEDO et al, 2016).

Empresas com anormalidades administrativas ou econômico-financeiras podem sofrer intervenções da Direção Fiscal da ANS. Direção Fiscal é um procedimento aplicado a operadoras que apresentem dificuldades, verificadas durante um período, e que podem colocar em risco a qualidade e a continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários (ANS, 2020). A Agência nomeia um diretor fiscal, sem poderes de gestão na operadora, para avaliar presencialmente a sua situação, bem como analisar as medidas saneadoras propostas pela operadora, subsidiando, portanto, a ANS nas suas decisões. Esse procedimento tem duração de até 365 dias, podendo ser renovado.

Como resultado da Direção Fiscal, muitas operadoras podem tanto recuperar gradativamente a saúde financeira da instituição, e com isso, a permissão para comercializar novos planos, quanto podem ter a recomendação de repasse da carteira e dissolução da entidade empresarial. As decisões da intervenção são balizadas num conjunto de indicadores e programas desenvolvidos pela agência para mensurar a saúde financeira e estrutural das OPS. Esses programas são descritos nas próximas subseções do capítulo.

### 3.2.1.1 Monitoramento da Garantia de Atendimento

O monitoramento da garantia de atendimento é um programa desenvolvido para o acompanhamento do acesso dos beneficiários ao plano contratado, em termos de coberturas e cumprimento dos prazos estabelecidos pela ANS. O monitoramento é realizado com base no indicador gerado pelas reclamações recebidas pela ANS divididas pela quantidade de beneficiários de planos de saúde. As reclamações consideradas nesse monitoramento se referem ao descumprimento dos prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou negativa de cobertura assistencial. A partir dessas informações as operadoras são classificadas

em faixas em 4 faixas, sendo a faixa 0 um espelho das OPS que apresentam a melhor situação em termos de reclamações, e a faixa 3 o pior resultado no indicador de acesso às coberturas assistenciais.

Para as operadoras que reiteradamente descumprem os prazos máximos para realização de procedimentos, e aquelas com negativa de cobertura assistencial, são identificados os planos que concentram as reclamações de beneficiários, e vedado temporariamente o ingresso de novos beneficiários nesses planos. A cada trimestre a listagem de planos é reavaliada, e as operadoras que deixarem de apresentar risco à assistência à saúde são liberadas, pelo monitoramento, para oferecer os planos para novas comercializações.

O programa de monitoramento da garantia de atendimento gera um indicador que, junto com o indicador de qualificação da operadora, pode ser decisivo para que os beneficiários escolham a manutenção ou uma nova contratação de um plano de saúde.

#### 3.2.1.2 Programa de Qualificação de Operadoras

O programa de Qualificação de Operadoras é uma iniciativa da ANS para classificar as operadoras de acordo com o cumprimento de ações consideradas benéficas para beneficiários e empresa. Consiste na avaliação anual de um conjunto de atributos esperados no desempenho de áreas, organizações e serviços relacionados ao setor de saúde suplementar, com a avaliação de desempenho das operadoras. Tem como objetivos o estímulo da qualidade setorial e a redução da assimetria de informação, através do monitoramento e da divulgação de um grupo de indicadores capazes tanto de embasar a escolha para o beneficiário, quanto ofereçam subsídios para a melhoria da gestão das operadoras e das ações regulatórias da ANS.

Os resultados da avaliação das operadoras são traduzidos pelo índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que é composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões e calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da ANS ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde.

O IDSS foi criado em 2007 e atualizado em 2016, para garantir maior poder de comparação de desempenho entre operadoras, foco em indicadores que avaliem qualidade, sinergia com os demais programas da ANS e ampliação dos subsídios de políticas regulatórias. Dessa atualização, estabeleceu-se 4 dimensões de análise, com grupos específicos de indicadores. São elas:

- i) qualidade em atenção à saúde (IDQS) – anteriormente indicadores da dimensão da atenção à saúde (IDAS): avalia a qualidade da assistência prestada e as ações de

promoção, prevenção e assistência à saúde dos beneficiários de planos privados; é composta por 12 indicadores, listados no Quadro 3.2:

Quadro 3.2 – Indicadores da dimensão Qualidade em Atenção à Saúde

<b>Indicador</b>	<b>Descrição do Indicador</b>	<b>Peso</b>
Estímulo Ao Parto Normal	Proporção de Parto Cesáreo	3
Atenção ao Pré-Natal	Taxa de Consultas de Pré-Natal	2
Fratura em Idosos	Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos	2
Cuidado Integral da Criança até os 4 anos	Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 anos	2
Preventivo de Câncer de Colo do Útero	Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica	2
Cuidado ao Diabético	Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada	3
Prevenção da Cárie	Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – CÁRIE	2
Cuidados com a Gengiva	Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – PERIODONTIA	2
Cuidado Integral do Idoso	Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos	3
Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças dos Clientes	Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – Pontuação Base	Pontuação base de 0,10 na IDQS
Participação do Plano de Saúde em Projetos de Qualidade	Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS - Pontuação Base	Pontuação Base de até 0,30 na IDQS
Adoção de remuneração que considere a qualidade para hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde	Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor - Pontuação Base	Pontuação base de 0,10 na IDQS

Fonte: ANS (2018)

- ii) garantia de acesso (IDGA) – anteriormente indicadores da dimensão estrutura e operação (IDEO): índice associado às condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores: Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde; são 8 os indicadores da dimensão, listados no quadro 3.3:

Quadro 3.3 – Indicadores da dimensão Garantia de Acesso

<b>Indicador</b>	<b>Descrição do Indicador</b>	<b>Peso</b>
Renal Crônico	Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	1
Médico de Referência do Idoso	Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos	2
Acesso a Urgência e Emergência	Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas	1
Consulta com Dentista	Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por ano	1
Acesso ao Dentista	Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica	1
Qualidade de Hospitais,	Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade	1
Qualidade de Laboratórios	Frequência de Utilização de SADT com Atributo de Qualidade	1
Acesso à Contratação Individual	Índice de efetiva comercialização de planos individuais - Bônus	Bônus de até 10% sobre a IDGA

Fonte: ANS (2018)

iii) sustentabilidade no mercado (IDSM) – anteriormente indicadores da dimensão econômico-financeira (IDEF): monitoramento da solidez da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, desde a satisfação do beneficiário e ainda capacidade de pagamento dos prestadores. Os 7 indicadores que compõe a dimensão estão descritos no quadro 3.4:

Quadro 3.4 – Indicadores da dimensão Sustentabilidade no Mercado

<b>Indicador</b>	<b>Descrição do Indicador</b>	<b>Peso</b>
Solidez do seu Plano de Saúde	Índice de Recursos Próprios	3
Resolução de Queixas do Cliente	Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	2
Reclamações Gerais do Cliente	Índice Geral de Reclamações (IGR)	1
Preço do Plano de Saúde	Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos	1
Satisfação do Cliente/Paciente	Pesquisa de Satisfação do Beneficiário - Pontuação base	Pontuação Base de 0,25 na IDSM
Gestão Financeira Ativa	Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários – Bônus	Bônus de 10% sobre a IDSM
Moderação de Reajustes	Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos	0

Fonte: ANS (2018)

iv) gestão de processos e regulação (IDGR) – anteriormente indicadores da dimensão satisfação do beneficiário (IDSB): afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras perante a ANS, para acompanhar a qualidade da Gestão Administrativa do Plano de Saúde. Os 5 indicadores da dimensão são apresentados no Quadro 3.5:

Quadro 3.5 – Indicadores da dimensão Gestão de Processo e Regulação

<b>Indicador</b>	<b>Descrição do Indicador</b>	<b>Peso</b>
Qualidade do Dados de Cadastro do Cliente	Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB)	2
Utilização do SUS por Cliente de Plano de Saúde	Taxa de utilização do SUS	1
Qualidade da Informação em Saúde Enviada para a ANS	Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS)	2
Relacionamento do Plano de Saúde com Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde	Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde	1
Qualidade dos Dados do Diagnóstico	Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS – Bônus	Bônus de 10% sobre a IDGR

Fonte: ANS (2018)

O cálculo do IDSS pondera com mais peso as dimensões IDQS, IDGA e IDMS, e o IDGR é a dimensão com menor relevância na fórmula atual do cálculo:

$$\text{IDSS} = (\text{IDQS} * 0,30) + (\text{IDGA} * 0,30) + (\text{IDSM} * 0,30) + (\text{IDGR} * 0,10)$$

Além das 4 dimensões, o IDSS pode ser pontuado também pela Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários. Essa pesquisa, que é voluntária, deve ser aplicada com base em critérios técnicos estabelecidos pela ANS, e tem como intuito saber se os beneficiários indicariam, ou não, o plano de saúde contratado para amigos ou familiares.

O IDSS classifica as operadoras por meio de média ponderada das dimensões, e a pontuação, que varia de 0 a 1, é dividida em cinco faixas: 0,00 a 0,19 – operadoras sem estrutura, garantias e qualidade que satisfaçam clientes e ANS; 0,20 a 0,39 – operadoras em situação precária em pelo menos 3 dimensões; 0,40 a 0,59 – operadoras medianas, que embora tenham estrutura e garantias, deixam de atender a satisfação dos usuários; 0,60 a 0,79 – operadoras com estrutura equilibrada, mas com melhorias em alguma das dimensões; 0,80 a 1,00 – operadoras

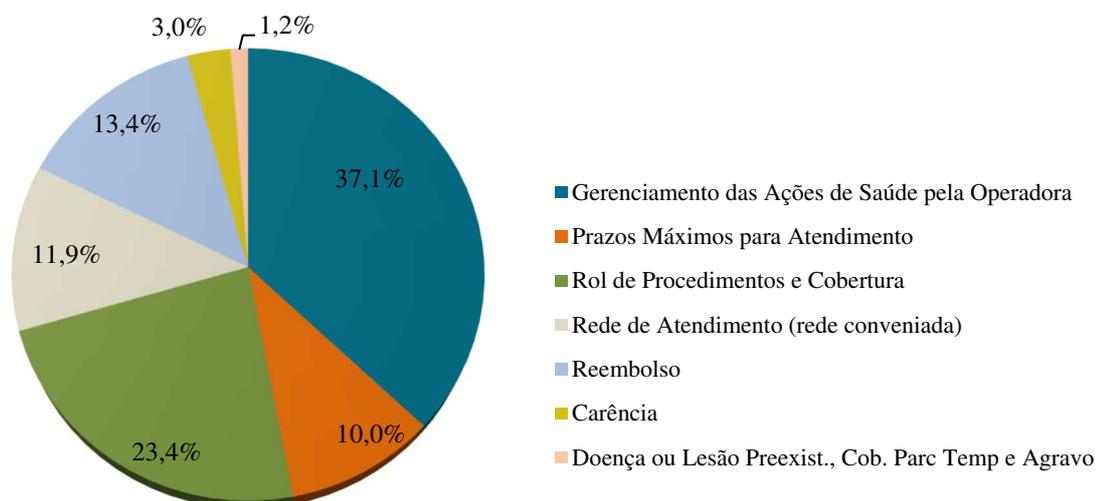
com estrutura operacional e financeira, garantindo a permanência no mercado e a satisfação dos usuários (ANS, 2013).

Assim como o monitoramento da garantia de qualidade, a classificação e evolução do IDSS das operadoras baliza ações da ANS, pois os indicadores norteiam correções de assimetrias e possíveis intervenções. O IDSS também é indicativo do desempenho das operadoras para os beneficiários, servindo como instrumental para escolha da contratação do serviço de saúde (ANS, 2018).

### 3.2.1.3 Programa de Notificação de Intermediação Preliminar

Outro indicador de desempenho das operadoras instituído pela ANS é a NIP – Notificação de Intermediação Preliminar (ANS, 2018). NIP são resoluções extrajudiciais de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde, acompanhadas pela ANS através da abertura de uma reclamação formal do beneficiário nos canais da agência, e permite à ANS mediar conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde, sejam eles médicos ou odontológicos, em situações de não cobertura. Ao todo, houve 93.388 notificações em 2019, sendo 65.426 assistenciais, cujo perfil é observado na figura 3.3:

Figura 3.3 – Perfil das NIP assistenciais por subtema (2019)



Fonte: ANS (2020)

A maior concentração de NIP está no gerenciamento das ações de saúde pela operadora. Destas, 60.732 foram resolvidas por mediação de conflitos. De cada 5 notificações recebidas pela ANS, 4 foram resolvidas por mediação de conflitos (ANS, 2020).

#### 3.2.1.4 Índice Geral de Reclamações

O índice geral de reclamações (IGR) é um indicador do comportamento das operadoras do setor no atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários. Contempla o número médio de reclamações de beneficiários recebidas nos três meses anteriores e classificadas até a data de extração do dado. O índice tem como referência cada 10.000 beneficiários do universo de consumidores analisado.

#### 3.2.1.5 Programa de Acreditação de Operadoras

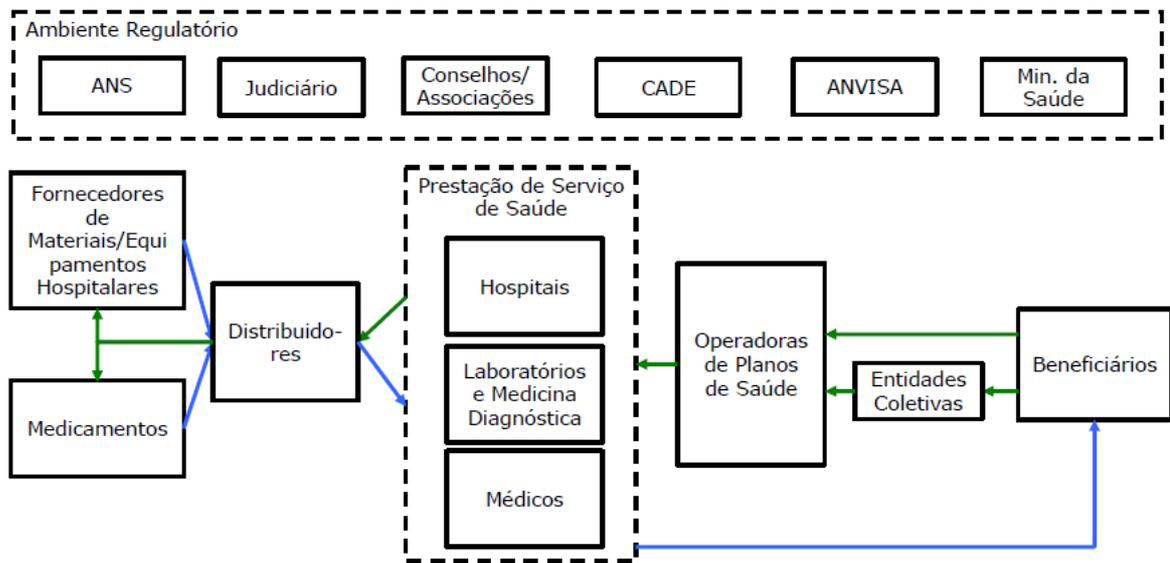
Além dos indicadores de desempenho das empresas, a ANS incentiva programas de qualidade, qualificação e certificação das operadoras. O Programa de Acreditação, lançado pela agência, tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, conforme avaliação feita por entidades de acreditação homologadas. A análise das empresas leva em conta: a administração, a estrutura e as operações dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários.

A certidão de acreditação pode ser conferida em 3 níveis: nível I: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos; nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos; nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos. As operadoras da modalidade cooperativa médica são aquelas que mais investiram no programa da ANS, com níveis de acreditação I e II. Seguradora, medicina e grupo filantropia possuem, cada, 1 operadora acreditada em nível I, e nenhuma operadora de autogestão foi acreditada pela ANS no biênio 2016-2018:

#### 3.2.2 Cadeia da Saúde Suplementar

O setor de saúde suplementar contém diferentes falhas que dificultam que os mecanismos de mercado resultem em alocações eficientes: assimetria de informação; externalidades; poder de mercado (AZEVEDO et. al, 2016). A saúde suplementar não compreende somente Operadoras de Plano de Saúde; engloba também o ambiente regulatório no qual tais empresas estão inseridas, os fornecedores e distribuidores de materiais e medicamentos, os prestadores de serviços (hospitais, laboratórios, clínicas especializadas em terapias e os médicos). A figura 3.4 representa a complexa cadeia da saúde suplementar:

Figura 3.4 – Mapa da cadeia da Saúde Suplementar



Fonte: AZEVEDO et al (2016)

Para entender o funcionamento da saúde suplementar, é necessário contextualizá-la dentro da cadeia do setor privado de saúde. Partindo do início da cadeia, a indústria de insumos de saúde e seus distribuidores fornecem medicamentos, materiais, equipamentos e gases medicinais, entre outros produtos, aos prestadores de serviços de assistência à saúde. Estes, por sua vez, utilizam os insumos comprados para ofertar serviços aos beneficiários de planos de saúde, que pagam pelos serviços usufruídos por meio da mensalidade do plano contratado. Esse sistema é regulado por três órgãos: a Anvisa, a ANS e Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência. O entendimento da saúde suplementar passa pela análise do perfil estratégico e de operações das operadoras de planos de saúde. Sendo que esse tema será discutido no próximo tópico.

### 3.2.3 Considerações sobre a Saúde Suplementar

A existência de falhas que comprometem o funcionamento do mercado de forma eficiente justifica a intervenção na economia via agência regulatória (AZEVEDO et. al, 2016). O modelo de regulação do setor de saúde suplementar brasileiro é diferenciado em relação à experiência internacional. Na maioria dos países, a regulação é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor e garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado. No Brasil, optou-se por regular fortemente o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com medidas como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Empresas de maior porte estão em melhores condições de contornar de maneira mais bem-sucedida possíveis desequilíbrios de natureza atuarial (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006) - operadoras menores, com carteira de beneficiários mais limitada, possuem menor volume de capital e, portanto, condições mais restritas de garantir suas operações (AZEVEDO et al, 2016). Além disso, empresas de maior porte estão em melhores condições de diluir custos, não só pelas economias de escala já mencionadas, mas também porque, quanto mais ampla a carteira de beneficiários, maior a diluição da sinistralidade, facilitando a acomodação dos custos relacionados aos eventos inesperados. (AZEVEDO et. al, 2016).

### **3.3 Operadoras de Plano de Saúde**

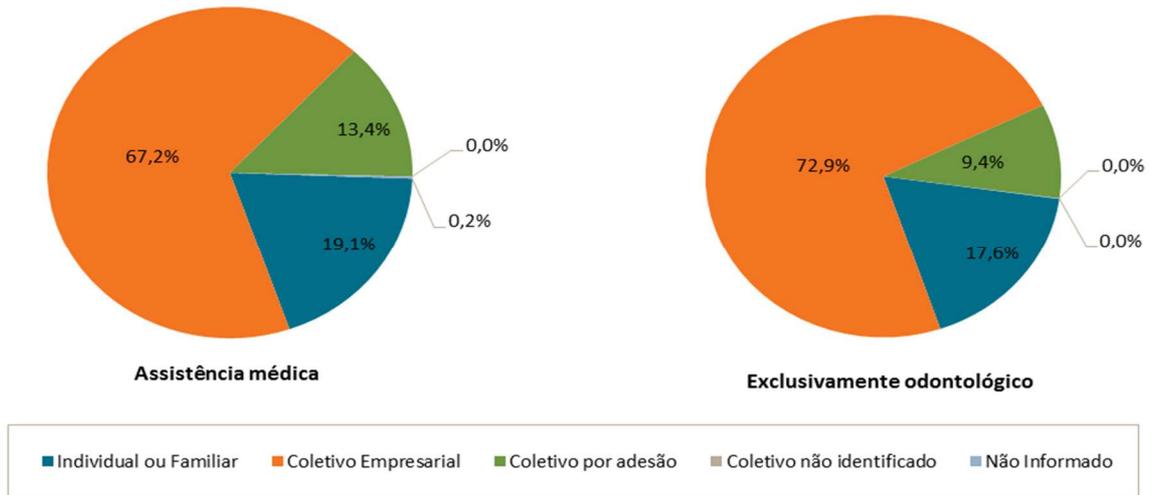
Operadoras de planos de saúde são pessoas jurídicas (empresas, associações, fundações, cooperativas ou autogestões) reguladas e registradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que operam as atividades comerciais e de prestação de serviços de planos médico-hospitalares e odontológico. Planos de saúde são contratos de prestação continuada de serviços ou cobertura dos custos assistenciais com preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, e com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, mediante o atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos (ANS 2018).

As operadoras ocupam um papel na sociedade que, primariamente, deveria ser exercido pelo Estado, mas por conta do tamanho da população, incapacidade administrativa, investimentos insuficientes na estrutura e na infraestrutura, adoção tardia de tecnologia, falta de incentivos na capacitação profissional, baixa remuneração (em comparação com o meio privado), o setor público abriu espaço para o crescimento e a conquista de mercado dessas empresas (SILVA, 2003). A contratação pode ser tipificada conforme segue:

- i) Individual ou familiar: plano que oferece para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar;
- ii) Coletivo empresarial: plano oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária;
- iii) Coletivo por adesão: plano oferecem cobertura à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial;
- iv) Coletivo não identificado: expressão utilizada para casos em que vínculo não foi especificado pela operadora;
- v) Não informado: plano com vigência anterior à Lei nº9.656/98.

A contratação do plano coletivo empresarial é aquela que reúne o maior %, e consequentemente, maior nº de vidas, conforme a distribuição dos beneficiários por tipo de contratação, verificado na figura 3.5:

Figura 3.5 – Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde em 2019



Fonte: ANS (2020)

O plano de saúde é oferecido por muitas empresas de médio e grande porte como benefício ao colaborador e seus dependentes, e isso reflete que a carteira de beneficiários das operadoras de planos de saúde está concentrada nas contratações coletivas empresariais (empresas públicas ou privadas). Isso explica também, em alguma medida, a retração observada nos últimos anos no número de beneficiários de plano de saúde: durante crises econômicas, as empresas cortam mão-de-obra e benefícios.

De acordo com as características contratuais e de cobertura, as operadoras são classificadas em 8 modalidades (ANS, 2018):

- i) administradora de benefícios – empresa contratada por pessoas jurídicas para administrar a forma de prestação de serviços; não possuem beneficiários e são mais raras no mercado;
- ii) autogestão – entidade ou empresa que opera ou é responsabilizada pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou antigos empregados, bem como a seus

respectivos grupos familiares definido; atendem em geral empresas que foram ou são estatais;

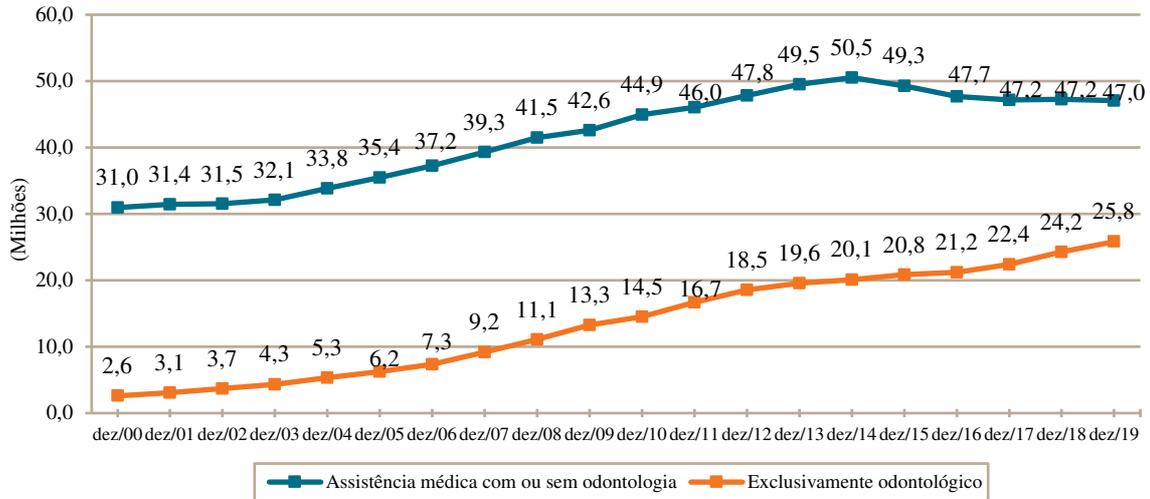
- iii) cooperativa médica – operadora, sem fins lucrativos, formada pela associação de médicos, para comercializa e opera planos de saúde privados; todas as operadoras dessa modalidade compõem um sistema de parceria/ filial;
- iv) filantropia – entidade que opera planos privados, sem fins lucrativos, e que possui certificado de filantropia emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social;
- v) medicina de grupo – sociedade que comercializa planos privados de saúde, e não se encontra nas modalidades autogestão, cooperativa, filantropia e seguradora;
- vi) seguradora especializada em saúde – empresa que comercializa seguros, e oferece obrigatoriamente, reembolso de despesas médico-hospitalares;
- vii) cooperativa odontológica – operadora, sem fins lucrativos, formada pela associação de dentista, e que comercializa e opera planos de saúde odontológicos;
- viii) odontologia de grupo – operadora que se constitui sociedade, e comercializa e opera planos de saúde odontológicos.

A contratação de uma modalidade está condicionada ao tipo de mercado x operadora localizada na região do contratante; seguradoras especializadas, focadas no segmento de executivos de grupos empresariais, atuam principalmente em grandes centros urbanos; servidores públicos ou de antigas estatais são um público concentrados na modalidade autogestão, e as cooperativas médicas são mais presentes no interior do país. Cooperativas odontológicas e odontologia em grupo são modalidades exclusivas de atendimento odontológico, fora do escopo dessa pesquisa.

No final de 2019, o mercado de saúde suplementar, formado pelas operadoras de planos de saúde, chegou a 47 milhões de beneficiários vinculados a planos de assistência médica e 25,4 milhões vinculados a planos de assistência odontológica (ANS, 2020). A faixa etária dos 30 aos 39 anos é aquela que concentra a maior quantidade de beneficiários; as mulheres são maioria nos planos, compondo 53% da carteira (ANS, 2020). A evolução na quantidade de beneficiários, desde a instituição da ANS, conforme pode ser observada na figura 3.6.

A análise da figura permite averiguar que o setor esteve em ascensão desde sua regulamentação, no começo dos anos 2000, atingindo o ápice do número total de beneficiários de assistência médica em 2014; desde 2015 o número de beneficiários decresceu. Essa variação não se repetiu para operadoras exclusivamente odontológicas, que permaneceram com discreto aumento da carteira de beneficiários após 2014.

Figura 3.6 – Evolução de beneficiários de plano de saúde 2000 - 2019 (em milhões)



Fonte: ANS (2020)

Ao se comparar os dados de 2000 com os de 2019, presentes na tabela 3.1, é possível observar um aumento de 52% no número de beneficiários de planos médico-hospitalares, e 893% de aumento nos beneficiários de planos odontológicos; nesse mesmo período, o crescimento da população brasileira não ultrapassou 23,5%.

Tabela 3.1 – Comparativo população x saúde suplementar (2000/ 2019)

Ano	POPULAÇÃO			Taxa Crescimento na Pop. Brasileira	
	Assistência médica	Assistência odontol.	População Brasileira	Médico	Odont.
<b>2000</b>	30.966.522	2.603.001	169.590.693	<b>18%</b>	<b>2%</b>
<b>2019</b>	47.031.425	25.849.823	209.500.000	<b>22%</b>	<b>12%</b>
<b>Taxa crescimento</b>	<b>52%</b>	<b>893%</b>	<b>23,5%</b>		

Fonte: Adaptado de ANS (2020) e IBGE (2018)

Numa análise da carteira de beneficiários de acordo com a modalidade das operadoras, é possível notar na Tabela 3.2 que, com exceção da medicina de grupo, que cresceu 5%, todas as demais perderam beneficiários nos últimos cinco anos. Medicina de grupo e as cooperativas médicas concentram a maior parcela dos usuários de planos privados de saúde ao longo dos últimos anos. As Cooperativas Médicas, modalidade com a maior quantidade de beneficiários em 2014, teve redução no número de beneficiários no período, com perdas de 12% da carteira. A redução de beneficiários também está presente nas seguradoras, que perderam 21% da sua carteira, nas autogestões, que tiveram uma redução de 18% e as filantropias, com diminuição de 21% dos beneficiários entre 2014 e 2019.

Tabela 3.2 – Beneficiários por modalidade (2014- 2019) – em mil vidas

Competência	Total	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora Especializada em Saúde
dez/14	50.532	5.378	19.352	1.108	17.305	7.388
dez/15	49.282	5.279	18.873	1.084	17.193	6.852
dez/16	47.648	5.011	17.874	1.032	17.318	6.414
dez/17	47.109	4.829	17.507	975	17.751	6.046
dez/18	47.122	4.621	17.383	937	18.175	6.005
dez/19	47.038	4.387	17.268	902	18312	6.169

Fonte: Adaptado de ANS (2020)

As quatro maiores operadoras médico-hospitalares agregam 24% do total de beneficiários. Nas operadoras exclusivamente odontológicas o percentual de concentração é ainda mais elevado, e a maior empresa em termos de vida abrange 25% do mercado (ANS, 2020). Esses índices são indicativos de um setor que tende para monopolização, com grandes participantes.

A determinação do tamanho de uma operadora ocorre de acordo com o número de beneficiários ativos na base cadastral: pequeno porte (até 20.000 vidas); médio porte – entre 20.000 e 100.000 vidas; grande porte – acima de 100.000 vidas. A maior parte das operadoras de assistência médica ativa é de pequeno porte (58% do total), conforme pode ser observado na tabela 3.3:

Tabela 3.3 – Operadoras em atividade com beneficiários por porte e modalidade –2019

Modalidade	Total	Pequeno porte (Até 20.000)	Médio porte (20.000 a 100.000)	Grande porte (Acima de 100.000)
Autogestão	155	116	30	9
Cooperativa médica	281	130	117	34
Filantropia	39	26	11	2
Medicina de grupo	243	145	77	21
Seguradora especializada	9	3	2	4
<b>Total</b>	<b>727</b>	<b>420</b>	<b>237</b>	<b>70</b>

Fonte: ANS (2020)

Somente 70 operadoras ativas (10% do total) são de grande porte, e a cooperativas médica é a modalidade que concentra a maior quantidade de empresas desse tamanho; a maior parte das operadoras é de pequeno e médio porte. Das 5 maiores empresas do setor, em número de vidas, 3 pertencem a modalidade medicina de grupo, e 2 pertencem a Segurado.

O porte das operadoras está diretamente associado à receita per capita anual auferida. As seguradoras são as operadoras com maior receita per capita anual, seguidas pelas autogestões, conforme pode ser observado na tabela 3.4:

Tabela 3.4 – Receita per capita anual, em R\$, por modalidade (2010- 2019)

Competência	Total	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora Especializada em Saúde
2011	1.788,73	1.865,74	1.746,16	1.312,27	1.478,01	2.831,41
2012	1.942,23	2.026,74	1.892,82	1.467,44	1.651,20	2.861,61
2013	2.152,52	2.368,15	2.032,98	1.572,35	1.817,55	3.249,28
2014	2.450,35	2.745,87	2.267,26	1.765,17	2.012,27	3.843,72
2015	2.847,94	3.222,18	2.530,60	1.967,22	2.366,59	4.780,82
2016	3.326,61	3.866,05	2.991,67	2.229,81	2.764,80	5.532,13
2017	3.736,93	4.415,73	3.293,51	2.531,85	3.105,01	6.528,52
2018	4.076,01	4.910,61	3.633,28	2.769,98	3.350,79	7.114,04
2019	4.225,55	4.946,31	4.025,76	3.048,89	3.466,58	6.692,41

Fonte: Adaptado de ANS (2020)

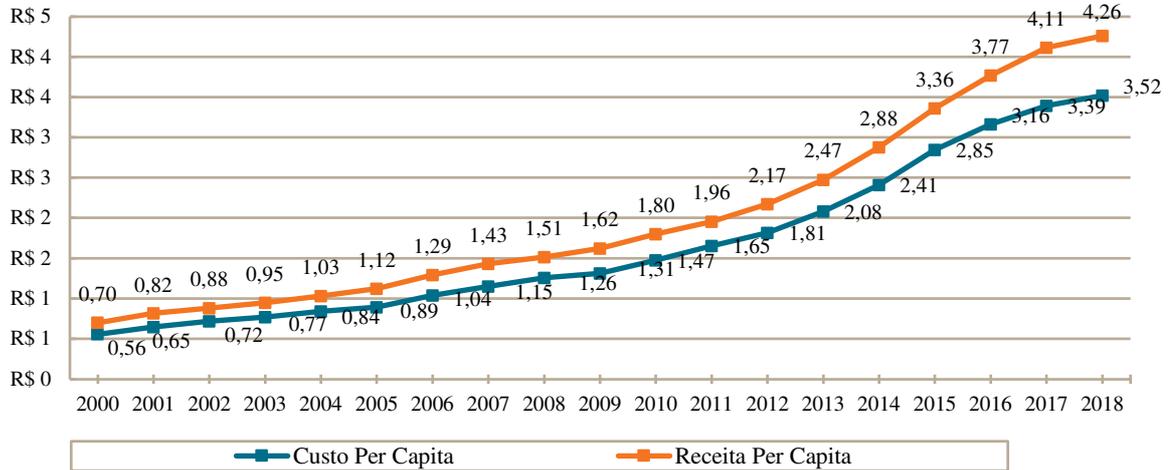
A modalidade filantropia é aquela com a menor receita per capita anual, pois as operadoras pertencentes a essa modalidade recebem repasses governamentais, que complementam a receita, e podem aplicar um ticket médio inferior aos clientes. Os atendimentos dessa modalidade, no entanto, são restritos, em geral envolvendo apenas internações hospitalares.

A elevação anual das receitas é determinada pelo número de vida dos contratos e o percentual de renegociação anual. Nos planos familiares ou individuais os reajustes são determinados pela ANS desde 2000, com a lei 9.961/2000. Os reajustes nos planos coletivos e/ou adesão, por outro lado, são estabelecidos conforme negociações entre operadoras e contratantes, com exceção dos planos com até 30 vidas, em que o aumento é livre, mas deve ser único a todos os contratos (AZEVEDO et al, 2016).

A receita per capita anual das operadoras cresceu 608%, de 2000 até 2019. O movimento de crescimento foi distinto do número de beneficiários, pois mesmos após 2014 podemos observar crescimento na curva de receita per capita, conforme pode ser visto na Figura 3.7. O crescimento da curva de receita foi acompanhado pela curva de custo assistencial. Os custos das operadoras médico-hospitalares também são ascendentes, e subiram 631% desde os anos 2000. Esse fator está associado a eventos como a ineficácia do controle das atividades para a redução de custos; a atuação da agência reguladora como garantidora de acesso a tratamentos experimentais; a alteração das tecnologias e o avanço nas pesquisas com fármacos; a falta de

competências técnicas por parte da gestão dessas empresas, nem sempre com formação adequada; além de erros de estratégias competitivas (PEDROSO; BATISTA, 2017).

Figura 3.7 – Receita x Custo per capita anual em R\$(000) - (2001-2019)



Fonte: Elaborado pela autora

A relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas) é denominada sinistralidade (ANS, 2018). Dessa relação, pode-se entender que quanto maior o índice (mais próximo de 1), há um maior comprometimento dos recursos da empresa com o custo efetivo da operação, e menores sobras para gastos administrativos e distribuição de lucros. A ANS (2018) recomenda que o índice seguro para as operadoras é até 75%; entre esse indicador, e 85%, as operadoras requerem atenção, e acima disso, podem sofrer sanções e intervenções. A evolução da sinistralidade total das operadoras é apresentada na Figura 3.8.

Figura 3.8 – Sinistralidade total das Operadoras Médicas (2001 - 2019)



Fonte: Elaborado pela autora

Desde a regulamentação, em 2000, é possível observar aumento na sinistralidade total das operadoras, sendo o ano de 2016 o ápice do sinistro registrado. A saúde suplementar como um todo sempre esteve acima do patamar de segurança de 75% de sinistro recomendado pela própria agência, e isso denota as dificuldades em administrar os custos.

Vale destacar que desde 2016 há uma tendência de queda na curva de crescimento da sinistralidade, o que pode indicar que após a percepção da crise econômica e os efeitos dessa no setor, com a queda no número de beneficiários, a alta administração das operadoras traçou estratégias de precificação e controle de gastos que impactaram na redução do risco (sinistro).

Conforme apresentado na tabela 3.5, as modalidades de cooperativa médica, autogestão, medicina de grupo e seguradora apresentam aumento anual de sinistralidade; somente a modalidade Filantropia apresentou discreta redução no período entre 2010 e 2019. Além da evolução da receita, da despesa e da sinistralidade, que são indicativos da situação econômico-financeira das operadoras, a ANS possui um conjunto de indicadores para sinalizar aos beneficiários o desempenho da saúde suplementar.

Tabela 3.5 – Sinistralidade anual, em %, por modalidade (2010- 2019)

Competência	Total	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora Especializada em Saúde
2010	81,2%	89,8%	80,7%	78,8%	78,6%	81,5%
2011	82,4%	91,9%	81,8%	80,0%	79,3%	83,1%
2012	85,0%	93,9%	82,6%	81,8%	81,3%	90,1%
2013	84,3%	92,9%	85,0%	81,8%	82,2%	81,5%
2014	85,0%	93,0%	84,4%	79,8%	81,9%	86,0%
2015	84,6%	95,8%	83,5%	77,0%	80,3%	86,3%
2016	85,6%	94,7%	84,7%	79,8%	81,5%	87,8%
2017	84,7%	94,5%	83,7%	77,8%	80,4%	87,2%
2018	83,2%	93,1%	82,1%	76,1%	79,7%	85,0%
2019	83,3%	88,6%	83,0%	76,6%	81,2%	84,7%

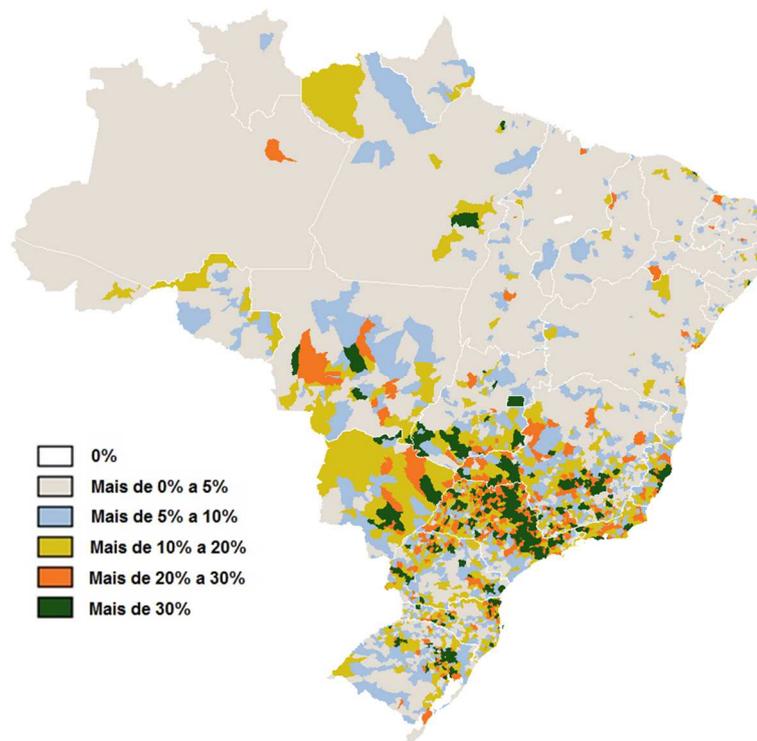
Fonte: Adaptado de ANS (2018)

A análise geral das operadoras de planos de saúde, sem distinção regional ou estadual, pode esconder situações extremas entre operadoras de diferentes regiões. A região Sudeste concentra 65% das vidas cobertas nos planos médico-hospitalares<sup>5</sup>, e o Estado de São Paulo, sozinho, abrange mais da metade dessas vidas<sup>6</sup>. A taxa de cobertura das operadoras, por região, é apresentada na figura 3.9:

<sup>5</sup> A região totaliza 30.520.531 vidas.

<sup>6</sup> O Estado concentra 18.261.835 vidas.

Figura 3.9 – Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por municípios



Fonte: ANS (2020)

A saúde suplementar, assim como outras atividades produtivas, tende a se concentrar nas regiões economicamente desenvolvidas, como o Sul, o Sudeste e o Centro Oeste. A taxa de cobertura de planos privados, que aponta o percentual da população total de uma região que possui plano de saúde, é superior a 37% nos Estados do Sudeste; nas regiões Norte e Nordeste, a taxa de cobertura privada é escassa, e está concentrada na capital dos Estados.

Diversas operadoras adotaram ao longo do período envolvido no estudo, mas em especial após 2017, o *disclosure*, que é o ato de divulgação de informações quantitativas e qualitativas, preferencialmente de maneira formal, para auxiliar os usuários quanto às oportunidades e aos riscos referentes às empresas, de forma a torná-la transparente. O relatório utilizado para o *disclosure* no Brasil é o de sustentabilidade, que abrange divulgação de informações referentes ao desempenho social, ambiental e econômico da empresa. Entre as OPS, há uma tendência de adoção do relatório com a metodologia da *Global Reporting Initiative*, o GRI (MACHADO JÚNIOR; CÉSAR; SOUZA, 2017).

O estudo multicaso, que será apresentado nos próximos capítulos, utilizará informações referentes ao desempenho econômico-financeiro, o IDSS, o balanço social e o GRI para analisar indicativos da estratégia de operações das empresas selecionadas.

### **3.4 Considerações do capítulo**

Compreender o setor de saúde suplementar vai além de conhecer as operadoras, os beneficiários, a rede disponível de prestadores e ainda a influência dos concorrentes. É necessário relacionar a forma como essas variáveis atuam, conjuntamente, no mercado, para definir a estratégia das modalidades atuantes no setor e as dificuldades de alinhamento com as prioridades.

A concentração de empresas permite inferir que o mercado de saúde é oligopolizado, com a predominância de monopólios em algumas regiões. As exigências financeiras impostas pela ANS são restrições à entrada de novas empresas. O tamanho de algumas organizações (em especial, as 10 maiores do mercado), dá-lhes maior poder de negociação com fornecedores e clientes, ao ponto de restringir profundamente o poder de barganha das OPE de médio e pequeno porte.

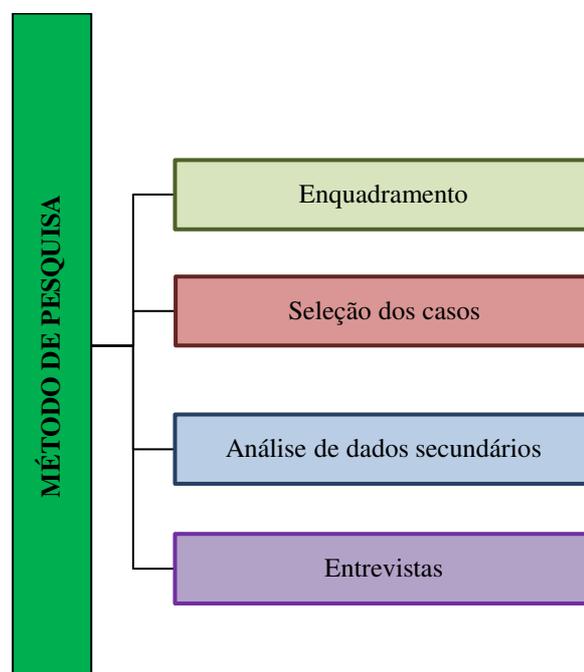
Após a discussão teórica da estratégia de operações e seu desdobramento em saúde, e da apresentação da Saúde Suplementar e seu contexto, é possível a apresentação do método de pesquisa do trabalho, que ocorrerá no próximo capítulo.

## 4. MÉTODO DE PESQUISA

Nos capítulos anteriores a literatura sobre estratégia de operações foi discutida. Foram discutidos possíveis impactos nas estratégias de operações quando são adotadas diferentes estratégias competitivas genéricas, e foi apresentada uma análise da configuração da saúde suplementar no Brasil, setor em que as empresas a serem examinadas atuam.

A dinâmica de estratégias competitivas e estratégias de operações nos últimos anos tem características peculiares no setor de saúde suplementar, com mudanças no funcionamento das operadoras, tanto pelo impacto da criação da ANS quanto pelas modificações econômicas no mercado. Para elaboração deste estudo procurou-se desenhar uma forma de conduzir a pesquisa em termos de seleção da fonte de dados, levantamentos de dados, análise dos dados e verificação de resultados. A estrutura do método de pesquisa adotado é apresentada na figura 4.1:

Figura 4.1 – Estrutura do capítulo 4



Fonte: Elaborado pela Autora

O trabalho é um estudo multicase fundamentado em fontes secundárias. O intuito inicial dessa tese era a adoção de um *survey* no setor para obtenção de dados para análise. Porém, no teste piloto do trabalho, realizado para validar o entendimento para preenchimento do questionário, foi possível notar que havia uma tendência de as empresas assinalarem sempre a

qualidade e o atendimento como prioridades competitivas das operações, independentemente se as operações estavam efetivamente voltadas ou não para essas práticas. Numa entrevista semiestruturada, também piloto, com gerentes de operadoras, foi possível ainda notar que as respostas foram direcionadas para conceitos socialmente aceitos e esperados, como preocupações com o meio ambiente, saúde dos beneficiários, qualidade e atendimento diferenciado, mais do que efetivamente nas questões em si da estratégia de operações praticadas.

Por conta das fragilidades observadas na adoção de questionários como fonte de informações para obtenção da resposta da pesquisa, a opção do pesquisador foi a análise de dados secundários, com foco em bases consolidadas e informações divulgadas e auditadas, para responder à pergunta sobre as estratégias de operações adotadas pelas 5 maiores operadoras de planos de saúde de grande porte do Brasil. Para atenuar as limitações advindas das informações de fontes secundárias, foram realizadas entrevistas com 6 especialistas no mercado de saúde suplementar, e no capítulo de estudo dos casos, serão usados os resultados das reuniões para fortalecer ou não as análises, que poderão confirmar ou negar os apontamentos dos dados secundários. Neste capítulo de método de pesquisa são apresentados os passos adotados na execução da investigação sobre as estratégias de operações em saúde.

#### **4.1 Enquadramento metodológico**

A adoção de um critério metodológico é fundamental para a construção de um trabalho acadêmico consistente. A descrição detalhada dos caminhos da pesquisa garante um embasamento científico, em função das características do assunto abordado e do direcionamento das perguntas a serem respondidas, de tal forma que a pesquisa seja relatada com abordagem, método e condução. O detalhamento metodológico tem como função apresentar a estrutura à forma como o trabalho será conduzido, procurando garantir fidedignidade às análises realizadas (MIGUEL, 2007).

A pesquisa exploratória avalia como as teorias e conceitos existentes podem ser aplicados num determinado problema, e se demanda a construção de novas teorias e conceitos. Pode se partir de fontes secundárias de dados, experiências e observação formal e informal. É uma pesquisa que procura padrões, ideias ou hipóteses, e cujas técnicas usualmente utilizadas são estudos de caso, observações ou análises históricas, que resultam em dados qualitativos ou quantitativos (GIL,2008).

De acordo com Voss et al (2002), há quatro propósitos para utilização do estudo de caso: i) exploração – desenvolvimento de novas ideias e questionamentos; ii) construção de teoria – definição de termos, conceitos e relações; iii) teste da teoria – uso conjunto com survey; iv) refinamento da teoria – validação de resultados empíricos, quando associados a outros métodos de pesquisa.

Deve haver critérios claros e objetivos para a escolha de um estudo de caso (YIN, 2015). Inicialmente, é importante definir o caso ou a unidade de análise que se pretende estudar. Essa escolha deve ser apoiada nas perguntas da pesquisa e na literatura levantada preliminarmente, organizando o estudo de caso. Em seguida, se deve definir se o estudo envolverá um único caso ou múltiplos casos, considerando-se a possibilidade que contemplem subcasos. Por fim, o é necessário que se defina como o desenvolvimento teórico auxiliará na seleção do caso ou dos casos, gerando um protocolo para recolha de dados e as estratégias iniciais de análise de dados.

O estudo de casos múltiplos exige que o pesquisador tenha acesso a dados das empresas – quando a unidade de análise é a empresa (documentos, observações ou entrevistas), o que permitirá a consolidação de informações e fatos para a compreensão do contexto e dos resultados. Estudos de caso em geral, utilizam metodologias com base em premissas do realismo crítico (EISENHARDT, 1989). Entre os critérios de seleção de um estudo de caso, é possível se considerar o porte e a relevância de uma empresa, origem, estruturação da organização formal, e facilidade de acesso do pesquisador a fontes de interface na empresa (SAUNDERS; LEWIS; THORNHILL, 2019).

As fontes de evidência utilizadas com maior frequência em estudos de caso são: dados institucionais publicados na internet; documentação interna da instituição; entrevistas; observações diretas; visita de campo; observação participante; artefatos físicos, filmes, fotografias, vídeos e testes psicológicos (YIN, 2015). A vantagem do uso de fontes múltiplas de evidência está na possível convergência dos aspectos analisados, o que cria um processo de triangulação que pode ampliar a validação do estudo de caso. A triangulação é um processo em que se utiliza diferentes métodos de coleta de dados ou instrumentos de pesquisa, possibilitando uma descrição holística do fenômeno, auxiliando na compreensão, ampliando as chances de revelar características adicionais quando comparada à aplicação de um único método. A triangulação proporciona maior confiabilidade, validade e consistência, contudo, sua aplicação não é trivial e demanda mais trabalho do pesquisador (SANTOS, 2000).

Esse trabalho se enquadra como pesquisa exploratória, uma vez que aborda um tema com limitados conteúdos averiguados em estudos no Brasil, na área de operações, as estratégias das operadoras de planos de saúde, e o método utilizado para a pesquisa foi o estudo de caso.

Yin (2015) destaca que a escolha das perguntas a serem respondidas é a condição mais importante que embasa o método de pesquisa. O contexto econômico, histórico e social foram aspectos relevantes para a compreensão do ambiente no qual cada empresa está inserida, e auxiliaram na resposta à pergunta desse trabalho, “quais são as estratégias de operações adotadas pelas 5 maiores empresas do setor de saúde suplementar, por modalidade?”.

A finalidade desta pesquisa foi explorar as estratégias de operações em serviços de saúde. Esse processo envolveu o levantamento de dados primários com agentes diretos e indiretos do setor, para compreensão e contextualização das expectativas do mercado de saúde suplementar, indícios de possíveis problemas de operações com base nos demonstrativos e ações da ANS, percepções sobre as estratégias competitivas declaradas e as ações publicadas no *Global Reporting Initiative* (GRI). Os dados primários direcionaram a busca pelas evidências nas fontes secundárias, que permitiram a realização de estudos de caso.

A opção pelo estudo multicaso se deu com o intuito de comparar estratégias entre operadoras de grande porte de modalidades distintas no setor de saúde. Se assume que mesmo operadoras que atuem na mesma modalidade possuam estratégias distintas, e que operadoras de pequeno e médio porte poderão apresentar distintas estratégias.

No trabalho foram utilizadas informações oriundas de fontes secundárias, com a análise de documentos, publicações e base histórica da ANS, além de dados apresentados no site das próprias empresas (internet), o que permitiu a obtenção de informações sobre as estratégias das operadoras. A descrição das características metodológicas do trabalho, demonstrado no quadro 4.1, indica e justifica as escolhas, conforme as expectativas do pesquisador e as possibilidades comumente consideradas na pesquisa qualitativa na engenharia de produção:

Quadro 4.1 – Recorte metodológico

<b>Abordagem da pesquisa</b>	Qualitativa
<b>Método de pesquisa</b>	Estudo multicaso
<b>Objetivos da pesquisa</b>	Identificar estratégias de operações adotadas: prioridades competitivas e impactos nas áreas de decisões estruturais e infraestruturais
<b>Unidades de análise</b>	5 operadoras de planos de saúde de grande porte
<b>Fonte de dados</b>	Primários: entrevistas com consultores que atuam nas empresas do setor e para a agência reguladora Secundários: Agência Nacional de Saúde (ANS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); site empresa; relatório de gestão; balanços publicados, <i>Global Reporting Initiative</i> (GRI)
<b>Crítérios para seleção do caso</b>	Número de vidas em sua responsabilidade, faturamento total (base 2019) acima de R\$ 1bilhão, atuação num conjunto diversificado de atividades médico-hospitalares
<b>Lacunas teóricas tratadas</b>	Estratégia de Operações em Operadoras de Plano de Saúde

Fonte: Elaborado pela Autora

Apesar dos inúmeros trabalhos desenvolvidos sobre estratégia de operações, pouco se sabe a respeito desse conceito em saúde suplementar, ou do próprio contexto brasileiro, o que torna essa pesquisa relevante do ponto de vista acadêmico e do setor.

Com a realização de uma revisão de literatura sobre o tema, a apresentação das principais características econômicas e de mercado do setor e a definição de um recorte metodológico desta pesquisa cabe detalhar as etapas de levantamento e análise dos dados. A construção do estudo de casos múltiplos está detalhada nas próximas subseções.

#### **4.2 Seleção dos casos estudados**

A contextualização do setor de saúde suplementar, com informações gerais sobre a relevância, abrangência, tamanho, receita e despesas gerados foi apresentada no capítulo 3 do trabalho e fornece o contexto geral escopo para os estudos de caso. Para a seleção dos casos deste estudo foram considerados os critérios apontados por Saunders, Lewis e Thornhill (2019), adaptados no contexto da saúde suplementar, como sendo: número de beneficiários, relevância econômica na região de atuação, porte, abrangência de atendimento, modalidade pertencente e permissão de comercialização de planos por parte do órgão regulamentador da saúde suplementar no Brasil, no caso a ANS.

O conceito de porte das operadoras adotado para esse trabalho é a classificação definida pela ANS, e apresentada no capítulo 3: pequeno porte, operadoras com até 20.000 vidas; médio porte, operadoras que possuem entre 20.000 e 100.000 vidas; e grande porte, as operadoras acima de 100.000 vidas. As operadoras do estudo:

- i) são operadoras de planos de saúde médico-hospitalares; o estudo não aborda operadoras exclusivamente odontológicas;
- ii) possuíam carteira de usuários superior a 500.000 vidas em 2019, ou seja, todas as empresas eram, no momento da pesquisa, de grande porte (relevantes no setor);
- iii) eram representativas financeiramente na modalidade a que pertencem, com receita anual, em 2019, acima de R\$1 bilhão;
- iv) concentravam um conjunto diversificado de atividades (médica, hospitalar, ambulatorial, laboratorial, imagem, clínica etc.).

A identificação das operadoras que atendem aos critérios estabelecidos ocorreu mediante dados da ANS, referentes ao período de 2019. No aplicativo *Tabnet*<sup>7</sup>, se buscou o número de beneficiários em dezembro/2019, de todas as operadoras médico-hospitalares, com

---

<sup>7</sup> <http://www.ans.gov.br/anstabnet/index.htm>

cadastro ativo, por modalidade. Os filtros utilizados na pesquisa e a plataforma são apresentados na figura 4.2:

Figura 4.2 – Seleção de campos para pesquisa - Aplicativo ANS *Tabnet*

**Atenção:** Os dados do Tabnet têm carga trimestral. Números de beneficiários com carga mensal podem ser consultados na **Sala de Situação**.

**Beneficiários por Operadora**

Linha

Competência  
Operadora  
Modalidade  
Tipo de contratação

Coluna

Não ativa  
Competência  
Modalidade  
Tipo de contratação

Conteúdo

Benef. Asst. Médica  
Benef. Excl. Odont.

**Períodos Disponíveis**

Jun/2020  
Mar/2020  
Dez/2019  
Set/2019  
Jun/2019

Fonte: ANS (2020)

O aplicativo, que funciona de maneira online, retornou uma listagem que contém, na primeira coluna, o código ANS e nome fantasia da operadora, e o número de beneficiários na coluna da modalidade, conforme figura 4.3. Os dados gerados no *Tabnet* foram exportados e tabulados no software MS-Excel. A partir da análise dos dados, foram identificadas as 5 maiores empresas, por número de vidas, de cada modalidade, num conjunto total de 25 empresas.

Figura 4.3 – Seleção de campos para pesquisa - Aplicativo ANS *Tabnet*

**Beneficiários por Operadora**

Benef. Asst. Médica por Modalidade segundo Operadora  
Período: Dez/2019

Operadora	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora Especializada em Saúde	Total
TOTAL	4.451.325	17.211.994	881.536	18.360.412	6.134.879	47.040.146
005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	0	0	0	0	3.354.555	3.354.555
326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	0	0	0	3.097.537	0	3.097.537
359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	0	0	0	2.452.211	0	2.452.211
368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0	0	0	2.447.759	0	2.447.759
006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	0	0	0	0	1.854.885	1.854.885

Fonte: ANS (2020)

Em seguida, foram levantadas, a receita e a despesa assistencial (base ano calendário 2019), de todas as operadoras médico-hospitalares ativas, por modalidade, no aplicativo *Tabnet*, conforme figura 4.4, buscando-se identificar a representatividade financeira na modalidade. Os dados gerados no *Tabnet* foram exportados e tabulados em MS-Excel, e alinhados com o número de beneficiários.

Figura 4.4 – Consulta receita x despesas - Aplicativo ANS Tabnet

Fonte: ANS (2020)

A ideia inicial do estudo era trabalhar com as 5 maiores empresas, em termos de número de beneficiários e receita, em 2019, das 5 modalidades distintas referentes às operadoras médico-hospitalares, ou seja, autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina em grupo e seguradora. Porém, na averiguação do número de beneficiários, foi identificado que, entre 2011 e 2019, não havia nenhuma operadora na modalidade filantrópica com número de beneficiários superior a 162 mil vidas, de forma que nenhuma empresa nessa modalidade atingiu o requisito de carteira de beneficiários acima de 500 mil vidas. Além disso, em termos de faturamento anual, nenhuma OPS da modalidade filantropia apresentou receita superior a R\$500 milhões. Como no histórico de dados adotado, as operadoras filantrópicas não ultrapassaram a barreira de 500 mil vidas, e nem de receita superior a R\$500 milhões, não há empresas dessa categoria no presente estudo.

Assim, foram selecionadas 5 empresas para o estudo, denominadas no trabalho como “A”, “B”, “C”, “D” e “E”, excluindo-se operadoras da modalidade filantropia. As operadoras “A” e “B” pertencem à modalidade medicina em grupo; a empresa “C” corresponde a uma seguradora; a empresa “D” é uma cooperativa médica, enquanto a empresa “E” é uma empresa de autogestão. Os dados institucionais foram consultados diretamente nos sites das empresas, e permitiram identificar para cada empresa: o tempo de existência no mercado, a identidade organizacional, o mapa estratégico, o propósito declarado, o número de funcionários, e a estrutura da organização. Os dados gerais dos casos são apresentados no Quadro 4.2.

Quadro 4.2 – Empresas no estudo de casos múltiplos

<b>Características/ Empresa</b>	<b>Empresa “A”</b>	<b>Empresa “B”</b>	<b>Empresa “C”</b>	<b>Empresa “D”</b>	<b>Empresa “E”</b>
Modalidade	Medicina de grupo	Medicina de grupo	Seguradora	Cooperativa	Autogestão
Nº de vidas	2.447.103	3.098.810	3.399.767	1.266.123	655.813
Porte	Grande	Grande	Grande	Grande	Grande
Área de Atuação (Abrangência)	Regiões Norte e Nordeste e Sudeste	Regiões Sudeste, especialmente São Paulo e Rio de Janeiro	Nacional, maior concentração no Sudeste	Regional, mas urgências em território nacional	Nacional, maior concentração no Sudeste
Estrutura	Verticalizada – possui 76 clínicas, 84 centros ambulatoriais/exames/imagens, 20 prontos socorros e 26 hospitais próprios.	Horizontalizada – trabalha em parceria com ampla gama de laboratórios, clínicas e hospitais. Estuda hospital próprio.	Totalmente horizontalizada - trabalha em parceria com ampla gama de laboratórios, clínicas e hospitais	Mista: 115 hospitais próprios, 2506 hospitais credenciados, 115 mil médicos cooperados	Totalmente horizontalizada - trabalha em parceria com ampla gama de laboratórios, clínicas e hospitais
Oferta ao cliente	Requisitos mínimos exigidos pela ANS	Oferta serviços além dos exigidos pela ANS/Clientes; adota modelos de prevenção a doenças.	Oferta de serviços além dos exigidos pela ANS	Oferta de serviços além dos exigidos pela ANS	Oferta de serviços além dos exigidos pela ANS
Escolha do cliente	Cliente é atendido pelo profissional/clínica indicados pela Operadora.	Cliente tem livre escolha do prestador que realizará a consulta ou procedimento (em grupo de atendimento da Operadora)	Cliente tem livre escolha do prestador a ser contratado; caso não tenha convênio direto com a Operadora, o cliente é reembolsado.	Cliente tem livre escolha do prestador que realizará a consulta ou procedimento (em grupo de atendimento da Operadora)	Cliente é atendido pelo profissional/clínica credenciados pela Operadora.
Propósito	Ser reconhecido como solução diferenciada e moderna em saúde, assegurando excelência no atendimento e preço competitivo.	Ajudar as pessoas a viver de forma mais saudável	Rede ampla e atendimento diferenciado	Valorização do trabalho para o médico cooperado, com prática de medicina humana	Assegurar ações efetivas de atenção à saúde, para uma vida melhor dos participantes

Fonte: Elaborado pela Autora

A seleção das empresas seguiu um critério de importância de cada uma dessas empresas para com o sistema de saúde privada no país. A maior empresa da medicina em grupo no país,

em termos da quantidade de beneficiários e receita anual, é a empresa “B”. Por outro lado, a empresa “A” passou por uma série de quatro fusões ao longo de 2019, que serão tratadas no capítulo 5, e, embora os dados da ANS estejam separados na base de dados 2019 para cada OPS da fusão, após o processo ser efetivamente aprovado pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), a empresa “A” será a maior da modalidade medicina em grupo. Por esse motivo também foi incluída nesta pesquisa, que conta com 2 operadoras de medicina em grupo.

A análise de dados secundários, cuja estrutura será apresentada na próxima seção, deverá levar em conta informações advindas de fontes como mapas estratégicos, identidades organizacionais, GRI e o próprio IDSS da ANS para identificação da estratégia de operações, e do alinhamento dessa com a estratégia competitiva declarada.

### **4.3 Dados secundários para responder à pergunta da pesquisa**

As pesquisas em dados secundários podem ser realizadas em fontes documentais, nas quais o pesquisador coleta dados já levantados em outras pesquisas, processos de análise e base de dados. Corresponde a um tipo de pesquisa realizada a partir de dados já validados e utilizados anteriormente, que foram documentados por outro indivíduo ou organização governamental, tais como o IBGE ou a ANS; dados secundários são obtidos de maneira mais rápida e a um menor custo, pois já estão prontos (CUNHA, 2020). Entre as fragilidades de pesquisas com dados secundários está o fato desse tipo de fonte em muitos casos não apresentar atualização periódica, prejudicando a investigação (GIL, 2008).

Gil (2008) sugere seis aspectos de observação numa pesquisa com dados secundários: i) atos – ações ocorridas numa dada situação; ii) atividades – ações de maior duração (dias, semanas ou meses), que podem constituir fatores importantes do envolvimento das pessoas; iii) significados – produtos verbais e não verbais que apresentam a capacidade de definir ou direcionarem as ações organizacionais; iv) participação – se trata de envolvimento global ou ainda adaptação a uma situação ou posição que está sendo estudada ou desenvolvida; v) relacionamentos – relações entre diversas pessoas que ocorrem simultaneamente; vi) situações – compreende a completa situação concebida dentro do estudo como unidade de análise.

A opção do pesquisador foi pela adoção do modelo de análise derivado da proposta de Porter (2004), referentes a estratégia competitiva genérica; a avaliação das prioridades competitivas da operação foi baseada em trabalhos sobre serviços que abordam essa temática, como Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011), Corrêa e Caon (2002) e Teixeira (2014), e análise de investimentos nas áreas de decisão estruturais na obra de Hayes et al (2008). A obtenção dos

dados secundários se mostra possível devido ao acesso do pesquisador em bases de dados do segmento de saúde. Nesse trabalho foram utilizados dados secundários, extraídos de dados estatísticos primários da ANS, da ferramenta *Tabnet*, indicadores do IDSS, relatório de gestão das empresas, relatório GRI, publicações em periódicos e portais de negócios, mapa estratégico e identidade organizacional divulgados, para um entendimento inicial sobre a dinâmica e funcionamento do segmento de saúde no Brasil:

- i) Relatório de Gestão Anual e Relatório de demonstrações contábeis – divulgados nos sites das empresas do estudo, permitiram acesso a apuração de resultados contábeis e financeiros, e passivos com a ANS;
- ii) Relatório de sustentabilidade (ou GRI) – divulgados nos sites das empresas do estudo, permitiram acesso a identidade organizacional, ao mapa estratégico, organograma, número de funcionários por sexo, cor e idade, rotatividade dos funcionários, participação de mulheres na direção institucional, benefícios oferecidos aos funcionários, investimentos em novas tecnologias, adesão a plataformas e aplicativos digitais, ações de sustentabilidade relacionadas à população geral;
- iii) *Tabnet* da ANS – ferramenta acessada a partir do site da ANS, permite o levantamento histórico de dados periódicos desde a criação da ANS, sobre número de beneficiários, receita, despesas, quantidade de operadoras ativas, quantidade de operadoras que deixaram o mercado, quantidade de operadoras por modalidade, quantidade de operadoras por porte, quantidade de operadoras por região e município;
- iv) IDSS – índice de desempenho da saúde suplementar, publicado e disponibilizado pela ANS no site da organização, permite a consulta anual por operadora e por dimensão (IDGA, IDQS, IDGR, IDSM), e apresenta notas técnicas relacionadas às variações nas notas, por operadora.

Todos os resultados advindos dessa análise partem de inferência das informações obtidas através do protocolo estabelecido.

No quadro 4.3 é apresentado o protocolo desenhado para resposta à pergunta da pesquisa, sobre quais as estratégias de operações adotadas pelas 5 maiores empresas do setor de saúde suplementar, por modalidade. Para isso, é também preciso: identificar, nas operadoras do estudo, se a estratégia competitiva genérica é custo, diferenciação ou foco, e verificar se a estratégia de operações das operadoras do estudo está relacionada com a estratégia competitiva. Essa análise é complementada por meio do uso das dimensões do BSC para definição além das

estratégias genéricas, e mensuração do alinhamento das operações com o posicionamento de mercado.

Quadro 4.3– Protocolo para resposta às perguntas da pesquisa

Característica	Definição	Referências	Definição operacional
Estratégia Competitiva	Se refere à forma como as organizações sobrevivem ao ambiente em que estão inseridas, com foco em vantagens para competir no mercado em que atuam.	PORTER, 2004	Qual a estratégia competitiva da empresa, custo, diferenciação ou foco?
Prioridades competitivas de produção	Ao invés de trabalhar com prioridades conflitantes, os <i>trade-offs</i> dão lugar a ideia que uma prioridade serve como base para a prioridade seguinte, reforçando as prioridades competitivas mutuamente.	HAYES; PISANO, 1996	Quais as prioridades competitivas mais importantes para a empresa, na perspectiva das informações coletadas e impressões inferidas
Decisões estruturais	As decisões nas áreas estruturais estão associadas ao ambiente físico de uma empresa, investimentos de longo prazo e necessidade de alto capital.	HAYES et al, 2008	Quais foram os investimentos nas áreas de decisão estrutural?
Decisões infraestruturais	As decisões nas áreas infraestruturais estão ligadas a políticas e práticas operacionais da empresa, e envolvem investimentos de curto, médio e longo prazo.	HAYES et al, 2008	Quais foram os investimentos nas áreas de decisão infraestrutural?
Estratégia de operações	A estratégia de operações em serviços requer uma abordagem específica, que não seja um mero desdobramento da manufatura, pois esta última não traduz a realidade das organizações que compõem o setor de saúde no Brasil	SANTOS; VARVAKIS; GOHR 2004.	Quais são os fatores nas prioridades competitivas, decisões estruturais e infraestruturais que sinalizam as estratégias de operações das operadoras?

Fonte: Elaborado pela Autora

De acordo com Mintzberg et al (2006), a verificação do alinhamento entre as operações do ambiente interno e as estratégias e recursos externos é relevante nos processos e resultados; assim, a expectativa é que quanto maior o alinhamento, melhor tende a ser o resultado obtido, e quanto menor o alinhamento, mais comprometido o resultado. A expectativa é que a análise demonstre se há ou não alinhamento entre as prioridades competitivas das operações, as áreas de decisões estruturais e infraestruturais e as estratégias competitivas. Os dados secundários e os critérios adotados para avaliação da estratégia competitiva e da estratégia de operações do trabalho estão descritos nas próximas subseções.

#### 4.3.1 Análise da Estratégia Competitiva

Nas análises feitas neste trabalho considera-se o conceito de Porter (2004) para caracterizar e descrever as estratégias competitivas adotadas. O objetivo foi identificar em cada empresa estudada qual das três estratégias genéricas é utilizada para criar vantagem competitiva: liderança em custo total – controle de custos e despesas, uso de economias de

escala, padronização; diferenciação – criação de um produto ou serviço único e customizado, sem similares no mercado em que compete, e para os quais a redução de custos não caracteriza o alvo principal; foco – visa atender determinada parcela ou segmento do mercado, de forma mais efetiva e eficiente que os concorrentes, e pode ou não ser uma estratégia competitiva de transição.

A estratégia competitiva é formada por um conjunto de decisões, e entre elas passa a definição da identidade organizacional, que reúne o conjunto de ideias que os dirigentes de uma empresa consideram principais em sua atuação e que devem nortear o comportamento de todos os envolvidos com a organização. A partir da identidade organizacional, as instituições definem o mapa estratégico, que busca apontar macro ações para as dimensões financeira, clientes e mercado, processos internos, e aprendizado e crescimento. A análise das estratégias competitivas começou com a averiguação das decisões do planejamento estratégico, divulgadas através da identidade organizacional e do mapa estratégico; para cada estratégia genérica se buscou nessas duas fontes de dados termos relacionados, conforme o Quadro 4.4.

Quadro 4.4– Expressões de relevância para classificação das estratégias competitivas

<b>Estratégias Genéricas</b>	<b>Termos Relacionados</b>
<b>Custo</b>	Custo baixo; acesso em preço; preço competitivo; eficiência em custo; controle de custo
<b>Diferenciação</b>	Qualidade; customização e personalização acesso; experiência do paciente; atendimento; melhor lugar para o paciente
<b>Foco</b>	Preço e qualidade; personalização; atendimento local diferenciado; performance

Fonte: Elaborado pela Autora

Empresas cuja estratégia competitiva seja custo deverão ter no mapa estratégico e na identidade organizacional referências a preço competitivo, controle de custos, foco em eficiência e controle de sinistralidade. As empresas que atuam na estratégia competitiva em diferenciação tendem a remeter na identidade organizacional a valores como qualidade, customização, personalização, acesso, ser reconhecido como o melhor local. Já as empresas com estratégia competitiva em foco, tratam em geral, de questões locais na identidade organizacional como ser a melhor da região, oferecer preços competitivos com qualidade em determinados segmentos.

Após a verificação sobre indícios dos tipos de estratégias competitivas genéricas ligadas à divulgação do planejamento estratégico, foram adaptados para a máscara do trabalho os mapas estratégicos publicados pelas empresas, e aquelas que não tinham o mapa desenhado, somente descrito, utilizou-se os dados para montar, para cada empresa do estudo, uma análise das

dimensões financeira, clientes, processos internos, aprendizado e crescimento, num modelo baseado no BSC, para verificar indícios da estratégia competitiva nessas dimensões. As perguntas direcionadoras, e os indicadores utilizados para cada dimensão estão apresentados no Quadro 4.5:

Quadro 4.5– Quatro perspectivas de mensuração do BSC

<b>Dimensão</b>	<b>Perguntas direcionadoras</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Financeiro</b>	Qual desempenho da dimensão financeira?	Sinistralidade Resultado Operacional Positivo
<b>Clientes</b>	Há ações para fidelização dos consumidores?	Taxa de Reclamações Número de beneficiários Taxa de crescimento da carteira
<b>Processos Internos</b>	Quais processos sobressaem no atendimento aos clientes e objetivos operacionais?	Transparência em relatórios GRI
<b>Aprendizado e Crescimento</b>	Quais capacidades dos colaboradores, sistemas de informação e estrutura organizacional?	IDSS GRI Relatório de Sustentabilidade

Fonte: Elaborado pela Autora

Para a análise da dimensão financeira do BSC, os indicadores adotados no estudo foram a sinistralidade e o resultado operacional. De acordo com as regras da ANS, indicadas no capítulo 3, a sinistralidade segura para as operadoras é até 75%; entre 75% e 85%, as operadoras são objetos de alguma atenção, e acima de 85% a sinistralidade é considerada alta, e as operadoras podem sofrer sanções e intervenções. A meta é que todas as empresas sejam lucrativas, porém, no caso das cooperativas médicas, é possível também que o resultado operacional seja zero, pois o princípio do negócio prevê a possibilidade de distribuição total de sobras.

Na análise da dimensão clientes, foram adotados os dados de beneficiários, por operadora, por ano, desde 2011. A evolução no número de beneficiários, bem como da taxa de crescimento, permite analisar o comportamento das empresas ao longo dos anos, e possibilita uma comparação da trajetória da empresa com o setor de saúde suplementar no período. A taxa de reclamações dos beneficiários também foi utilizada para a análise dessa dimensão, uma vez que sua variação pode indicar a percepção dos clientes sobre o serviço.

Na dimensão processos internos do BSC, espera-se que todas as empresas, independente da estratégia, publiquem anualmente o demonstrativo de resultados e balanço patrimonial. A análise das informações postadas no relatório *Global Reporting Initiative* (GRI), ferramenta de comunicação do desempenho social, ambiental e econômico das organizações, também foi usada para verificação da estratégia; empresas que publicam o GRI estão em transição ou já aderem ao processo de transparência de dados, que resulta do conjunto de mecanismos, ações

e sistemas pelos quais a empresa divulga suas ações, de modo que os *stakeholders* envolvidos possam acompanhar a coerência no direcionamento das ações das empresas envolvidas.

Para a análise da dimensão aprendizado e crescimento, o IDSS foi usado como principal indicador da pesquisa para balizar a estratégia competitiva, e o alinhamento com as prioridades competitivas, análises das áreas de decisões estruturais e infraestruturais. De acordo com a definição da ANS, apresentada no capítulo 3, quanto maior a pontuação do IDSS, melhor a estrutura, garantias financeiras, qualidade e satisfação dos clientes. O IDSS é classificado em 5 faixas: 0,00 a 0,19 – operadoras sem estrutura; 0,20 a 0,39 – operadoras em situação precária em pelo menos 3 dimensões; 0,40 a 0,59 – operadoras medianas; 0,60 a 0,79 – operadoras com estrutura equilibrada, mas necessitam melhorias em alguma das dimensões; 0,80 a 1,00 – operadoras com estrutura operacional e financeira que garantem permanência no mercado e satisfação dos usuários.

Quadro 4.6 – Dimensões do BSC nas estratégias competitivas genéricas

<b>Estratégias Genéricas</b>	<b>Financeiro</b>	<b>Clientes</b>	<b>Processos Internos</b>	<b>Aprendizado e Crescimento</b>
<b>Custos</b>	Sinistralidade abaixo de 75%;	Taxa de Reclamações em crescimento	Transparência em relatórios	IDSS abaixo de 0,8
	Resultado Operacional Positivo	Número de beneficiários em crescimento	GRI não obrigatório	GRI – não obrigatório
		Taxa de crescimento da carteira em crescimento	Demonstrativo - obrigatório	Relatório de Sustentabilidade – não obrigatório
<b>Diferenciação</b>	Sinistralidade acima de 80%	Taxa de Reclamações estável	Transparência em relatórios	IDSS perto de 1,0
	Resultado Operacional Positivo	Número de beneficiários estável	GRI obrigatório	GRI – obrigatório
		Taxa de crescimento da carteira estável	Demonstrativo - obrigatório	Relatório de Sustentabilidade – obrigatório
<b>Foco</b>	Sinistralidade entre 75% e 80%;	Taxa de Reclamações estável	Transparência em relatórios	IDSS acima de 0,8
	Resultado Operacional Positivo	Número de beneficiários estável	GRI obrigatório	GRI – obrigatório
		Taxa de crescimento da carteira estável	Demonstrativo - obrigatório	Relatório de Sustentabilidade – obrigatório

Fonte: Elaborado pela Autora

Embora o BSC seja uma ferramenta limitada para análise de valor da operação, se verifica distinção e aplicabilidade para a realidade das empresas brasileiras. Conforme as definições da ANS em relação aos índices de sinistralidade, taxa de reclamações, crescimento

no número de beneficiários, e divulgação de relatórios de gestão, foram criados critérios para conectar as dimensões do BSC com as estratégias competitivas, apresentados no quadro 4.6.

A expectativa foi que empresas cuja estratégia competitiva fosse liderança em custo, além da divulgação na identidade organizacional e no mapa estratégico de termos relacionados a esse fim, deveriam ter, na dimensão financeira do BSC, sinistralidade abaixo de 75% e resultado operacional positivo. Por atuarem competindo em custos, a tendência foi que na dimensão clientes do BSC a empresa teria crescimento na quantidade de beneficiários (retenção de carteira/ busca por planos mais acessíveis) e poderia apresentar maior índice de reclamação, por não focar diretamente em qualidade. Na dimensão processos internos do BSC, era provável que não existisse adesão ao GRI, pelo fato do relatório não ser obrigatório e demandar custos para preparação da equipe e publicação dos dados. Na dimensão aprendizado e crescimento foi esperado que o IDSS das empresas que atuam com estratégia em custo estivesse abaixo de 0,8, e que a empresa não tivesse projetos significativos que justificassem relatórios de sustentabilidade.

Para as empresas cuja estratégia competitiva seja diferenciação, a expectativa foi que além de uma identidade organizacional e um mapa estratégico que remetesse à personalização e customização, na dimensão financeira do BSC a sinistralidade deveria ficar acima de 80%, com resultado operacional positivo. Por atuarem competindo em diferenciação, a tendência na dimensão clientes do BSC era que a empresa deveria ter estáveis tanto o número de beneficiários, quanto o índice de reclamação. Na dimensão processos internos, a empresa deveria obrigatoriamente aderir ao GRI e outros relatórios que espelhem transparência nas ações e práticas da organização. Por último, na dimensão aprendizado e crescimento o esperado era que o IDSS das empresas que atuam com estratégia em diferenciação estivesse próximo de 1,0, e que a empresa tivesse diversos projetos, divulgados em relatórios de sustentabilidade.

Com relação às empresas cuja estratégia competitiva seja foco, além de uma identidade organizacional e um mapa estratégico que remetam a preço e qualidade, esperou-se que na dimensão financeira do BSC a sinistralidade estivesse entre 75% e 80%, com resultado operacional positivo. Na estratégia de foco, a expectativa era que na dimensão clientes a empresa buscasse manutenção do número de beneficiários, e queda no índice de reclamação. Na dimensão processos internos, as empresas deveriam aderir ao GRI e outros relatórios que espelhem transparência nas ações e práticas da organização. Na dimensão aprendizado e crescimento, o esperado era que o IDSS estivesse acima de 0,8, e que as empresas tivessem projetos divulgados em relatórios de sustentabilidade.

A ausência de algum dos critérios estabelecidos não exclui, automaticamente, a adoção de uma estratégia. Caso uma operadora não tenha entregado o IDSS em algum dos anos analisados, ou tenha queda nesse fator, isso não significa, por exemplo, que a estratégia competitiva não seja diferenciação, mas pode ser um indício de problemas pontuais no período. Após o estabelecimento de critérios para identificação da estratégia competitiva genérica, foi desenhada a estrutura para análise da estratégia de operações, com a avaliação das prioridades competitivas e nas áreas de decisões estruturais e infraestruturais. Esse processo será descrito na próxima subseção.

#### 4.3.2 Análise da Estratégia de Operações

A análise da estratégia de operações em serviços de saúde deve abranger uma visão além do curto prazo, com foco na adoção de uma posição de estratégia de longo prazo, que possibilite a integração nas relações com clientes, demais funções empresariais e parceiros internos e externos (PORTER; TEISBERG, 2007; WALLACE; TEISBERG, 2016; CORRÊA; GIANESI, 1994; CORRÊA; CAON, 2002; TEIXEIRA, 2014). Para a consolidação das informações que orientam a estratégia de operações se utilizou uma adaptação das prioridades competitivas descritas em serviços por Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011), e se adotou o modelo de áreas de decisões estruturais e infraestruturais de Hayes et al (2008).

A título de análise das operações das operadoras, serão consideradas como estruturas verticalizadas as empresas que internalizam acima de 80% das atividades praticadas, ou seja, executam internamente parcial ou totalmente as atividades fins do negócio, e parte de atividades não operacionais, como limpeza, segurança e manutenção, de forma que o número de prestadores terceirizados é reduzido. As principais vantagens encontradas na literatura sobre esse tipo de estrutura estão relacionadas ao controle total de custos, autonomia dos processos e independência de vínculos com terceiros; entre as dificuldades listadas, estão a limitação na capacidade de atendimento da demanda, a imobilização de recursos financeiros, e a restrição tecnológica (WOOLLEY, 1989; STURM, 1999; CAPPS, DRANOVE, ODY, 2018).

As operações horizontalizadas, por sua vez, são consideradas nessa pesquisa como aquelas em que mais de 80% das atividades são executadas por prestadores contratados, e há pouco ou nenhum investimento imobilizado em estruturas físicas e equipamentos. Esse modelo permite às empresas expandir a capacidade de atendimento a um limite quase ilimitado, e flexibilidade para buscar prestadores com o custo mais adequado, mediante as exigências de qualificação. Há, porém, uma relação de alta dependência com os prestadores contratados, e

qualquer desequilíbrio estrutural nesses prestadores, afeta diretamente as operações da empresa; em mercados com número escasso de prestadores, a operadora tem seu poder de negociação limitado, e necessita acatar os preços praticados. (WOOLLEY, 1989; STURM, 1999; CAPPS, DRANOVE, ODY, 2018).

As prioridades competitivas estão relacionadas com o atingimento do sucesso da estratégia de operações. No desenvolvimento da análise, se buscou indícios cada prioridade competitiva num conjunto de dados secundários: presença de termos relacionados na identidade organizacional e no mapa estratégico, análise da estrutura de operações (mais verticaliza ou mais horizontalizada), desempenho do IDSS, avaliação dos resultados financeiros, entre outros, com a finalidade de avaliar a relevância da prioridade, conforme será descrito nos próximos parágrafos.

Assim como observado na estratégia competitiva, as prioridades competitivas das operações dependem de um conjunto de decisões que norteiam as atividades. A identidade organizacional e o mapa estratégico foram os critérios inicialmente avaliados nessa pesquisa. O Quadro 4.7 reúne o conjunto de expressões e sinônimos que embasaram esse processo.

Quadro 4.7– Critérios de repetição pesquisados na identidade organizacional

<b>Prioridades</b>	<b>Expressão</b>	<b>Sinônimos</b>
<b>Disponibilidade e conveniência</b>	Disponibilidade ou conveniência	Ser a melhor; fácil acesso; localização privilegiada; atendimento nacional; ampla rede de prestadores
<b>Personalização</b>	Personalização	Customização; experiência do paciente; relacionamento, cuidado certo; exclusividade
<b>Custo</b>	Custo	Preço acessível; preço competitivo; controle de gastos; controle de sinistralidade; sustentabilidade do negócio; gestão eficiente de custo; eficiência em custos; performance ou desempenho
<b>Qualidade e Confiabilidade</b>	Qualidade ou Confiabilidade	Experiência do cliente; acesso; inovação; ser a melhor; performance; alto padrão de confiabilidade
<b>Reputação</b>	Reputação	Qualidade técnica; solução diferenciada; ser a melhor; excelência
<b>Rapidez</b>	Rapidez	Agilidade; performance ou desempenho, ausência de filas
<b>Consistência e competência</b>	Consistência e competência	Excelência em serviços; inovação; ser referência
<b>Atendimento e comunicação</b>	Atendimento ou comunicação	Satisfação do cliente; excelência em atendimento; acolhimento; inovação; melhorar a experiência do cliente
<b>Limpeza, conforto e segurança</b>	Limpeza, conforto ou segurança	Higienização; harmonia; adequação do espaço físico

Fonte: Elaborado pela Autora

Para se identificar as prioridades competitivas das operações de cada empresa, se avaliou a repetição das informações obtidas. Quanto maior a frequência de palavras que

remetam à prioridade (e nesse caso, incluindo palavras semelhantes), maior a relevância da prioridade; quanto menor a frequência (ou até mesmo, inexistência), menor ou irrelevante é a prioridade para o caso analisado.

Para que um item tenha sido considerado prioridade competitiva da operação, foi estabelecida a necessidade de que esteja citado diretamente ou por sinônimos em mais de duas dimensões da identidade organizacional (missão, visão, valores, propósitos), além de estar presente no mapa estratégico. Quando o item não apareceu citado, direta ou indiretamente, na identidade organizacional e no mapa estratégico, foi considerado de média ou baixa relevância.

Quadro 4.8– Critérios de relevância para classificação das prioridades competitivas

Prioridades	Estrutura física:	Notas do IDSS	Identidade organizacional	Outros
<b>Disponibilidade</b>	H = maior relevância, V = menor relevância	quanto maior a nota do IDGA, maior a relevância	quanto mais citado, maior a relevância	N/A
<b>Personalização</b>	H = mais relevante, V = menos relevante			N/A
<b>Custo</b>	H = menor relevância, V = maior relevância	quanto maior a nota IDSM, maior a relevância		Menor SIN, maior o foco em custo
<b>Qualidade e Confiabilidade</b>	N/A	quanto maior a nota do IDQS, maior a relevância		Acreditação ANS, mais relevante
<b>Reputação</b>		quanto maior a nota do IDGA, maior a relevância		Taxa de crescimento das reclamações, menos relevante
<b>Rapidez</b>	H = mais relevante, V = menos relevante			N/A
<b>Consistência e competência</b>	N/A	quanto maior a nota do IDGR, maior a relevância		N/A
<b>Atendimento e comunicação</b>		quanto maior a nota do IDSM, maior a relevância		divulgações das políticas ao público, mais relevante;
<b>Limpeza, conforto e segurança</b>		quanto maior a nota do IDGA, maior a relevância		N/A
<b>Legenda:</b> N/A – não atende; H – Estruturas horizontalizadas; V – Estruturas verticalizadas; IDSS – Índice de Desempenho na Saúde Suplementar; IDSM – Índice de desempenho de sustentabilidade no mercado; IDGA – Índice de desempenho de garantia de acesso; IDQS – Índice de desempenho de qualidade em atenção à saúde; IDGR – Índice de desempenho de gestão de processos e regulação; SIN – Sinistralidade				

Fonte: Elaborado pela Autora

Após essa análise, se averiguou o comportamento das empresas do estudo de acordo com a estrutura das operações (verticalizadas ou horizontalizadas), a variação do IDSS, as

certificações e creditações consolidadas. O quadro 4.8 resume os critérios de relevância para a classificação das prioridades competitivas para o estudo nessa pesquisa.

A estrutura física foi avaliada para as prioridades (Disponibilidade, Personalização, Custo, Rapidez e Limpeza); quanto mais horizontalizada a estrutura, maior o grau de terceirização das atividades da operação, o que significa na área de saúde suplementar que as atividades são executadas na rede prestadora credenciada; e quanto mais verticalizadas as estruturas, maior o grau de internalização das atividades da operação.

A avaliação do IDSS e das 4 dimensões que o compõem foi considerada para todas as prioridades da operação; quanto maior a nota do IDSS e menor as oscilações ao longo do tempo, mais relevante tende a ser a prioridade; as quedas, oscilações das notas, ou a ausência da entrega do IDSS, representaram indícios de que pode ter havido problemas nas estratégias de operações das empresas analisadas. Outros fatores foram considerados em prioridades específicas, conforme seu enquadramento, por exemplo, custo (sinistralidade), qualidade e confiabilidade (acreditação na ANS – mais relevante), reputação (Taxa de crescimento das reclamações) e atendimento e comunicação (divulgação das políticas ao público mais relevante):

- 1) Disponibilidade e conveniência: i) estrutura física – se bastante horizontalizada, tende a ter maior número de locais de atendimento e acesso mais fácil, tornando a prioridade mais alta, caso verticalizada, a disponibilidade e conveniência ficam restrita aos recursos próprios e aos locais em que estão presentes, o que torna a prioridade mais baixa; ii) notas do IDGA (índice de garantia de acesso do IDSS) – quanto maior a nota, maiores os esforços da operadora para garantir ampla escolha do beneficiário, e assim, mais alta a relevância da prioridade, e quanto menor a nota ou maior a oscilação desta, maiores as restrições da empresa em personalização, e mais baixa a relevância da prioridade; iii) identidade organizacional – quanto mais citada na visão, missão, valores propósitos e mapa estratégico, mais alta é a relevância da prioridade, e, em contrapartida, quanto menos citada, mais baixa a relevância;
- 2) Personalização: i) estrutura física – se totalmente horizontalizada, tende a haver maior diversificação de locais de atendimento, o que permite a personalização dos serviços pelos usuários, elevando a prioridade; caso verticalizada, os serviços são executados exclusivamente pela própria clínica da operadora, o que restringe a personalização e torna essa prioridade mais baixa; ii) notas do IDGA (índice de garantia de acesso do IDSS) – quanto maior a nota, maiores os esforços da operadora para garantir ampla escolha do beneficiário e, assim, mais alta a relevância da prioridade; e quanto menor a nota ou maior a oscilação desta, maiores as restrições da empresa em personalização e

- mais baixa a relevância da prioridade; iii) identidade organizacional – quanto mais citada na visão, missão, valores propósitos e mapa estratégico, mais alta é a relevância da prioridade e, em contrapartida, quanto menos citada, mais baixa a relevância;
- 3) Custo: i) evolução da sinistralidade – quanto menor a sinistralidade, maior o controle dos gastos assistenciais, e maior tende a ser a relevância da prioridade para a empresa; e quanto maior a sinistralidade, maiores os gastos assistenciais e menor tende a ser a relevância da prioridade; ii) notas do IDSM (índice de sustentabilidade no mercado do IDSS) – quanto maior a nota IDSM, maior o comprometimento da empresa com o resultados e controle da sinistralidade e, assim, mais alta a relevância da prioridade; ao passo que quanto menor a nota ou a oscilação do IDSM, maior a dificuldade em controlar resultados positivos e sinistralidade, sendo mais baixa a relevância da prioridade; iii) identidade organizacional – quanto mais citado na visão, missão, valores propósitos e mapa estratégico, mais alta é a relevância da prioridade e, em contrapartida, quanto menos citado, mais baixa a relevância; iv) estrutura física – se totalmente horizontalizada, tende a haver maior diversificação de locais de atendimento, o que dificulta o controle dos gastos, tornando a prioridade mais baixa, caso verticalizada, os serviços são executados exclusivamente pela clínica própria da operadora, permitindo o controle total dos custos, elevando a prioridade;
- 4) Qualidade e confiabilidade: i) notas do IDQS (índice de qualidade em atenção à saúde do IDSS) – quanto maior a nota, considera-se que maiores são os esforços da operadora para garantir qualidade em atenção à saúde e, assim, mais alta a relevância da prioridade; e quanto menor a nota ou maior a oscilação desta, menor a relevância da prioridade qualidade para a empresa; ii) Acreditação ANS – a obtenção do selo em nível I, II ou III da operadora indica atendimento às regras da ANS quanto à qualidade, e bonificação no IDSS, o que indica tendência de alta prioridade para a dimensão; enquanto não ter selo de acreditação não impacta no IDSS, mas sinaliza para menor importância da prioridade para a empresa; iii) identidade organizacional – quanto mais citada na visão, missão, valores propósitos e mapa estratégico, mais alta é a relevância da prioridade; e, em contrapartida, quanto menos citada, mais baixa a relevância;
- 5) Reputação: i) notas do IDGA (índice de garantia de acesso do IDSS) – quanto maior a nota, maiores os esforços da operadora para garantir reputação da marca perante os beneficiários e fornecedores e, assim, mais alta a relevância da prioridade; e quanto menor a nota ou maior a oscilação desta, maiores os problemas da empresa com relação a sua imagem perante clientes e fornecedores, e mais baixa a relevância da prioridade;

- ii) taxa de crescimento das reclamações – quanto maior o número e a taxa de reclamação, maiores os problemas da operadora com reputação e mais baixa a relevância da prioridade; ao passo que quanto menor ou mais estável o número de reclamações, a relevância tende a ser mais alta; iii) identidade organizacional – quanto mais citada na visão, missão, valores propósitos e mapa estratégico, mais alta é a relevância da prioridade; e em contrapartida, quanto menos citada, mais baixa a relevância;
- 6) Rapidez: i) notas do IDGA (índice de garantia de acesso do IDSS) – quanto maior a nota, maiores os esforços da operadora para atender com rapidez a demanda do beneficiário, e, assim, mais alta a relevância da prioridade; e quanto menor a nota ou maior a oscilação desta, maior a lentidão da empresa para prestação do serviço e mais baixa a relevância da prioridade; ii) estrutura física – se totalmente horizontalizada, tende a haver maior diversificação de locais de atendimento, o que permite mais rapidez para execução dos serviços prestados aos beneficiários, tornando a prioridade mais alta; caso verticalizada, os serviços são executados exclusivamente pela própria clínica da operadora, o que restringe a rapidez e torna a prioridade menos relevante para a empresa; iii) identidade organizacional – quanto mais citada na visão, missão, valores propósitos e mapa estratégico, mais alta é a relevância da prioridade; em contrapartida, quanto menos citada, mais baixa a relevância;
- 7) Consistência e competência: i) notas do IDGR (índice que mensura gestão de processos e regulação no IDSS) – quanto maior a nota, maior a competência da operadora para atender as obrigações técnicas e cadastrais junto à ANS e, assim, mais alta a relevância da prioridade; e quanto menor a nota ou maior a oscilação desta, há indícios de falta de consistência nos processos para atender as demandas da ANS, e mais baixa a relevância da prioridade; ii) identidade organizacional – quanto mais citada na visão, missão, valores propósitos e mapa estratégico, mais alta é a relevância da prioridade; e em contrapartida, quanto menos citada, mais baixa a relevância;
- 8) Atendimento e comunicação: i) divulgações das políticas internas ao público – quanto maior o número de publicações, como relatórios de sustentabilidade, GRI, políticas de *compliance*, que estão facilmente acessíveis, mais alta é a relevância da prioridade; e em contrapartida, quanto menor a divulgação dos relatórios, mais baixa a relevância da prioridade; ii) notas do IDSM (índice de sustentabilidade no mercado do IDSS) – quanto maior a nota IDSM, maior o comprometimento da empresa com atendimento e comunicação aos beneficiários e fornecedores, e, assim, mais alta a relevância da prioridade; ao passo que quanto menor a nota ou a oscilação do IDSM, maior a

dificuldade em manter uma boa comunicação com os *stakeholders*, e mais baixa a relevância da prioridade; iii) identidade organizacional – quanto mais citada na visão, missão, valores propósitos e mapa estratégico, mais alta é a relevância da prioridade; e em contrapartida, quanto menos citada, mais baixa a relevância;

- 9) Limpeza, conforto e segurança compõem a prioridade que trata da aparência e conforto do ambiente das instalações: i) notas do IDGA (índice de garantia de acesso do IDSS) – quanto maior a nota, considera-se que maiores são os esforços da operadora com limpeza, conforto e segurança e, assim, mais alta a relevância da prioridade; e quanto menor a nota ou maior a oscilação desta, menor ou inexpressiva a relevância da prioridade; ii) identidade organizacional – quanto mais citada na visão, missão, valores propósitos e mapa estratégico, mais alta é a relevância da prioridade; e em contrapartida, quanto menos citado, mais baixa a relevância.

De acordo com os critérios criados, as prioridades nas estratégias de operações das empresas foram classificadas em alta, média ou baixa. Há indícios de que a prioridade competitiva da operação é valorizada quando existe citação direta ou indireta na identidade organizacional e no mapa estratégico, a estrutura física está coerente com a dimensão (foco em custo, tende a verticalização, foco em qualidade, tende a estruturas mais horizontalizadas ou mistas), há entrega do IDSS, e o desempenho na nota geral e nas suas 4 dimensões atinge 1,0, ou está próximo a esse valor.

Não há indícios de que a prioridade competitiva da operação seja relevante para a empresa quando não existe citação direta ou indireta na identidade organizacional e no mapa estratégico, há divergência entre a estratégia competitiva e a estrutura das operações, não há entrega do IDSS, ou o desempenho na nota geral é baixo e apresenta oscilações com quedas nas suas 4 dimensões.

A prioridade competitiva de operações foi classificada com valorização “média” quando houve citação na identidade organizacional ou no mapa estratégico, porém não em todas as dimensões (missão, visão, valores, propósito); pode ou não haver coerência entre a estratégia competitiva e a estrutura das operações, há entrega do IDSS, mas o desempenho na nota geral e nas suas 4 dimensões apresenta oscilações.

As prioridades competitivas da operação são relacionadas com os objetivos para o atingimento do sucesso e norteiam as áreas de decisões estruturais e infraestruturais da empresa. As áreas de decisões estruturais estão associadas a investimentos de longo prazo, especialmente em ambientes físicos da empresa (ALBUQUERQUE; SILVA, 2002), e com alterações que influenciam no pacote entregue ao cliente. Os custos despendidos em mudanças estruturais são

relativamente mais elevados, quando comparados com às mudanças infraestruturais em geral, e eventuais reversões desse tipo de decisão ou alterações de processo, onerosas.

As áreas de decisões estruturais são afetadas no setor de saúde por questões como o envelhecimento da população, a variação na renda, novas tecnologias e a inclusão de procedimentos exigidos pela Agência Nacional de Saúde, além das próprias prioridades da empresa; e todas essas variáveis alteram as necessidades de configuração estrutural. No quadro 4.9 são descritos os principais tipos de decisões estruturais no setor de saúde suplementar:

Quadro 4.9 – Síntese das áreas de decisões estruturais

<b>Dimensão da Decisão</b>	<b>Descrição</b>
<b>Capacidade de atender a demanda</b>	Essa decisão está relacionada ao total que pode ser atendido, com o porte da instalação, recursos disponíveis e a rede de prestadores; sendo que nas OPS, a capacidade de atendimento considera os prazos máximos estipulados pela ANS.
<b>As instalações físicas das OPS</b>	Essa decisão deve ser dimensionada para atender, adequadamente, todos os usuários de todas as localidades em sua área de abrangência.
<b>Tecnologia</b>	A tecnologia é a decisão relacionada com a automação dos processos, dado o equipamento e sistema utilizados ou necessários.
<b>Integração vertical</b>	Direciona para que as atividades chaves sejam integradas ao escopo realizados internamente na organização, e envolve não apenas a estrutura interna, como também decisões do quanto os terceiros serão responsáveis pelas operações.

Fonte: Elaborado pela autora

A capacidade de atender à demanda tem relação com a estrutura para funcionamento da empresa, de acordo com o tamanho da carteira de beneficiários, e considerando os prazos e as obrigatoriedades determinados pela ANS. Deve ser levado ainda em consideração a capilaridade de acesso, a localização das unidades, a proximidade com os usuários e parceiros prestadores de serviços. É uma decisão diretamente ligada às instalações físicas das Operadoras, que contam tanto com a estrutura de recursos próprios, quanto com o uso da estrutura da rede credenciada; é necessário identificar como as operadoras atuam para dimensionar a capacidade de atendimento da demanda, e como ocorre a utilização das instalações físicas.

A tecnologia é a decisão estrutural relacionada com mudanças e automações de processos, equipamentos e sistemas. A tecnologia neste trabalho foi considerada como o conjunto de sistemas e equipamentos (eventualmente automatizados) utilizados nas atividades das empresas. A integração vertical, na área de saúde suplementar, está relacionada às decisões de internalização ou terceirização das atividades, e a expectativa é que os investimentos estejam alinhados à estratégia competitiva identificada.

A análise das áreas de decisão estrutural é essencial para a compreensão da estratégia da empresa, mediante as prioridades competitivas. É necessário examinar ainda quais são, e

como são conduzidas as áreas de decisões infraestruturais. Por envolver investimentos de baixo e médio valor, as decisões infraestruturais ganham maior flexibilização para mudanças e alterações de projeto. Os custos das áreas de decisões infraestruturais, comparados com os custos das áreas de decisões estruturais, são menores. Essas decisões, sintetizadas no Quadro 4.10, estão diretamente relacionadas com a gestão: filas, fidelização, expectativa dos clientes.

Quadro 4.10 – Síntese das áreas de decisões infraestruturais

<b>Dimensão da Decisão</b>	<b>Descrição</b>
<b>Recursos humanos</b>	Decisões relacionadas as atividades de recrutar, preparar e manter equipes. Deve ser composta de uma política, expansiva para todas as unidades. Deve deixar claro a estrutura organizacional, programa de benefícios (assistência médica, seguro de vida, auxílio creche, vale transporte e refeição). Política de treinamento, código de conduta, indicadores de absenteísmo e rotatividade são necessários, entre outros.
<b>Qualidade</b>	Decisão relacionada as práticas que envolvem o desenvolvimento e melhoria dos processos, controle de erros e garantias nas entregas. Identificar para que área a qualidade está subordinada é fundamental, controle e acompanhamento de ações, para melhoria na qualidade dos processos e procedimentos.
<b>Planejamento e controle da produção / materiais</b>	É a prioridade que envolve as previsões e expectativas de produção ou atendimento, que vão desde a necessidade dos materiais, até a quantidade de pessoas/turnos necessários para o atingimento da atividade.
<b>Novos produtos</b>	É a decisão que envolve o processo para desenvolvimento de novos produtos, e requer atender as demandas dos consumidores e evoluções tecnológicas.
<b>Medidas de desempenho</b>	Decisões de seleção e adoção de indicadores que reflitam a realidade da organização (produtiva, logística, financeira), auxiliando no gerenciamento do negócio. Na Saúde Suplementar, é essencial o acompanhamento do IDSS.
<b>Organização</b>	É uma decisão que envolve a estruturação interna da empresa e a construção do organograma, o que inclui o nível de centralização e a estrutura da liderança.

Fonte: Elaborado pela autora

As inferências feitas a partir dos dados obtidos sobre as áreas de decisões infraestruturais em recursos humanos permitiu a descrição da política de benefícios das empresas, do conjunto de trabalhadores no que se refere à idade média e ao sexo dos colaboradores, da rotatividade, e do nível de participação de mulheres em cargos de direção. A descrição de decisões na área infraestrutural de qualidade apontou as práticas das empresas relacionadas à melhoria de processos produtivos, e se existe ou não investimento em certificações e creditações. Quanto ao planejamento e controle da produção foi descrito como as empresas têm tratado questões referentes a previsões e expectativas de atendimento. A averiguação sobre a introdução de novos produtos apontou se há investimento em novas operações, novos negócios e/ou novos mercados. A análise das medidas de desempenho apontou se as empresas do estudo acompanham a entrega dos indicadores do IDSS e se existem áreas específicas para tratamento dessa questão. Por último, para cada empresa, foi apresentado um organograma ou estrutura organizacional.

A identificação e discussão das características principais e das mudanças nas áreas de decisão infraestruturais completa a análise da estratégia de operações das empresas. Após o estabelecimento do critério para seleção dos casos, da identificação de quais empresas fariam ou não parte do estudo, e de levantamento prévio de dados do setor no aplicativo *Tabnet*, houve a condução de entrevista com especialistas do setor de saúde suplementar, para auxílio no entendimento, análise e tratativa dos dados de fontes secundárias que foram levantados.

#### **4.4 Entrevistas com especialistas do setor**

O processo de análise de dados envolve a exploração do material coletado, desde a transcrição das entrevistas, codificação, averiguação da recorrência de termos, interpretação, classificação e categorização de respostas, entre outros. Corresponde à forma como são interpretados os dados coletados, envolvendo detalhamentos da pesquisa, como a setorização das operadoras, o protocolo de levantamento de dados e o uso de técnicas capazes de identificar tendências e variações nos dados obtidos.

Os dados primários são aqueles obtidos diretamente pelo pesquisador, através de instrumentos e experiências, como questionários, entrevistas, estudos de caso, com o propósito de atender às necessidades específicas da pesquisa em andamento (CUNHA, 2020). A entrevista é uma das técnicas mais comuns, para coleta de dados, diagnóstico e orientação (GIL, 2008). Mediante a verificação do estado da arte, e a análise setorial apresentada no capítulo 3, se elaborou o roteiro para realização das entrevistas semiestruturadas constante do Apêndice I. Se pretendeu buscar a visão de especialistas da área para verificar quais fatores são considerados como estratégicos para as operadoras de saúde, no ponto de vista: da ANS; do mercado competitivo; dos clientes corporativos.

Foram realizadas 6 entrevistas, para fortalecer ou não as análises feitas a partir das informações das outras fontes, com 6 membros distintos: 2 gerentes de operações com experiência em 2 operadoras da pesquisa; 1 especialista em vendas com experiência de comercialização de planos de saúde das 5 empresas do estudo; 2 especialistas da área de operações, que atuam nas unidades assistenciais das empresas que integram o estudo; 1 especialista da área de operações, que atua na interface das empresas do estudo com as empresas contratantes. Todo o levantamento da base de dados secundários foi executado antes das entrevistas. As entrevistas com os gerentes de operações foram realizadas antes da análise dos dados secundários, e as demais, após essa análise.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, e cada uma durou, aproximadamente, uma hora e meia. Foi seguido o protocolo de anotar tanto perguntas quanto respostas, reações dos entrevistados e observações acerca do ambiente, sem que houvesse a opção de gravação do conteúdo, pois os especialistas não a autorizaram. Na fase de análise de dados foi realizada a exploração do material coletado, buscando averiguar a frequência da repetição de termos utilizados, codificação, interpretação, classificação e categorização dos diversos termos identificados.

As entrevistas ocorreram com especialistas da área e com relação aos temas de mercado e de gestão estratégica. O roteiro de entrevistas foi dividido em 2 etapas: i) na primeira etapa, se buscou uma visão geral do mercado de saúde suplementar, e a verificação de tendências do setor; ii) na segunda etapa, o foco foram questões específicas sobre estratégia e foram abordados temas que são imprescindíveis para o funcionamento das operações e sobrevivência no mercado de atuação. Há um apontamento geral entre os entrevistados de que a estratégia de operações necessita estar alinhada com as condutas preconizadas pela ANS, levando em consideração ainda a demanda dos beneficiários:

- i) As operações atendem aos prazos determinados pela agência?
- ii) A infraestrutura é adequada para o tamanho e os locais de atuação da empresa?
- iii) Há cumprimento dos prazos para as entregas anuais de dados – em especial, o IDSS?
- iv) Há controle da sinistralidade?

Os termos com maior frequência de repetição foram alinhamento, protocolos e atendimento às exigências da ANS. De acordo com os entrevistados, quanto maior a capacidade de uma operadora em atender as exigências da ANS, maior deve ser o alinhamento da estratégia competitiva com a estratégia de operações; em contrapartida, operadoras que têm dificuldades em atender às exigências da ANS tendem também a ter dificuldades de alinhamento entre a estratégia competitiva e a estratégia de operações, e isso pode ser observado no desalinhamento de estrutura de operações para atendimento à demanda e na evolução da sinistralidade.

A entrevista com agentes do mercado apontou a necessidade de se checar, caso a empresa declare que a estratégia competitiva é em diferenciação, se a estrutura de operações efetivamente corresponde a essa estratégia, ou se o termo é utilizado apenas comercialmente para atração de beneficiários (em especial, pessoas jurídicas – empresas contratantes): as operações devem ser capilarizadas, ou seja, fáceis de acessar em toda a área de atuação, seja ela em rede própria, credenciada, ou através de reembolso; a rede de prestadores deve ser ampla, e preferencialmente, diferenciada e qualificada; o beneficiário não deve ter dificuldades em obter atendimento médico-hospitalar; o tempo de resposta às demandas deve ser inferior aquele

estabelecido pela ANS; em geral, há uma rede diferenciada, referência em pesquisa, desenvolvimento, tratamentos experimentais, que compõem a carteira de prestadores. A diferenciação no pacote de serviços oferecidos deve estar traduzida numa prática de preços superiores (ticket médio per capita), e deve também refletir em pagamentos diferenciados para fidelização dos prestadores.

De acordo com os especialistas consultados, a identidade organizacional e o mapa estratégico têm sido usados como ferramentas norteadoras das estratégias das operadoras de saúde de grande porte.

Os especialistas de mercado pesquisados apontaram que as empresas que atuam com estratégia competitiva de liderança em custo tendem a internalizar totalmente as operações relacionadas à atividade fim da prestação de serviços de saúde: além de hospitais, clínicas médicas, ambulatórios de atenção primária à saúde, laboratórios, clínicas de imagem. Segundo eles, existem empresas que internalizam atividades como higienização e limpeza e lavanderia, num movimento de ampliação verticalização. A estratégia de operações com maior verticalização de atividades, utilizada anteriormente para atuação em mercados com agentes com menor poder aquisitivo, passou a ser utilizada para a entrada em novos mercados e modificou a dinâmica de funcionamento das operadoras que atuam em pequenos e médios centros urbanos.

Os especialistas também apontaram a existência de uma movimentação, por parte de algumas operadoras, em especial pertencentes à modalidade cooperativa médica, em buscar novos negócios, novas formas societárias, novas fontes de receita e novos modelos de remuneração. Como as operadoras pertencentes a essa modalidade, em especial, tendem a ter seu crescimento limitado a regiões específicas, por conta das regras de cooperativismo, o crescimento da organização, para além do crescimento do número de vidas, exige um olhar para outras necessidades do mercado, em busca de novos produtos e serviços não relacionados somente à prestação dos atos médico-hospitalares a usuários de planos de saúde. Entre os negócios derivados dessas empresas, estão: consultorias de gestão de negócios; equipes de tecnologia para implementação de políticas de atendimento Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)<sup>8</sup> em instituições de saúde; pesquisa e desenvolvimento (P&D) de equipamentos hospitalares; desenvolvimento e patente de técnicas de psicoterapia.

Ainda de acordo com os entrevistados, é possível observar um amadurecimento, por parte das empresas do setor, na administração dos negócios: o planejamento estratégico é

---

<sup>8</sup> A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018, é a legislação brasileira que regula as atividades de tratamento de dados pessoais e que também altera os artigos 7º e 16 do Marco Civil da Internet.

atividade periódica observada pelo menos em operadoras de médio e grande porte, e isso reflete na divulgação da estratégia competitiva através de mapas estratégicos e identidade organizacional. A adoção por parte das empresas do setor de saúde suplementar a selos de qualificação (ISO<sup>9</sup>, ONA<sup>10</sup>, a publicação de relatórios de sustentabilidade como o *Global Reporting Initiative* (GRI), torna públicas algumas informações sobre as estratégias de operações efetivamente adotadas pelas empresas.

Os resultados das reuniões serão apresentados no relato dos casos e auxiliarão a fortalecer ou não as análises feitas, de forma a confirmar ou negar os apontamentos provenientes dos dados secundários obtidos.

#### **4.5 Considerações do capítulo**

Procurou-se, neste capítulo, apresentar o enquadramento metodológico e o desenho do estudo das empresas, com a descrição dos critérios utilizados para a seleção das operadoras, a apresentação de justificativas para adoção dos conceitos de Porter na análise das estratégias competitivas genéricas e, ainda, o detalhamento de como foram avaliadas as prioridades competitivas das operações e as características principais e mudanças nas áreas de decisão estruturais e infraestruturais para identificação e discussão das estratégias de operações.

O intuito do método foi para desenvolver uma pesquisa que preencha a lacuna teórica sobre estratégia de operações na saúde suplementar brasileira. O detalhamento de cada caso (de cada empresa), a descrição das atividades e as considerações acerca dessas informações são tratados no próximo capítulo.

---

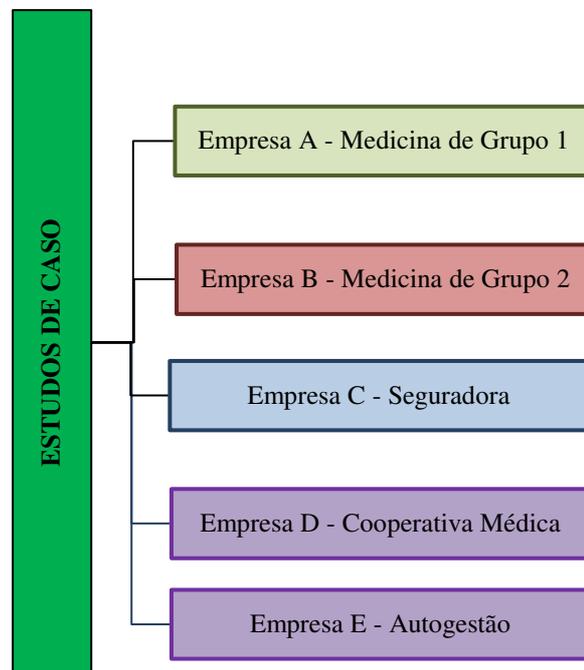
<sup>9</sup> *International Organization for Standardization* (ISO) é uma organização não governamental internacional que promove a padronização de normas para desenvolvimento de produtos e serviços para o estabelecimento de metas em qualidade, e cuja certificação garante a prática de critérios mínimos de padronização;

<sup>10</sup> Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma organização nacional, que promove a adoção do manual brasileiro de acreditação, com normas e práticas para serviços médico-hospitalares que garantem padronização e qualidade nos atendimentos prestados, e cuja certificação garante critérios mínimos de padronização;

## 5. ESTUDO MULTICASO

Os capítulos anteriores apresentaram a revisão bibliográfica sobre estratégia de operações, a estruturação do setor de Saúde Suplementar e o método adotado para a condução das análises nesta pesquisa. A primeira etapa de análise do estudo consiste na construção dos estudos de caso das 5 maiores empresas do setor, por modalidade. Todos os estudos foram elaborados com base em fontes de dados secundárias. A estruturação do capítulo 5 é apresentada na figura 5.1:

Figura 5.1 – Estrutura do capítulo 5



Fonte: Elaborado pela Autora

O contexto de inserção da organização é um elemento relevante para o entendimento das estratégias das empresas e do alinhamento das estratégias de operações com tais estratégias competitivas. O detalhamento de cada caso, e a análise das respectivas estratégias competitiva e de operações praticadas por cada operadora do estudo pode ser observado nos próximos tópicos.

### 5.1 Empresa A – Medicina de Grupo

A empresa “A” é classificada como de medicina de grupo, que comercializa planos de saúde e presta serviços médicos, ambulatoriais, clínicos e hospitalares com quase 100% de recursos próprios, numa estrutura verticalizada. Desde o início das operações na década de 1970

até os anos 2010, o foco de sua atuação estava no atendimento das regiões Norte e Nordeste. Nesse estágio, a empresa oferecia planos de saúde mais baratos do que os concorrentes, preço este advindo da gestão dos custos assistenciais. Esse modelo de serviços verticalizados em saúde, praticado pela empresa “A”, conferiu estabilidade financeira para a operadora quando o setor passou a ser regulado pela ANS.

Com a abertura do capital em 2018, a entrada de novos recursos financeiros permitiu à empresa “A” a expansão de seus negócios para outras regiões brasileiras. O ano de 2019 é marcado pela aquisição de carteiras e fusões com outras operadoras: em maio/2019, houve a fusão com uma operadora de medicina de grupo sediada no interior do Estado de São Paulo, com atuação no interior desse Estado, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul; em junho/2019, adquire uma empresa de medicina de grupo com atuação no Estado de Goiás; em julho/2019, compra de uma empresa medicina de grupo que atua em Minas Gerais; em dezembro/2019, compra de uma cooperativa isolada que atua no interior de São Paulo. Esses processos transformaram a empresa de regional para nacional.

A apresentação e a análise das estratégias competitiva e de operações e ainda algumas considerações a título de síntese sobre a empresa “A” serão feitas nas próximas seções.

### 5.1.1 Estratégia Competitiva – Empresa “A”

A empresa “A” possuía, em dezembro/2019, 2.447.130 vidas, o que lhe conferia a 4ª posição no que se refere porte, em quantidade e vidas, em termos da empresa focal<sup>11</sup>, sem considerar as adquiridas. Porém, com as fusões e aquisições do período, a carteira de beneficiários aumentou em quase 1.000.000 de vidas, o que a torna a maior OPS ativa, em número de vidas, no Brasil, após a concretização do processo ser aprovada pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) (ANS, 2020).

A forma de atuação para ampliação da carteira de beneficiários, a entrada em novas regiões e a evolução controlada da sinistralidade do contrato são fatores que fazem parte da estratégia competitiva da empresa “A”, que será identificada por meio da inferência das informações dos dados publicados no relatório de sustentabilidade e da verificação dos dados da ANS. A missão, visão, valores e propósitos da empresa “A”, de acordo com o divulgado em seu relatório de sustentabilidade GRI 2019, são:

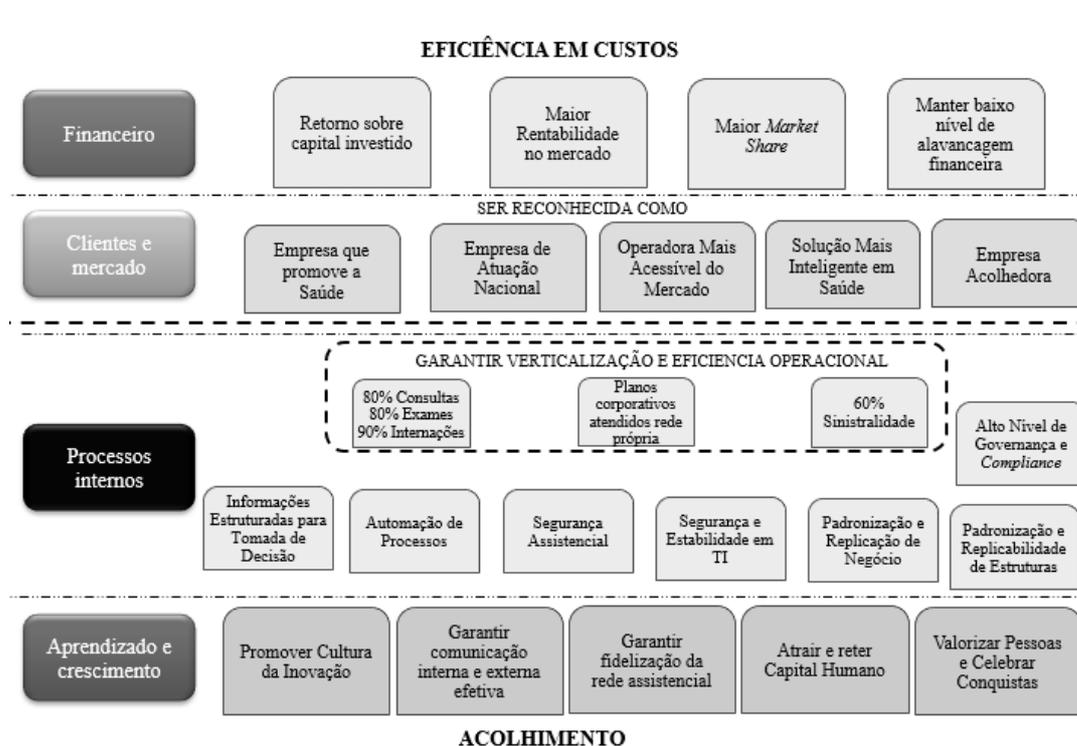
---

<sup>11</sup> Empresa focal: é a principal empresa de um grupo ou cadeia de suprimentos, a que estabelece as regras a serem seguidas.

- i) Missão: Satisfação do cliente, com excelência de serviços e gestão eficiente de custos;
- ii) Visão: Ser reconhecido como uma solução diferenciada e moderna em gerenciamento de saúde, assegurando excelência no atendimento e preço competitivo;
- iii) Valores: Qualidade técnica; Acolhimento de pessoas; Eficiência em custos; inovação em soluções; colaboração entre equipes;
- iv) Propósito: Assegurar acesso à saúde de qualidade para a nossa gente.

Há na identidade organizacional da empresa “A” o uso repetido de expressões referentes a custos e preços baixos: eficiência em custos, controle em custos e preço competitivo. Esse padrão pode ser um indicativo do tipo de estratégia competitiva genérica adotada pela empresa, que norteia sua estratégia de operações e se desdobra no mapa estratégico, e que pode ser observado na Figura 5.2:

Figura 5.2 – Mapa Estratégico Empresa “A”

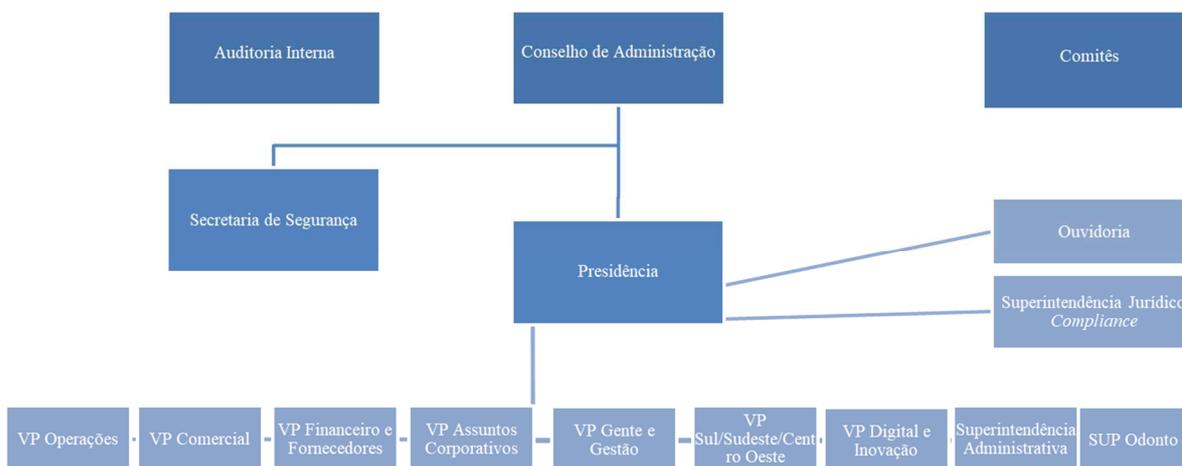


Fonte: Adaptado pela autora

O mapa estratégico divulgado pela empresa em seu relatório GRI, formado a partir da identidade organizacional, aponta que a eficiência em custo é o resultado esperado para a organização, e essa medida está pautada em acolhimento com qualidade e inovação.

A identidade organizacional e o mapa estratégico da empresa “A” refletem no organograma adotado. A estrutura simplificada pode ser observada na Figura 5.3:

Figura 5.3 – Organograma Empresa A



Fonte: Adaptado pela autora

Abaixo da Presidência, existem 9 diretorias, sendo uma delas voltada apenas para as aquisições efetuadas em 2019. A alta direção da empresa está totalmente concentrada em Fortaleza, mas as diretorias são descentralizadas. No que tange à transparência de dados, processos e políticas internas da empresa “A”, ganham destaque as publicações:

- 1) Relatório Anual de Gestão;
- 2) GRI;
- 3) Estatuto Social;
- 4) Políticas Internas;
- 5) Práticas de Sustentabilidade;
- 6) Governança Corporativa;
- 7) *Compliance*;
- 8) Relatório de Sustentabilidade.

Entre os relatórios e políticas divulgações pela empresa “A”, não foi possível encontrar Código de Conduta e Política de Qualidade. A identidade organizacional e o mapa estratégico apresentam repetidas vezes expressões como custos, preços acessíveis e eficiência em custos, o que leva à inferência de que a empresa foca sua estratégia competitiva em liderança em custo.

A empresa “A” reúne em sua carteira um mix de beneficiários de planos coletivos empresariais e planos individuais. A evolução no número de beneficiários, bem como da taxa de crescimento desse indicador, permite analisar o comportamento da empresa “A” e das

empresas adquiridas, ao longo dos anos, no que tange ao número de beneficiários, e possibilita traçar um paralelo da trajetória da empresa em comparação com o setor de saúde suplementar nesse mesmo período. Os dados apresentados na Tabela 5.1 permitem 2 tipos de visão: a expansão da empresa “A” e de cada uma de suas adquiridas, ao longo de 9 anos, e a expansão total do grupo, considerado como uma única organização:

Tabela 5.1 – Evolução Beneficiários da Empresa “A” (2011 a 2019)

Mês	Beneficiários	Aquisição Maio/19	Aquisição Jun/19	Aquisição Jul/19	Aquisição Dez/19	Total de Vidas com Aquisições	Taxa de Crescimento Beneficiário
dez/11	1.134.584	146.728	31.051	20.368	73.142	1.405.873	
dez/12	1.457.701	220.740	40.673	30.114	75.004	1.824.232	30%
dez/13	1.702.078	254.004	50.206	48.321	78.026	2.132.635	17%
dez/14	1.895.773	300.559	60.535	51.873	76.432	2.385.172	12%
dez/15	1.937.632	334.332	74.527	54.592	75.463	2.476.546	4%
dez/16	2.049.891	462.350	84.609	58.380	76.237	2.731.467	10%
dez/17	2.218.225	561.822	96.089	49.133	76.943	3.002.212	10%
dez/18	2.373.577	614.672	113.976	49.125	77.466	3.228.816	8%
dez/19	2.447.103	779.013	132.323	49.221	76.760	3.484.420	8%

Fonte: ANS (2020)

Numa análise separada, antes das fusões, a empresa “A” apresentou crescimento anual no número de beneficiários em todo o período analisado, de 2011 a 2019. A taxa de crescimento é maior nos primeiros anos da década de 2010 e se mantém mais estável nos anos seguintes. Mesmo no biênio 2015-2016, em que a crise financeira afetou diretamente o número de vidas total da Saúde Suplementar, é possível observar em 2015 o crescimento de 4% no número de vidas da empresa “A, bem como das adquiridas em maio/19 e junho/19”, numa trajetória oposta às quedas observada de 2% em 2015 e 3% em 2016 no setor de saúde suplementar, conforme apresentado no capítulo 3. Somente em 2019, o crescimento da empresa “A” foi de mais de 1 milhão de vidas, comparado ao ano anterior.

Embora a expansão da empresa focal, em si, tenha sido discreta, a evolução da mesma somada com a evolução das 4 aquisições representou, ao final do período de 2019, um crescimento de 8% no ano, comparado a 2018, no total de vidas de todas as empresas, comparadas com 2018. Conforme há expansão na carteira de clientes, aumenta o número de reclamações dos beneficiários da empresa “A” perante a ANS, conforme pode ser observado na Tabela 5.2:

Tabela 5.2 – Evolução Reclamações Beneficiários da Empresa “A” (2011 a 2019)

<b>Mês</b>	<b>Reclamações</b>	<b>Taxa de Crescimento Reclamações</b>
dez/11	1674	
dez/12	2832	69%
dez/13	4150	47%
dez/14	3027	-27%
dez/15	3335	10%
dez/16	3461	4%
dez/17	3639	5%
dez/18	4816	32%
dez/19	5575	16%

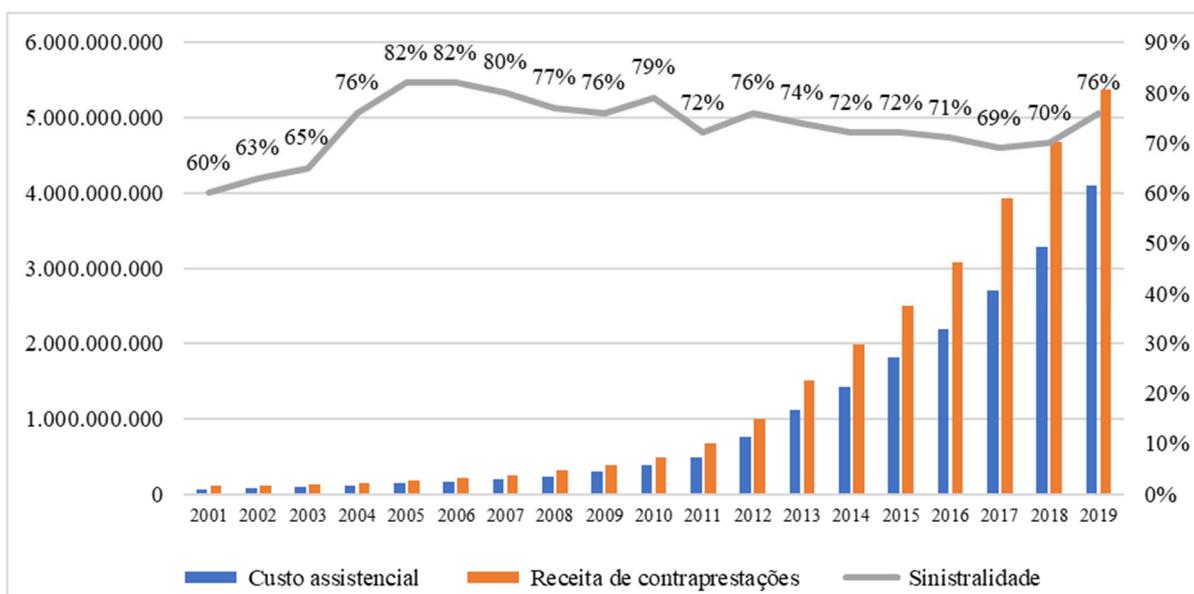
Fonte: ANS (2020)

As reclamações, relacionadas a prazos, acesso a especialistas, resolução de demanda, tendem a crescer à medida que a ANS amplia a quantidade de procedimentos cobertos pelos planos de saúde e regulamenta os padrões de tempo máximo para os atendimentos. Com o estabelecimento de canais diretos de reclamação ao consumidor, é possível para a agência mensurar o nível de insatisfação dos beneficiários com relação ao cumprimento das regras estabelecidas. A análise dos dados leva a inferir que o aumento no número de beneficiários nos últimos 4 anos, seja pela expansão nos serviços, seja pelas fusões e aquisições, também resultou no crescimento das taxas de reclamações dos beneficiários perante a ANS, relacionadas aos serviços prestados pela empresa “A”.

No tocante à dimensão clientes, pode-se afirmar que a estratégia da empresa “A” é de buscar o crescimento da carteira, seja na manutenção das vidas da empresa focal, seja nas aquisições realizadas. Esse crescimento, inclusive, focou na expansão dos serviços para todo o território nacional. Faz-se necessário, contudo, averiguar se esse crescimento está sustentado no controle dos custos frente às receitas.

O acompanhamento da evolução dos resultados, da receita, custos e sinistralidade permitem averiguar o equilíbrio econômico-financeiro da empresa “A” ao longo do tempo de atuação da ANS. Os dados da empresa “A”, sem se considerar aqueles referentes às empresas adquiridas em 2019, foram condensados na Figura 5.4. Durante o período considerado, de 2001 a 2019, a sinistralidade da empresa “A” nunca ultrapassou 82%, e só atingiu esse índice por 2 anos consecutivos no início de 2000. A análise da massa de dados como um todo permite indicar que o crescimento das despesas assistenciais sempre foi proporcional ao crescimento da receita, de forma que a sinistralidade foi controlada durante todo o período para permanecer na casa dos 70%.

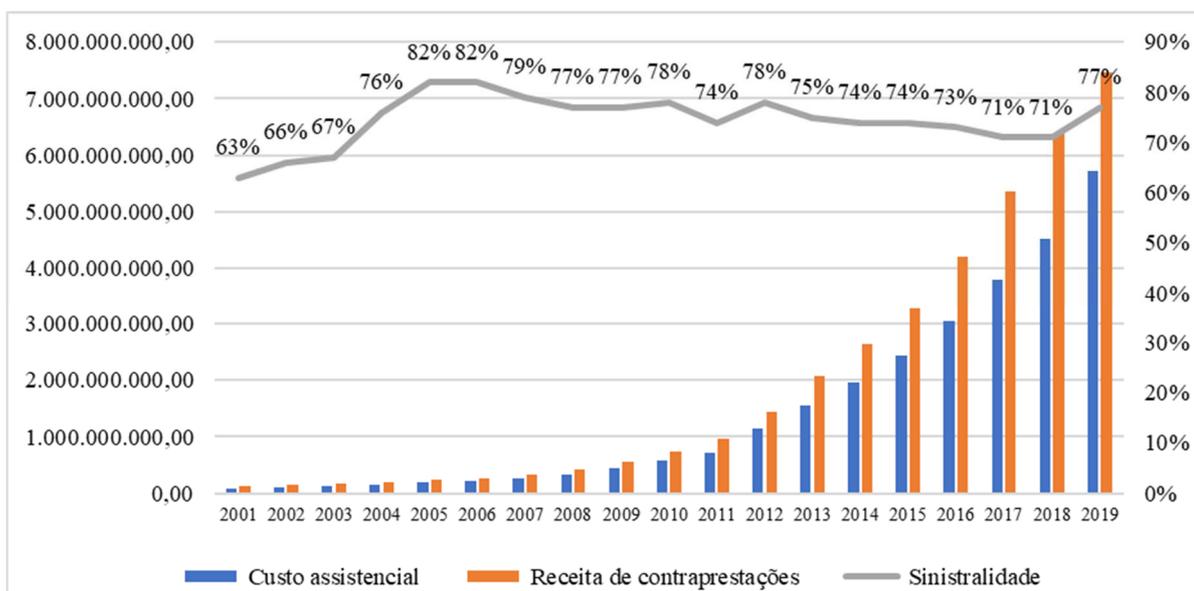
Figura 5.4 – Evolução Empresa “A” – Receita x Custo x Sinistralidade (2001 a 2019)



Fonte: ANS (2020)

O relativo aumento nas despesas e sinistralidade de 2019 corresponde ao ano de expansão e aquisições, de modo que pode ser atribuído a dívidas assistenciais assumidas de empresas durante o processo de fusão. Na Figura 5.5 é possível uma análise do desempenho considerando-se os resultados da empresa “A” com as adquiridas:

Figura 5.5 – Empresa “A” e adquiridas – Receita x Custo x Sinistralidade (2001 a 2019)

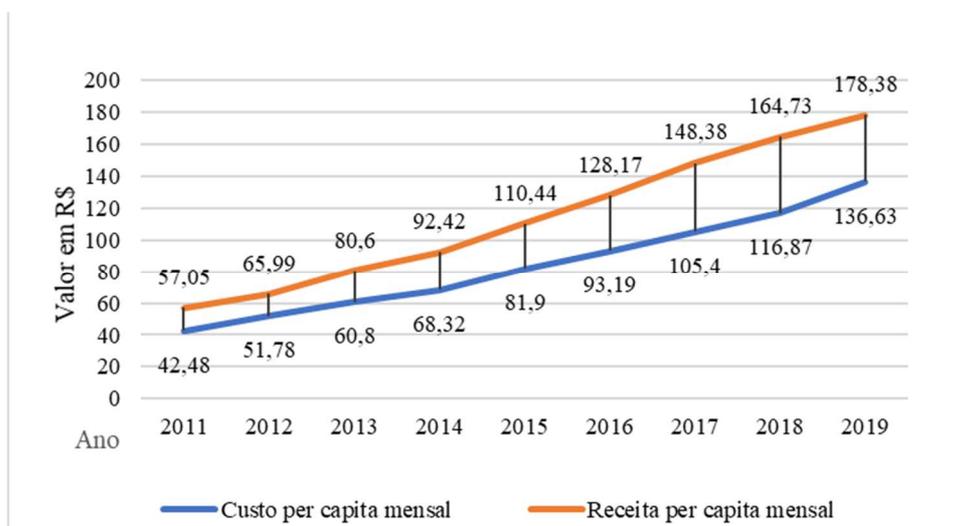


Fonte: ANS (2020)

A somatória do desempenho das adquiridas, com os resultados da empresa “A” mantém um padrão semelhante de receitas e despesas, com sinistralidade na casa dos 70%. Mesmo com

o impacto da inflação na evolução dos custos, e conseqüentemente, no preço repassado aos beneficiários, tanto a evolução da receita per capita média mensal quanto a evolução do custo per capita médio mensal cresceram quase na mesma proporção, tendo triplicado ao longo de 9 anos, conforme pode ser observado na Figura 5.6:

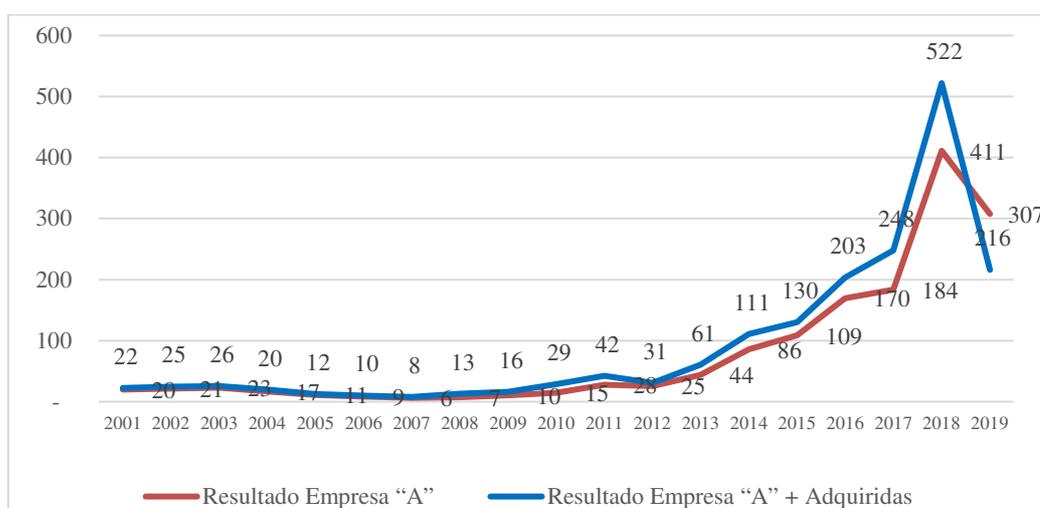
Figura 5.6 – Evolução per capita mensal da Empresa “A” (2011 a 2019)



Fonte: Adaptado de ANS (2020)

As aquisições ocorridas em 2019 focalizaram empresas cuja estratégia no controle de sinistro fosse semelhante àquela praticada pela empresa “A”. Isso pode ser confirmado também quando o resultado operacional do período é analisado, conforme Figura 5.7:

Figura 5.7 – Resultado Empresa “A” em R\$(000) – 2001 a 2019



Fonte: ANS (2020)

Em todo o período de regulamentação da ANS, de 2001 a 2019, a situação econômico-financeira da empresa “A”, tanto numa análise isolada quanto numa análise levando-se em conta as adquiridas, sempre foi de obtenção de lucro bruto. A empresa não teve prejuízos no período analisado, e poucos anos apresentaram queda de lucratividade bruta mediante ao período anterior. A queda no desempenho, observada em 2019, pode ser atribuída a dívidas assistenciais assumidas no momento da aquisição, e que foram incorporadas como custos da empresa “A”.

O aprendizado adquirido ao longo dos anos de negócio deve ter refletido em mudanças e melhorias de processo, atendimento e qualidade. Uma forma de se identificar mudanças nesse sentido, em operadoras de planos de saúde, é analisar o IDSS e suas dimensões ao longo do tempo, para verificar como a empresa evolui a cada diagnóstico.

De forma global, o IDSS da empresa “A” apresentou oscilações entre 2012 e 2019, especialmente relacionadas ao IDGA e ao IDGR. Em 2018 houve a maior queda no IDSS, impulsionada pela redução nos indicadores de qualidade em atenção à saúde (IDQS) e garantia de acesso (IDGA); esses indicadores estão relacionados com o atendimento dos beneficiários dentro do prazo estipulado pela ANS. O desempenho oscila entre mediano e equilibrado (conforme classificação da ANS apresentada no capítulo 3, mas há necessidade de melhorias, em especial nos quesitos satisfação dos usuários e dificuldades destes em reconhecer a qualidade do serviço prestado. Na Tabela 5.3 é possível observar a evolução da empresa “A” entre 2012 e 2019:

Tabela 5.3 – Evolução IDSS Empresa “A” (2012 a 2019)

<b>Ano Publicação/ Ano Base</b>	<b>IDSS</b>	<b>IDQS</b>	<b>IDGA</b>	<b>IDSM</b>	<b>IDGR</b>
2012 (2011)	0,5855	0,7686	0,4577	0,5087	0,4239
2013 (2012)	0,5646	0,8542	0,4983	0,3412	0,275
2014 (2013)	0,7527	1,0000	0,5588	0,8408	0,3638
2015 (2014)	0,7830	1,0000	0,5624	0,9234	0,4295
2016 (2015)	0,7713	1,0000	0,7795	0,8453	0,4603
2017 (2016)	0,7518	1,0000	0,6406	0,8640	0,5027
2018 (2017)	0,5910	0,5970	0,2064	0,9124	0,7626
2019 (2018)	0,7628	0,9134	0,4708	0,9465	0,6360

Fonte: ANS (2020)

A análise das 4 dimensões do IDSS conduz à conclusão de que, embora os indicadores apontem para problemas em múltiplas dimensões, a empresa “A” continua com o foco em expansão para internalização das atividades de forma verticalizada e mantendo controle de

custos, o que implica diretamente nos resultados medianos no indicador. Esse fato é reforçado pelo fato de a empresa “A” não ser uma operadora acreditada pela ANS.

A estratégia competitiva praticada é de liderança em custos, evidenciada pela busca transparente para eficiência do controle dos gastos, na manutenção da sinistralidade em 70%, e no fato da empresa não apresentar prejuízos. Essa conclusão está alinhada com as considerações apontadas durante as entrevistas: de acordo com todos os especialistas, a empresa “A” é conhecida no mercado de saúde suplementar por uma estratégia agressiva de liderança em custos, praticada através da oferta de uma mensalidade per capita por beneficiário mais baixo que outras empresas do setor, conseguido através da oferta restrita de procedimentos da ANS, no prazo máximo determinado, e na internalização quase total das atividades, com reduzida dependência de fornecedores. A estratégia de operações será descrita nas próximas subseções.

### 5.1.2 Estratégia de Operações – Empresa “A”

A estratégia competitiva de liderança em custos afeta diretamente a estratégia de operações da empresa “A”. Para a análise da estratégia de operações da empresa “A”, serão apresentadas nas próximas seções suas prioridades competitivas e os impactos das mesmas nas áreas de decisões estruturais e infraestruturais.

#### 5.1.2.1 Prioridades Competitivas – Empresa “A”

A análise das prioridades da empresa “A” foi feita, conforme explicitado no capítulo 3, levando-se em consideração fontes secundárias: dados divulgados pela ANS, dados institucionais, dados de mercado, desempenho nos indicadores da ANS, e a classificação pode ser observada no Quadro 5.1:

Quadro 5.1 – Síntese das prioridades competitivas – Empresa “A”

<b>Prioridade</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>
Disponibilidade e conveniência			
Personalização			
Custo			
Qualidade e confiabilidade			
Reputação			
Rapidez			
Consistência e competência			
Atendimento e comunicação			
Limpeza, conforto e segurança			

Fonte: Elaborado pela autora

No que tange à **disponibilidade e conveniência**, e às dimensões que compõem essa prioridade, a estrutura física é totalmente verticalizada, e os atendimentos, restritos aos locais das instalações. Caso o cliente necessite de atendimento, deve se deslocar até a localidade em que o serviço está instalado, e não tem opção de execução em rede contratada; não existe atendimento fora da área de atuação, nem mesmo de urgência e emergência. O IDGA da empresa, índice de garantia de acesso do IDSS, oscilou negativamente nos últimos 5 anos, o que indica dificuldades da empresa em garantir acesso ao serviço. Não há menção de termos que remetam a essa prioridade na identidade organizacional da empresa. A junção dessas situações leva a uma pontuação de baixa prioridade para o item.

A **personalização** de serviços, em se tratando de saúde, demanda questões de adequar gostos dos beneficiários com relação ao profissional e local de atendimento, à flexibilização. A estrutura totalmente verticalizada, que inclui inclusive atendimento em clínica própria, restringe a personalização dos serviços. A oscilação negativa do IDGA no período 2015 a 2019 indica que a empresa tem problemas nas condições relacionadas à rede assistencial, e isso abrange a oferta de rede de prestadores, o que impacta na possibilidade de personalização do serviço. Essa dimensão também não é citada na identidade organizacional, e o conjunto de fatores indica que essa é uma prioridade de baixa relevância.

A referência à (redução de) **custo** e à eficácia de seu controle pode ser observada em toda a identidade organizacional da empresa “A”; desde em sua missão, passando por sua visão e em seus valores. Todas as dimensões citam as expressões de eficiência em custo e preço acessível, o que reforça a relevância dessa dimensão na estratégia da empresa. A estrutura totalmente verticalizada, incluindo atendimento médico em clínicas próprias, também indica um cenário com foco em custos, o que foi reforçado ao longo de 2019 pelo movimento de expansão, com a aquisição de empresas que contam com atividades quase totalmente verticalizadas. É a empresa deste presente trabalho com a menor sinistralidade ao longo do período analisado, e não ultrapassa desde 2008 o percentual de 80%. No que tange ao IDSM, indicador do IDSS que monitora a solidez econômico-financeira, a empresa apresenta crescimento anual no desempenho do índice, e o quesito recursos próprios é o fator que mais pesa para a nota ser quase máxima nesse indicador em 2019. Todas essas evidências apontam para custos como alta prioridade da empresa.

A **qualidade** remete ao atingimento ou superação das expectativas em termos de materiais utilizados, atendimento e resultados auferidos. Ela está presente nos valores descritos na identidade organizacional, mas não é citada na missão e na visão. A empresa “A” não é acreditada pela ANS. O IDQS, índice de qualidade em atenção à saúde do IDSS, oscilou

negativamente entre 2017 e 2018, tendo uma melhora em 2019 que possibilitou quase a obtenção da pontuação total da empresa no quesito. A oscilação nos dados, em conjunto com citações pontuais na identidade organizacional, pode indicar que embora a qualidade seja algo para ser visto como prioridade, a empresa ainda está em consolidação da aplicação do conceito. A junção dessas situações leva a uma pontuação de média relevância para a prioridade qualidade.

No tocante à **reputação**, que aborda a imagem associada a atos com clientes e funcionários, a empresa possui um manual de Políticas Internas, disponível para consulta em mídias sociais, que esclarece suas regras internas para o público em geral; o código de conduta da instituição, porém, não estava divulgado. A reputação está presente na visão e nos valores descritos na identidade organizacional, através de expressões como solução diferenciada e qualidade técnica, o que demonstra que o planejamento da empresa aponta ou discursa apontar nessa direção. A taxa de reclamações teve crescimento ao longo dos anos, em especial em 2018. A flutuação negativa nas notas do IDGA indica que podem existir dificuldades por parte dos beneficiários em acessar o serviço prestado, e isso impacta na reputação. A junção de ações positivas, como a política interna e a identidade organizacional, com ações que prejudicam a avaliação da empresa, como o IDGA, a ausência de política de conduta, crescimento nas reclamações, leva a uma pontuação de média prioridade para o item.

A prioridade **rapidez** está relacionada com a entrega, o tempo de espera ou o tempo de resposta a uma solicitação ou demanda do beneficiário. Assim como observado na análise de outras prioridades, a verticalização pode ser elemento restritivo na priorização da dimensão, uma vez que esse tipo de estrutura com atendimentos somente em recursos próprios restringe as opções dos beneficiários ao criar filas atendidas por uma rede restrita, o que pode prolongar o tempo de execução de atendimentos (que possuem tempo de execução previsto pela ANS). A rapidez não está presente na identidade organizacional. O IDGA, em queda no período analisado, é um índice que também se relaciona com a rapidez e entrega, por mensurar a garantia ao acesso aos serviços dentro do tempo hábil previsto pela ANS. A oscilação negativa do IDGA nos últimos períodos, somada à estrutura física verticalizada, apontam que a rapidez não é a principal prioridade da empresa; porém, a obrigatoriedade de atendimento em tempo imposto pela ANS (sob ameaça de multa) aponta que essa é uma questão no mínimo acompanhada por ela. A junção dessas situações leva a uma pontuação de média prioridade para o item.

**Consistência e competência** é a prioridade competitiva relacionada à capacidade da organização em prestar o serviço. A prioridade está presente em todos os pontos da identidade

organizacional: na missão, encontra-se a expressão excelência de serviços; na visão, há a expressão excelência no atendimento, e nos valores, a expressão inovação em solução de problemas. Na análise do IDGR, que é o índice que afere o cumprimento das obrigações da empresa junto à ANS, é possível notar oscilação da nota ao longo dos últimos 5 anos, com queda em 2019, o que pode indicar que mesmo que a competência esteja registrada na identidade da organização, ela não é refletida na mensuração dos indicadores da ANS. A junção dessas situações leva a uma pontuação de média prioridade para o item.

**Atendimento e comunicação** dizem respeito a uma prioridade que trata do grau de atenção e simpatia dada pelos funcionários de contato e pela forma da empresa interagir com os clientes. Atendimento e comunicação estão presentes em todos os pontos da identidade organizacional: na missão, observam-se expressões como satisfação do cliente e excelência; na visão, através da expressão assegurando excelência no atendimento; nos valores, em termos como acolhimento de pessoas e na inovação em solução de problemas. Há a divulgação ao público de algumas políticas da empresa, tais como o Relatório Anual de Gestão, o Estatuto Social e as Políticas Internas, ainda que políticas da qualidade e compliance não fossem documentos com acesso liberado no momento da pesquisa. O índice de sustentabilidade no mercado, o IDSM, que é composto por indicadores que averiguam a taxa de resolução de queixas dos clientes e de reclamações gerais, apresenta crescimento anual, com a nota próxima à pontuação máxima em 2019, e isso também pode ser considerado como um fator de impacto positivo para o atendimento e comunicação. A junção dessas situações leva a uma pontuação de alta prioridade para o item.

Não há termos citados na identidade organizacional da empresa que remetam à **limpeza, conforto e segurança**; porém a maioria das unidades adquiridas no processo de expansão da empresa é de instalações novas, ou então reformadas após o processo. As notas do IDGA são compostas por indicadores como Qualidade de Hospitais e Qualidade de Laboratórios, e as quedas sucessivas no indicador podem indicar que há dificuldades em sustentar a prioridade limpeza, conforto e segurança. A junção dessas situações leva a uma pontuação de baixa prioridade para o item.

É possível concluir, após a análise das prioridades competitivas, que custo e atendimento e comunicação foram as prioridades competitivas identificadas como mais relevantes, e em contraponto, disponibilidade e conveniência e personalização são as prioridades com menor relevância para a empresa “A”. Essa conclusão está alinhada com as observações apontadas pelos 6 especialistas entrevistados: quanto maior a verticalização para

controle das operações, menor o poder de personalização dos serviços por parte dos beneficiários.

Dado o desenho da análise, pode-se afirmar que as prioridades competitivas declaradas pela empresa estão condizentes com a identidade organizacional e o mapa estratégico traçado, e que convergem com uma estrutura de negócios totalmente verticalizada. É necessário, assim, analisar como essas prioridades impactam as áreas de decisões estrutural e infraestrutural.

#### 5.1.2.2 Áreas de decisões estruturais – Empresa “A”

A **capacidade** de atender a demanda é uma decisão estrutural relacionada ao total que pode ser atendido, mediante o tamanho da instalação, os recursos disponíveis e a rede de prestadores contratada; no caso ainda das OPS, as decisões sobre capacidade de atendimento devem levar em consideração os prazos máximos estipulados pela ANS. A capacidade da empresa “A” está quase totalmente limitada à estrutura de atendimento viabilizada por recursos próprios, haja vista sua forma verticalizada, desde clínicas médicas, laboratórios, hospitais.

O aumento na capacidade de atendimento da empresa ocorre, quase exclusivamente, quando ela adquire novas estruturas, seja por meio da compra, construção ou incorporação. Os atendimentos médicos eletivos, no geral, ocorrem na clínica ambulatorial própria, que trabalha com regime de contratação de equipe médica por rodízio e limitação no teto de consultas por prestador. Os exames e procedimentos gerados em tais atendimentos são executados geralmente nas próprias clínicas da empresa. Como a rede prestadora é verticalizada, o beneficiário tem limitado poder de escolha do profissional ou local do prestador, e a oferta dos serviços é restrita ao rol de procedimentos exigidos pela ANS.

As **instalações físicas** das OPS devem ser dimensionadas para atender, adequadamente, todos os usuários de todas as localidades em que atua. A empresa “A” dispõe de serviços em toda sua área de atuação: a sede administrativa da empresa está em Fortaleza, na região Nordeste, mas a região central do Estado de São Paulo conta também com uma sede administrativa que coordena as operações da região. Por conta da verticalização das atividades, a empresa opta por vender serviços preferencialmente em cidades em que possui rede própria de atendimento.

A estrutura de atendimento da empresa conta, após as aquisições, com 185 clínicas, 179 centros ambulatoriais/exames/imagens, 42 prontos socorros e 39 hospitais que, embora distribuídos ao longo do território nacional, estão concentrados na região Nordeste. Nas cidades de pequeno e médio porte, toda a parte de assistência ao beneficiário se concentra numa única

região, centralizada, para facilitar acesso aos beneficiários; já nas cidades de grande porte, é possível encontrar polos de atendimento descentralizados, setorizados por região.

A **tecnologia** é uma decisão estrutural que pode estar relacionada com a automação dos processos, dado o equipamento e sistema utilizados ou necessários. Em se tratando do uso de tecnologias da informação, a empresa utiliza ERP em todas as unidades próprias. O ERP utilizado nos recursos próprios da matriz da empresa é o TASY, um dos principais ERPs atualmente presentes no mercado de saúde hospitalar, porém cada operadora adquirida após 2018 utiliza um sistema distinto. Há um processo na empresa para transição de sistemas e o uso de uma única ferramenta principal que permita consultar o atendimento realizado de qualquer localidade em que houver uma estrutura física própria. Ainda que o ERP não esteja totalmente padronizado, a empresa foi bem-sucedida no projeto para a digitalização total do prontuário dos pacientes: o prontuário eletrônico é utilizado em todas as unidades da empresa e através dele é possível consultar resultados de exames já realizados, evoluções de tratamentos, históricos médicos.

Outro processo relacionado com a tecnologia e que evoluiu após o avanço do prontuário eletrônico é aquele relacionado com a telemedicina. A telemedicina envolve um atendimento médico à distância, através de plataformas visual e sonora, que permite ao paciente contato com médico, sem necessariamente sair de sua residência e ir ao consultório ou hospital. Após regulamentação da ANS acerca desse tipo de atendimento, a empresa estabeleceu um protocolo em que a primeira consulta de triagem é presencial, e após avaliação de resultados de exames há a possibilidade de retornos com o médico através de site ou aplicativo próprio. Esse processo, que ainda está numa fase inicial, permite economia de escala e com investimentos com estrutura física: o médico pode atender de sua própria casa, e caso existam atrasos dos pacientes, há como adiantar as filas e rapidamente preencher a agenda. Do ponto de vista do cliente, ele não precisa aguardar o especialista estar presente na clínica de atendimento.

Aquisição e renovação do parque de equipamentos médicos, em especial relacionados a imagem, são também investimentos relacionados à decisão estrutural em tecnologia. Compra ou locação de equipamentos, especialmente de imagem, envolvem a imobilização de recursos financeiros e precisam ser comparados para que haja a verificação da melhor viabilidade de investimento, pois demandam alto valor. A empresa investiu, principalmente entre 2018 e 2019, na renovação do parque tecnológico instalado nas regiões em que a empresa pretende ampliar penetração (ou seja, Sul/Sudeste/Centro-Oeste). Como os polos do plano são direcionados para as cidades em que existe a presença do recurso próprio, o investimento nesse tipo de tecnologia

já prevê a demanda da carteira local, e o direcionamento a possíveis redes contratas, num processo de absorção verticalizada da carteira.

A **integração vertical** direciona para que as atividades chaves sejam integradas ao escopo produzido dentro da organização e envolve não apenas a estrutura interna, como também decisões do quanto aos terceiros que serão responsáveis pelas operações. A estrutura da empresa é quase totalmente verticalizada, e nas aquisições ocorridas em 2019, para expansão dos serviços prestados, foram priorizadas empresas que tinham estrutura de atendimento semelhante.

A relevância da estrutura verticalizada para as decisões estruturais é reforçada na identidade organizacional: está presente na missão, visão e valores. O intuito do negócio que internaliza as atividades e é verticalizado é o foco no controle total dos gastos: quando há capacidade de atendimento com uma estrutura verticalizada, não existe dependência de parceiros ou rede credenciada, e o controle dos custos depende exclusivamente da própria organização.

A abertura de capital da empresa “A” na bolsa de valores, em 2018, resultou em aporte financeiro que viabilizou os investimentos estruturais realizados especialmente em 2018 e 2019, e cujos focos foram em estruturas físicas próprias para a verticalização dos serviços nas novas áreas de atuação. O Quadro 5.2 apresenta um resumo das principais ações direcionadas para as decisões estruturais:

Quadro 5.2– Principais ações relacionadas às decisões estruturais – empresa “A”

<b>Capacidade de demanda</b>	<b>Instalações</b>	<b>Tecnologia e processo</b>	<b>Integração Vertical</b>
Capacidade da rede vertical	Em todo o raio de atuação	ERP (TASY)	Hospitais
Exigências ANS/ RN 259	Quase 100% vertical	Prontuário eletrônico e Telemedicina	Laboratórios e Clínicas

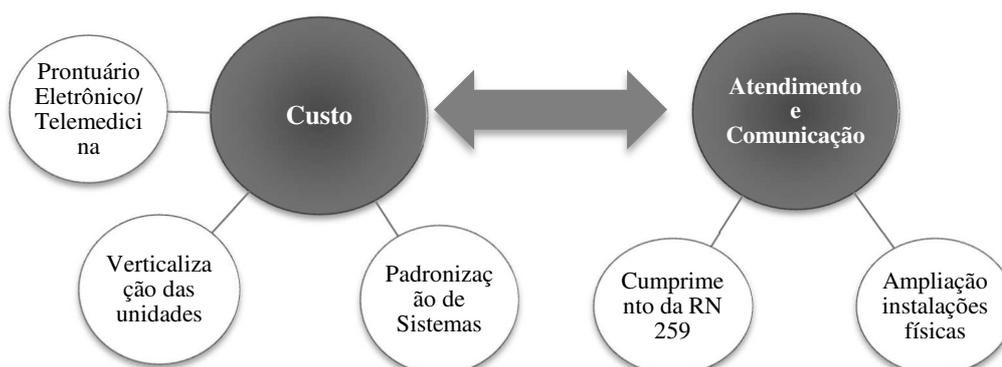
Fonte: Elaborado pela autora

A análise das decisões estruturais reflete os aspectos observados na estratégia competitiva e nas prioridades competitivas identificadas: o foco na verticalização é uma tática utilizada para otimizar a ocupação dos recursos próprios, reduzir o uso de rede prestadora para controle de custos e garantir que os atendimentos executados sigam somente o escopo definido pela ANS. Ainda que as decisões estruturais reflitam em investimentos para melhoria no atendimento, não se observou o impacto na avaliação da capacidade de atendimento e das instalações físicas representadas pelo IDSS. O IDGA, que mede a garantia de acesso através de indicadores como acesso a urgência e emergência, e a qualidade de hospitais e laboratórios,

esteve em 0,2064 em 2018, e 0,4708 em 2019, notas essas consideradas baixas, em especial para uma empresa com aporte de capital utilizado para ampliação na área estrutural.

A estrutura é a base para funcionamento da empresa e, com o mapa das decisões estruturais delineado, é possível relacioná-lo com as prioridades competitivas custo e atendimento. Essa relação pode ser averiguada na Figura 5.8. A padronização do sistema, a verticalização das unidades de atendimento, a instalação de prontuário eletrônico e da telemedicina podem ser entendidas como decisões estruturais ligadas à prioridade geralmente a um foco em custos. Em contrapartida, a ampliação das estruturas físicas, sempre localizadas em pontos centrais com fácil acesso, e o cumprimento da RN 259 são decisões estruturais ligadas ao atendimento e comunicação. As decisões estruturais não mudaram com a expansão dos atendimentos em território nacional: aquisições com estrutura verticalizada total e controle de custos.

Figura 5.8 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais - empresa “A”



Fonte: Elaborado pela autora

Operações verticalizadas, dependência mínima de prestadores e baixa opção de personalização demonstram o alinhamento da estratégia de operações com a estratégia competitiva. Essas conclusões vão de encontro com as percepções averiguadas durante as entrevistas com os especialistas: a empresa busca controlar toda a cadeia de atividades, para ganhar escala e reduzir custos; porém, ao restringir as operações de atendimento às estruturas próprias, a empresa fica suscetível a gargalos e formação de filas de espera para execução dos procedimentos, o que pode extrapolar os tempos impostos pela ANS. A análise das áreas de decisão estrutural é essencial para a compreensão da estratégia da empresa, mediante as prioridades competitivas. É necessário examinar também quais são, e como são conduzidas, as decisões infraestruturais.

### 5.1.2.3 Áreas de decisões infraestruturais – Empresa “A”

Por envolverem investimentos e custos em geral mais baixos do que as mudanças nas áreas estruturais, as áreas de decisões infraestruturais ganham maior flexibilidade para mudanças e alterações de projeto. Essas decisões estão diretamente relacionadas com a gestão: filas, fidelização, expectativa dos clientes etc.

A área de decisão infraestrutural, denominada **recursos humanos**, trata da forma de recrutar, preparar e manter equipes. A política de recursos humanos da empresa é corporativa e voltada principalmente à região Nordeste. A estrutura organizacional é composta por 22.225 colaboradores próprios, entre contratos jurídicos e na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e outros 8.000 funcionários de empresas terceirizadas. Os benefícios oferecidos aos colaboradores são os padrões do mercado de saúde suplementar: assistência médica e odontológica subsidiada, auxílio creche e auxílio funeral, vale transporte, refeitório ou vale refeição. Para algumas localidades há o seguro de vida em grupo e determinadas categorias recebem remuneração variável. A empresa possui um programa de treinamento de funcionários com foco para que o engajamento crie uma conduta de proprietário.

Do total de funcionários do quadro, metade possui entre 30 e 35 anos, e 69,2% são mulheres. Do total de vagas ocupadas, 86% são alocadas na região Nordeste. Não há mulheres ocupando os cargos na diretoria executiva, presidência e vice-presidência, nem no conselho de administração. A taxa de rotatividade em 2019 foi 33%, considerado um percentual elevado para esse indicador, o que pode tanto indicar que a empresa oferta salário e benefícios insuficientes para reter talentos quanto que está passando por um processo de adequação do quadro de funcionários, por conta das empresas incorporadas.

A **qualidade** é a área de decisão infraestrutural relacionada às práticas que envolvem o desenvolvimento e melhoria dos processos produtivos, controle de erros e garantias nas entregas. Na empresa a área de qualidade está subordinada à Superintendência de Rede Própria. De acordo com as ações divulgadas no GRI 2019, foi possível identificar na pesquisa uma série de ações implementadas na empresa, em 2019, para melhoria na qualidade dos processos e procedimentos, e esse fato pode estar ligado às notas do IDSS, cuja queda nos indicadores pode apontar redução na percepção de qualidade nos serviços entregues pelos hospitais e laboratórios: o protocolo de atendimento nas unidades de emergência; padronização de procedimentos, com uso de kits fechados conforme o diagnóstico e tratamento; criação de selo

de qualidade próprio; criação de um programa interno de acreditação para todos os hospitais, pronto-atendimentos e clínicas, que, até a data dessa pesquisa, auditou 14 hospitais próprios.

Ainda que a qualidade não esteja entre as prioridades competitivas da empresa, de acordo com os critérios usados para inferir a informação, ela está presente em sua identidade organizacional, e o investimento nessa área infraestrutural, percebido principalmente nas ações de 2019, impacta não só nas mudanças de processos, como também podem corrigir o desempenho nos indicadores do IDSS, em especial, o IDSM e o IDGA.

**Planejamento e controle da produção/ materiais** é a área infraestrutural que envolve as previsões, a operação e as expectativas de produção ou atendimento, que vão desde a necessidade dos materiais, até a quantidade de pessoas/turnos necessários para o atingimento da atividade. A principal atividade relacionada ao planejamento apontada pelo estudo é a adoção do prontuário eletrônico; com o formato eletrônico do prontuário do beneficiário, tornou-se possível para a empresa o controle da quantidade e do tipo de exames executados pelos beneficiários. Não raro, diferentes especialidades solicitam os mesmos exames, e o formato eletrônico alerta cada especialista sobre esse tema, bem como sobre os resultados já colhidos, e isso reduz o retrabalho da organização.

**Novos produtos** é a área infraestrutural que envolve o processo para desenvolvimento de novos produtos e visa atender as demandas de consumidores e evoluções tecnológicas. Foi possível averiguar que a empresa desenvolveu um novo produto (serviço de saúde) com foco regional, com preços mais acessíveis para serviços totalmente verticalizados e restritos ao raio de atuação; esse produto foi introduzido através da entrada nos novos mercados resultantes das incorporações e aquisições nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.

No que tange a novos serviços relacionados à evolução tecnológica, houve a introdução da telemedicina; tecnologia que foi foco de uma das decisões estruturais. A telemedicina permitiu à empresa a criação de um produto verticalizado e quase totalmente virtualizado, e que ampliou os limites de atuação do negócio, uma vez que o beneficiário pode estar em qualquer local do país, e ser atendido por um profissional que está em qualquer região do país, desde que ambos tenham acesso à internet, e o médico, ao ERP e demais ferramentas da empresa “A”.

**Medidas de desempenho** é uma área de decisão infraestrutural que envolve a seleção e adoção de indicadores que reflitam a realidade da organização (produtiva, logística, financeira) e permitam o gerenciamento do negócio. Dentro da realidade da Saúde Suplementar, é essencial o acompanhamento da evolução anual do IDSS, conjunto de indicadores que a empresa acompanha para mensurar o desempenho naquelas frentes consideradas essenciais pela

ANS para a continuidade do negócio. O desempenho irregular nesses indicadores, inclusive, resultou em mudanças nos processos relacionados às decisões infraestruturais da qualidade.

A empresa divulga anualmente o balanço social da organização, e ele é fonte da base dos indicadores econômico-financeiros como: capital circulante líquido (CCL), lucro líquido (LL), fluxo de caixa (FC), ressarcimento ao SUS, provisão de eventos não previstos, e sinistralidade.

A partir de 2019, a empresa “A” adotou os indicadores do relatório de sustentabilidade do GRI, que incluem perfil dos colaboradores (região, sexo, idade, turno, admissões, demissões, rotatividade), composição do Conselho de Administração (sexo e idade) e consumo de energia (fontes renováveis e não renováveis), numa iniciativa de transparência dos dados. No GRI também é citada a sinistralidade, uma das principais medidas de desempenho acompanhada pela empresa, visto que o índice é divulgado em diversos relatórios distintos.

A **organização** é a decisão infraestrutural que envolve a estruturação interna da empresa e a construção do organograma, o que inclui o nível de centralização e a estrutura da liderança. A estrutura organizacional, já apresentada na análise da estratégia competitiva, é robusta, com níveis hierárquicos associados a cada área de atuação da empresa. O organograma reforça aspectos já observados na análise de outras dimensões: o esforço para tornar-se uma empresa com abrangência nacional está presente numa diretoria focada nas regiões Sul/Sudeste/Centro. Há também uma diretoria focada apenas nas ações digitais e de inovação. A área de Ouvidoria (que engloba também o SAC) responde diretamente para a Presidência, por ser um canal direto entre a ANS e a empresa, no que diz respeito a NIP e processos administrativos da ANS.

De acordo com as informações coletadas nas entrevistas com os especialistas, existe uma tendência de a empresa “A” estabelecer novas sedes regionais em centros urbanos que possuem cursos na área da saúde e ampla oferta de mão-de-obra em formação. Essa operação permitiria à empresa praticar o pagamento do piso salarial das categorias, numa ação para controle de custos; a prática, porém, deixaria a empresa suscetível a uma taxa maior de rotatividade de funcionários. Essa questão foi constatada na análise das decisões infraestruturais da organização: a política de benefícios é restrita às obrigações firmadas em acordos sindicais, e em 2019 se observou uma rotatividade de 33% dos funcionários; a rotatividade poderá levar a uma perda de conhecimento (o novo funcionário precisará de uma curva de aprendizado), o que poderá prejudicar sobremaneira a qualidade mínima aceitável em estratégias de liderança em custo.

A descrição das áreas de decisão infraestruturais completa a análise da estratégia de operações. É possível notar que há convergência entre as prioridades competitivas custo e

atendimento, as decisões estruturais em verticalização do negócio e atendimento dos prazos da ANS, de intensificação do uso tecnológico nos processos, com adoção de prontuário eletrônico, da telemedicina, e as decisões estruturais de acompanhar indicadores da ANS, e de expansão com atividades internalizadas.

### 5.1.3 Síntese e considerações sobre a Empresa “A”

A estratégia competitiva adotada é de liderança no custo total, com ações voltadas para o controle de custos e despesas gerais, utilização de economias de escala e aprendizagem de redução de custos pela experiência, e padronização do serviço entregue. O mapa estratégico reforça as mesmas prioridades competitivas identificadas para a empresa: custo e atendimento. Em alinhamento com a estratégia competitiva, a estratégia de operações prioriza custos e atendimento ao cliente, e todas as decisões estruturais e infraestruturais da empresa são compatíveis com as prioridades declaradas.

Desde o desenvolvimento da identidade organizacional, passando pelas prioridades competitivas, é possível notar que o foco da empresa é eficiência em custo, o que a empresa busca atingir com seu crescimento e verticalização das atividades. Essa observação também foi fundamentada durante as entrevistas realizadas com os especialistas do setor.

As decisões estruturais apontam para investimentos em longo prazo em estruturas próprias e tecnologias que permitam autonomia da empresa mediante seus prestadores de serviços, e não foram encontrados elementos que apontem para melhoria da qualidade nessas decisões. As decisões infraestruturais indicam investimentos de curto e médio prazo em ações que reforçam as decisões estruturais; foi possível notar um movimento nas decisões referentes à qualidade, com a implementação de selos internos de qualidade e núcleos de acompanhamento, mas essas decisões parecem estar mais relacionadas a padronizações de materiais, medicamentos e procedimentos para melhora em aquisições e controle de gastos, do que efetivamente numa mudança de patamar na qualidade dos serviços prestados. Não há investimento em P&D.

A empresa “A” não é uma operadora acreditada pela ANS e não tem política de qualidade e *compliance* disponíveis para consulta. Apresentou IDSS variável ao longo dos anos, obtendo em 2019 o resultado de 0,5910, em que pesou a baixa pontuação no Índice de Desempenho de Garantia de Acesso (IDGA). Foi possível verificar que existe alinhamento entre a estratégia de operações – com foco em decisões estruturais e infraestruturais voltadas

para ampliação da verticalização das atividades e controle de gastos – com a estratégia competitiva de liderança em custo.

## **5.2 Empresa B – Medicina de Grupo**

A empresa “B” é uma medicina de grupo, que comercializa planos de saúde, e com estrutura de atendimento mista: trabalha em parceria com laboratórios, clínicas e hospitais credenciados, porém é proprietária de uma ampla gama de recursos próprios no eixo Rio-São Paulo, e mais recentemente, também adquiriu unidades hospitalares no Rio Grande do Norte e Pernambuco.

Desde o início das operações na década de 1970 até os anos 2012, o foco de atuação da empresa estava no atendimento da região Sudeste, principalmente nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Em 2012, a empresa “B”, que até então atuava no mercado com a estratégia competitiva de enfoque, passou a integrar um grupo internacional, com matriz norte americana.

A formação do conglomerado deu início a uma etapa de expansão para outras fronteiras nacionais e internacionais, sempre como foco a aquisição de hospitais: março/2013, aquisição de 6 hospitais e 2 clínicas ambulatoriais em Portugal; em novembro/2013, aquisição de 1 hospital no Ceará; em 2014, aquisição de 4 hospitais no interior e litoral de São Paulo; em 2015, aquisição de 1 hospital no Ceará, e outro no Rio Grande do Norte; em 2016, aquisição de 2 hospitais e várias clínicas ambulatoriais em São Paulo e outros 2 hospitais no Rio de Janeiro. A apresentação e análise das estratégias competitiva, e os impactos dessa na estratégia de operações serão detalhadas nas próximas seções.

### **5.2.1 Estratégia Competitiva – Empresa “B”**

A empresa “B” possuía, em dezembro de 2019, 3.098.810 vidas, o que lhe conferia a 2ª posição geral entre todas as operadoras atuantes no mercado, no que se refere a quantidade de vidas. Possui ainda 20 mil colaboradores espalhados entre as unidades administrativas e assistenciais.

A forma de atuação para ampliação da carteira de beneficiários, a entrada em novas regiões, a evolução controlada da sinistralidade do contrato são fatores que fazem parte da mudança na estratégia competitiva, que foi de enfoque até 2012 para diferenciação a partir de então, e que será averiguada através dos dados publicados no relatório de sustentabilidade, e das evoluções analisadas através da base de dados da ANS.

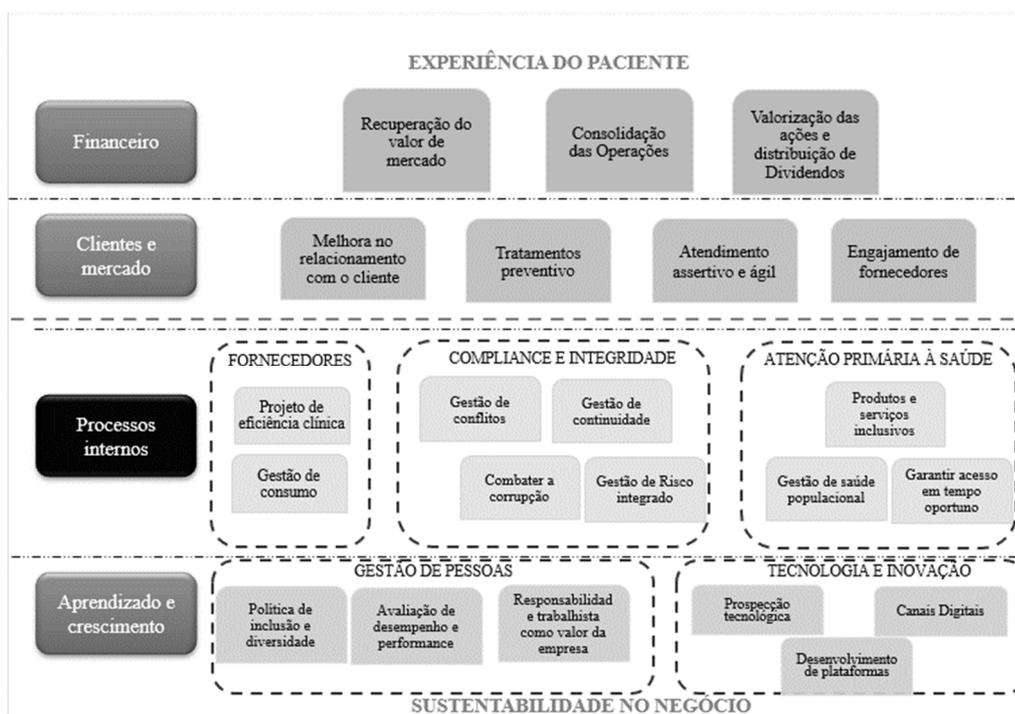
Em 2018, a empresa realizou um processo interno de reposicionamento da marca, caracterizado pela mudança na identidade organizacional, com a finalidade de posicionar a

estratégia na diferenciação do serviço prestado e acessibilidade dos beneficiários, tanto às estruturas físicas, quanto a suporte tecnológico. A identidade organizacional divulgada no GRI 2019 é:

- i) Missão: ser a melhor assistência à saúde, com foco na experiência, no alto desempenho e na inovação de processos;
- ii) Visão: contribuir para que o sistema de saúde funcione melhor no país;
- iii) Valores: Integridade; Compaixão; relacionamentos; inovação; performance;
- iv) Propósito: Cuidado Certo.

A identidade organizacional apresenta termos que expressam foco em transformar a relação com os beneficiários, de forma a ser a melhor solução em performance e inovação. A internacionalização, cujo resultado imediato foram aquisições de estruturas físicas hospitalares, não está declarada na identidade organizacional, o que dá indícios que o processo de internalização pode estar focado em nichos específicos, e cujo foco não deverá ser redução de custos. O mapa estratégico, apresentado na Figura 5.9, e desenhado a partir das informações do GRI 2018, está alinhado com a identidade organizacional, por tratar da experiência do paciente, de forma sustentável no mercado.

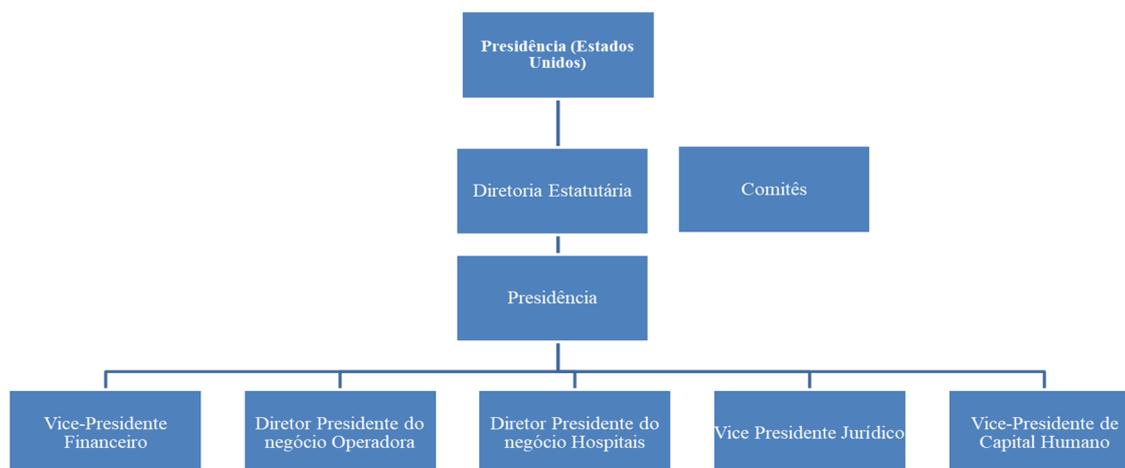
Figura 5.9 – Mapa Estratégico Empresa “B”



Fonte: Adaptado pela autora

A estrutura organizacional da empresa, que pode ser observada na Figura 5.10, é composta por 3 vice-presidências e 2 diretorias distintas, que estão abaixo da Presidência e da Divisão Estatutária do grupo, que por sua vez responde para a Presidência Internacional. O organograma é relativamente enxuto, levando-se em conta o tamanho da empresa e a complexidade das atividades, mas reflete a estrutura de internacionalização pela qual a organização passou nos últimos anos, com a estruturação da divisão brasileira ao modelo da matriz.

Figura 5.10 – Organograma Empresa B



Fonte: Adaptado pela autora

No que tange aos processos internos divulgados para os beneficiários, acionistas, colaboradores e público geral, se destacam:

- 1) Relatório Anual de Gestão;
- 2) GRI;
- 3) Balanço Social;
- 4) Demonstrações Financeiras;
- 5) Código de Conduta (Ética);
- 6) Política da Qualidade;
- 7) Práticas de Sustentabilidade;
- 8) Governança Corporativa
- 9) *Compliance*

A empresa “B” demonstra transparência na divulgação das demonstrações financeiras, GRI e relatório de gestão. Dispõem de um espaço em sua página para divulgação das práticas organizacionais, tanto no modelo brasileiro, como na empresa focal do negócio (matriz norte

americana). A empresa, que é um gigante no setor, ao longo do período 2011 a 2019 sempre teve um total de beneficiários acima de 2,5 milhões, o que a coloca em 2º lugar no número de vidas do período.

A carteira de beneficiários reúne um mix de planos coletivos empresariais e planos individuais. É possível observar dois padrões temporais na evolução de beneficiários, conforme Tabela 5.4: entre 2011 e 2014, houve crescimento acima de 2 dígitos em todos os anos do período, saltando de 2,6 milhões para 4,1 milhões. O ano de 2013, logo após a internacionalização e a primeira aquisição no Nordeste, foi o período com maior taxa de crescimento, atingindo 22%. A partir de 2015, contudo, a empresa teve perda de beneficiários em todos os períodos subsequentes.

Tabela 5.4 – Evolução Beneficiários x Reclamações da Empresa “B” (2011 a 2019)

<b>Mês</b>	<b>Beneficiários</b>	<b>Taxa de Crescimento Beneficiários</b>	<b>Reclamações</b>	<b>Taxa de Crescimento Reclamações</b>	<b>Reclamações por Milhões de Beneficiários</b>
dez/11	2.624.621		2158		0,822
dez/12	2.930.303	12%	3578	66%	1,221
dez/13	3.565.167	22%	7966	123%	2,234
dez/14	4.148.554	16%	15250	91%	3,676
dez/15	3.952.532	-5%	9949	-35%	2,517
dez/16	3.821.106	-3%	11455	15%	2,998
dez/17	3.600.501	-6%	10230	-11%	2,841
dez/18	3.580.966	-1%	11554	13%	3,227
dez/19	3.098.810	-13%	12393	7%	3,999

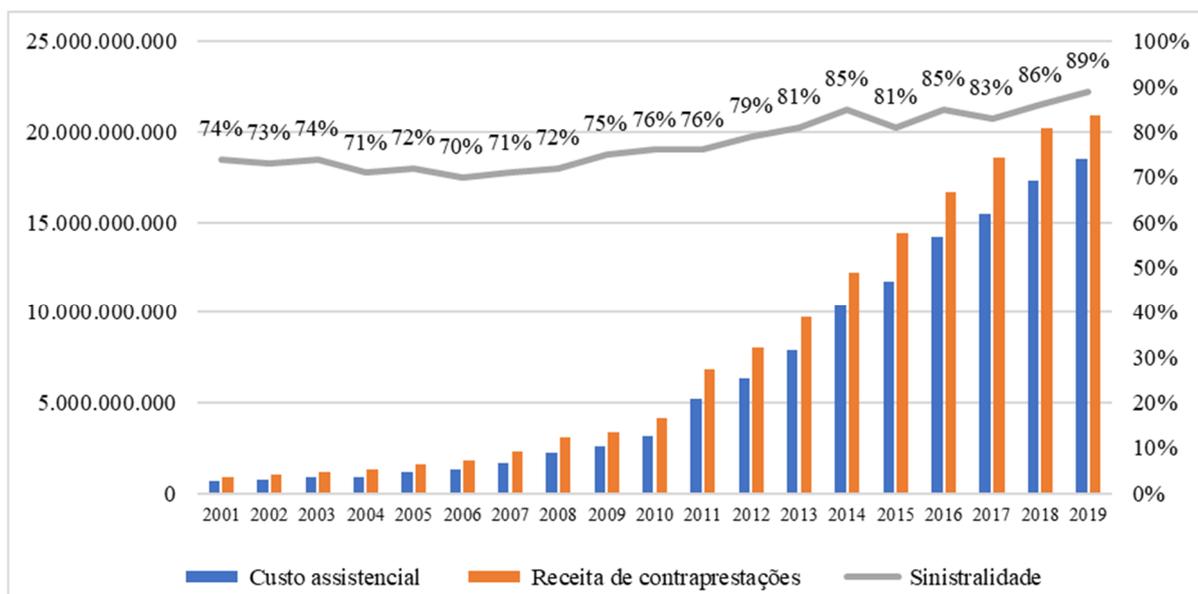
Fonte: ANS (2020)

A mudança de posicionamento na estratégia competitiva, somada a um possível maior impacto da crise econômica, levou a uma perda de 1 milhão de beneficiários entre 2014 e 2019. A redução no número de beneficiários segue sentido oposto à evolução nas reclamações deles. Ao longo dos últimos 9 anos há um aumento nas reclamações de beneficiários da empresa “B” junto à ANS, e ainda que o aumento no número de reclamações dos beneficiários possa ser justificado pela capilaridade de acesso dos usuários de plano de saúde junto à ANS, o constante crescimento pode ser um alerta de insatisfação dos clientes com os serviços prestados.

A empresa “B” não teve retração na receita total de contraprestações com o plano de saúde, e nem nas despesas assistenciais, no período analisado. Isso implica que tanto o ticket médio anual, quanto o custo per capita anual subiram além da taxa de saída de beneficiários. Contudo, o crescimento dos gastos assistenciais foi maior que o crescimento da receita, o que impactou numa sinistralidade com trajetória crescente, acentuada a partir de 2013, e com ápice

no índice em 2019. A evolução da receita, custos e sinistralidade pode ser observada na Figura 5.11:

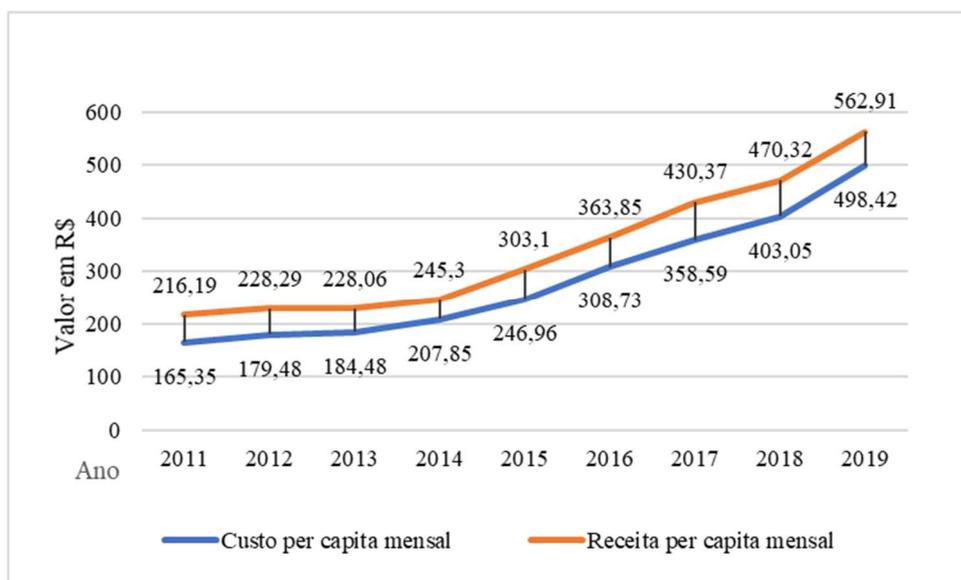
Figura 5.11 –Evolução Empresa “B” Receita x Custo x Sinistralidade (2001 a 2019)



Fonte: ANS (2020)

Na análise da evolução per capita média mensal da receita e do custo, fica evidenciado um crescimento dos custos entre 2014 e 2015, quando eles ficam próximas as receitas, conforme pode ser observado na Figura 5.12:

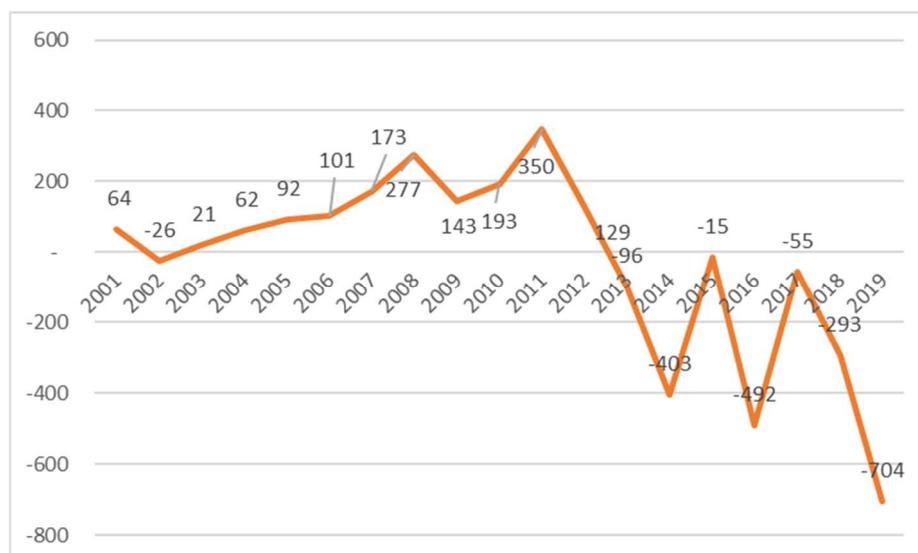
Figura 5.12 – Evolução per capita mensal da Empresa “B” (2011 a 2019)



Fonte: Adaptado de ANS (2020)

O crescimento mais acelerado dos custos assistenciais, e o aumento da sinistralidade impactaram no resultado financeiro, conforme pode ser observado na Figura 5.13. Assim como na análise de beneficiários, é possível observar dois padrões temporais na evolução dos resultados: entre 2001 e 2012, a empresa apresentou lucro anual, ainda que em alguns períodos, como em 2003 e 2012 os resultados obtidos foram menores do que nos anos anteriores. A partir de 2013, a empresa acumulou prejuízos, sendo o maior deles em 2019. O período de prejuízos, de 2013 a 2019, corresponde ao período em que ocorre o aumento da sinistralidade da empresa, e é subsequente a 2012, ano da integração ao grupo internacional. A internacionalização da empresa “B” levou a mudanças na contabilização das provisões, para atendimento de regras externas, e essas mudanças também afetaram o resultado anual.

Figura 5.13 – Resultado Empresa “B” em R\$(000) – 2001 a 2019



Fonte: ANS (2020)

Além do aprendizado refletido nos programas de assistência aos beneficiários, há mudanças advindas do acompanhamento do IDSS e suas dimensões ao longo do tempo. Na Tabela 5.5 é possível observar a evolução do IDSS entre 2012 e 2019. O IDSS apresentou crescimento entre 2016 e 2019, impulsionado pelas dimensões referentes à sustentabilidade no mercado (IDSM), e garantia de acesso (IDGA). Há convergência entre a estratégia de crescimento, via aquisições, para expansão dos serviços prestados, com o crescimento do IDSS. A pontuação do IDSS em todo o período classifica a operadora com estrutura operacional e financeira que garantem permanência no mercado e satisfação dos usuários. A esfera relacionada à sustentabilidade do mercado (IDSM) é aquela que apresentou maior crescimento

no conjunto de índices, com obtenção de nota máxima em 2018, e manutenção dela em 2019. Ainda que o IDSM seja um indicador de sustentabilidade da operadora no mercado, os indicadores do IDSS não refletem a sustentabilidade financeira, que no caso da empresa “B”, acumula prejuízos ao longo dos últimos anos.

Tabela 5.5 – Evolução IDSS Empresa “B” (2012 a 2019)

<b>Ano Publicação/ Ano Base</b>	<b>IDSS</b>	<b>IDQS</b>	<b>IDGA</b>	<b>IDSM</b>	<b>IDGR</b>
2012 (2011)	0,7793	0,9415	0,7390	0,7061	0,5684
2013 (2012)	0,7566	1,0000	0,6244	0,8508	0,3079
2014 (2013)	0,6981	0,8430	0,7012	0,8829	0,2204
2015 (2014)	0,7363	0,8389	0,6910	1,0000	0,3127
2016 (2015)	0,8898	0,9151	0,9009	0,7890	0,9543
2017 (2016)	0,8763	1,0000	0,7188	0,8640	0,9227
2018 (2017)	0,9027	0,9940	0,7270	1,0000	0,8639
2019 (2018)	0,9266	0,9477	0,8638	1,0000	0,8316

Fonte: ANS (2020)

O controle absoluto dos custos não é o alvo principal da estratégia da empresa, o que é evidenciado tanto no aumento da sinistralidade, quanto no acúmulo de prejuízos financeiros (o que não impede, no entanto, ações para melhoria desses indicadores). Foi possível verificar uma mudança na estratégia competitiva da empresa “B”: até 2012, a estratégia competitiva apresentava maior característica de foco, atuando regionalmente nas regiões metropolitanas da grande São Paulo e do Rio de Janeiro, e comercialização de planos para grupos empresariais. Após 2012, houve uma gradativa mudança para estratégia competitiva em diferenciação, estratégia dominante em 2019, ano da finalização do estudo: com a internacionalização do negócio e o investimento financeiro para aquisição de recursos próprios, em especial hospitais especialistas, a empresa passou a atuar em âmbito nacional e internacional, e comercializar o plano de saúde em contratos individuais, e a rede de prestadores contratados foi ampliada, com o intuito de oferecer opção aos beneficiários. Os impactos da mudança da estratégia, e o alinhamento ou não nas operações, será discutido nas próximas subseções.

### 5.2.2 Estratégia de Operações – Empresa “B”

A estratégia competitiva de diferenciação afeta diretamente a estratégia de operações. Nas próximas seções as prioridades competitivas e as decisões estruturais e infraestruturais que compõem a estratégia de operações da empresa “B”.

### 5.2.2.1 Prioridades Competitivas – Empresa “B”

A análise das prioridades da empresa “B” foi feita levando em consideração fontes secundárias, em especial os dados disponíveis no *Tabnet* da ANS e o GRI 2019 divulgado, além de dados institucionais, dados de mercado, desempenho nos indicadores de desempenho da ANS. A classificação da síntese das prioridades pode ser observada no Quadro 5.3

Quadro 5.3 – Síntese das prioridades competitivas – Empresa “B”

Prioridade	Alta	Média	Baixa
Disponibilidade e conveniência			
Personalização			
Custo			
Qualidade e confiabilidade			
Reputação			
Rapidez			
Consistência e competência			
Atendimento e comunicação			
Limpeza, conforto e segurança			

Fonte: Elaborado pela autora

A estrutura de **disponibilidade e conveniência** adotada é formada por uma rede mista, que conta tanto com estrutura própria em grandes centros urbanos, quanto com estrutura da rede credenciada em todas as áreas de atuação. A ampliação da rede própria de atendimentos no período 2013 a 2016, com aquisições principalmente de hospitais, possibilitou a evolução da estrutura de quase totalmente horizontalizada, para mista. Os hospitais e clínicas adquiridos estão localizadas em regiões em que a empresa não atuava, numa iniciativa de buscar a entrada em novos mercados. Essa prioridade competitiva pode ser identificada na identidade organizacional: na missão, há a expressão “ser a melhor”; na visão, a expressão “contribuir para a melhora”; nos valores, há o destaque para a “compaixão”. O IDGA vem recebendo melhores notas entre 2017 e 2019, o que indica que as ações da empresa nesse período melhoraram a garantia de acesso ao serviço. A evolução positiva nas notas do IDGA, a forma de expansão para ampliação da disponibilidade do serviço, e a identificação de termos que remetem ao favorecimento de disponibilidade e acesso leva a inferir que essa é uma alta prioridade.

A estrutura mista da rede de atendimentos permite ampla disponibilidade de escolha do prestador que executará/acompanhará o tratamento médico hospitalar do beneficiário, conforme sua conveniência. Dessa forma, há como o próprio beneficiário **personalizar** os serviços que deseja, de acordo com suas necessidades. O aumento crescente do IDGA no

período 2017 a 2019 indica que a empresa trabalhou para melhorar a performance nas condições relacionadas à rede assistencial, e isso abrange a ampliação de serviços em estabelecimentos próprios, o que impacta na opção de personalização do serviço. Essa dimensão não é citada de forma direta na identidade organizacional, e não há também sinônimos diretos correlacionados. A evolução positiva nas notas do IDGA, a forma de expansão para ampliação da disponibilidade do serviço, associado, porém à não identificação de termos que remetem ao favorecimento de personalização leva a inferir que essa é uma prioridade média.

No que tange à prioridade **custo**, não existe referência direta a esse termo, ou sinônimos como e eficácia financeira e controle de gastos, na identidade organizacional, ainda que nos valores haja referência à performance, de forma abrangente e não direta. Mesmo que o controle de custo seja um tema relevante na estratégia de operações da empresa, ele não é expressamente divulgado para o público-alvo. A sinistralidade da empresa apresenta ascensão entre 2013 e 2019, e no mesmo período, houve uma sequência de prejuízos nos resultados financeiros; ainda que esses prejuízos estejam ligados a questões de adequações do balanço às normas internacionais (à qual a empresa deve atender), esses fatores podem ter impacto justamente na mudança do modelo horizontalizado para misto, em que houve o ingresso de hospitais próprios, e consequentemente, os custos do mesmo, sem haver redução nos gastos com a rede credenciada. Com relação ao IDSM, indicador do IDSS que monitora a solidez econômico-financeira, mesmo que apresente prejuízos financeiros apresenta nota máxima no desempenho do índice no biênio 2018-2019, e o quesito recursos próprios é o fator que mais pesa para a nota. Essas evidências permitem inferir que embora custo (e seu consequente controle) não seja um tema divulgado para os clientes, é algo relevante para a existência do negócio, e essa é uma prioridade média para a empresa.

A **qualidade** pode ser identificada na identidade organizacional através de sua presença na missão, pelo termo alto desempenho; é citada também por expressões sinônimas na visão e nos valores: sistema melhor, performance. Está ainda presente nas políticas divulgadas pela corporação. A empresa “B” não é acreditada pela ANS, mas diversos hospitais próprios possuem certificação ONA e *Joint Commission International* (JCI). O IDQS, índice de qualidade em atenção à saúde do IDSS, teve uma discreta queda desde 2017, mas isso não distanciou a empresa de uma pontuação quase total no quesito, e isso significa que a operadora tem estrutura operacional e financeira que garantem permanência no mercado e satisfação dos usuários. Mesmo que qualidade seja um tema relevante na empresa, ações como a ausência de expressões que remetam ao termo na missão da empresa, a falta de acreditação pela ANS, levam

a dedução que esse não é o principal foco da empresa, quando remete seus serviços aos beneficiários. Infere-se, dessa forma que a qualidade tem média relevância como prioridade.

A empresa “B” publica diversas políticas e ações que impactam positivamente em sua **reputação**: código de conduta (Ética); política da qualidade; práticas de sustentabilidade; *compliance* são relatórios que divulgam atos da organização relacionados às práticas relevantes para o ambiente e a sociedade. Além disso, a empresa divulga no GRI uma série de ações e práticas que impactam não somente os beneficiários, como também toda a sociedade. Apesar dessas políticas, não existe referência direta, ou termos sinônimos à reputação na identidade organizacional da organização. A taxa de reclamações teve crescimento 2011 e 2014, mas se mantém estável em termos absolutos desde então. A melhora do IDGA pode ser um sinalizador que houve melhora por parte dos beneficiários em acessar o serviço prestado, e isso também impacta na reputação. Embora existam ações positivas para o reforço da reputação, com divulgação de práticas e melhora do IDGA, a ausência desse termo na identidade organizacional, e a manutenção nos valores absolutos das reclamações colocam essa prioridade como sendo de média relevância.

A estrutura de atendimento mista, que conta com estruturas próprias e ampla rede credenciada, contribui para a **rapidez** na entrega dos serviços, e redução no tempo de espera e no tempo de resposta a uma solicitação ou demanda do beneficiário. A aquisição de unidades para expansão dos serviços verticalizados não comprometeu a gama de prestadores credenciados no período analisado; além de não descredenciar prestadores, a empresa optou por ampliar a oportunidade de escolha dos beneficiários, com ações de impacto no tempo de execução de atendimentos (que possuem tempo de execução previsto pela ANS). A rapidez está presente nos valores da identidade organizacional, através da expressão “performance”. A melhora da nota do IDGA no biênio 2017-2019 reflete que há uma melhora no acesso dos beneficiários aos serviços, e isso também é reflexo da velocidade nos atendimentos. A melhora do IDGA, a expansão na rede (própria e credenciada) de prestadores, a alusão à performance nos atendimentos, apontam que a rapidez está entre as principais prioridade da empresa, com alta relevância.

A **consistência e competência** está presente na missão, com a expressão “alto desempenho”, e nos valores da identidade organizacional, através da expressão “performance”. Na análise do IDGR, que é o índice que afere o cumprimento das obrigações junto à ANS, como entrega de dados e qualidade dos dados, é possível notar que há oscilação nas notas ao longo dos anos: em 2015, o índice era de somente 0,31, (provavelmente influenciado por problemas nos dados entregues), e ainda que tenha crescido em 2016 para 0,95, voltou a apresentar queda

nos anos seguintes. Mesmo com referência aos termos da prioridade na identidade da organização, as baixas notas nos indicadores da ANS, levam a inferir que consistência e competência são de baixa prioridade.

A missão destacada na identidade organizacional cita a expressão “melhorar a experiência do cliente”, o que está relacionado ao **atendimento e comunicação**. Há ampla divulgação ao público das políticas e ações da empresa, através de materiais como o Relatório Anual de Gestão, o Estatuto Social e as práticas de sustentabilidade, governança corporativa, políticas da qualidade e *compliance*. O índice de sustentabilidade no mercado, o IDSM, que é composto por indicadores que averiguam a taxa de resolução de queixas dos clientes e de reclamações gerais, apresenta pontuação máxima desde 2018, e isso também pode ser considerado como um fator de impacto positivo para o atendimento e comunicação. Como a prioridade não está presente em todos os componentes da identidade organizacional, a análise dessas informações leva à conclusão de que atendimento e comunicação são de média prioridade.

Não existem termos diretos citados na identidade organizacional da empresa que remetam a **limpeza, conforto e segurança**. As notas do IDGA, compostas por indicadores como Qualidade de Hospitais e Qualidade de Laboratórios, apresentam ascensão no biênio 2017 a 2019, e a melhora do indicador pode estar relacionada com a avaliação das unidades de atendimento próprias adquiridas, mais do que com ações específicas para manutenção e melhoria de limpeza, conforto e segurança. A junção dessas situações leva a um apontamento para baixa prioridade para o item.

Após a análise das prioridades competitivas, é possível concluir que disponibilidade e conveniência, qualidade e rapidez foram as prioridades competitivas da produção identificadas como de maior relevância para a empresa “B”, consistência, competência e limpeza, conforto e segurança são as dimensões com baixa prioridade para a organização. De acordo com os especialistas entrevistados, a expectativa de empresas que competem em diferenciação é que as prioridades estejam focadas em qualidade; pode-se afirmar, assim, que as prioridades competitivas da operação declaradas pela empresa são condizentes com a estratégia de diferenciação. As decisões estruturais, relacionadas aos investimentos de longo prazo, estão descritas na próxima subseção.

### 5.2.2.1 Áreas de decisões estruturais – Empresa “B”

A **capacidade** de atendimento conta tanto a estrutura da rede credenciada, quanto os hospitais e clínicas próprios. A organização ampliou com maior intensidade a capacidade de atendimentos no período de 2013 a 2016, quando o capital investido pela organização internacional foi direcionado para a aquisição de hospitais e clínicas próprias, num movimento para entrada em novos mercados; esse movimento ampliou, em especial, a capacidade dos atendimentos nos grandes centros urbanos, que passaram a contar tanto com a rede própria, quanto com a credenciada; porém, o mesmo não se repetiu em cidades de pequeno e médio porte, que não contam com estrutura própria, e cuja rede de prestadores credenciadas é restrita. Os atendimentos médicos eletivos e hospitalares podem ser realizados tanto na rede credenciada, quanto na rede própria da empresa, nos locais em que essa está presente. Os exames e procedimentos gerados em tais atendimentos, porém, são executados quase exclusivamente nas redes contratadas, uma vez que não houve grandes aquisições da empresa nesse mercado prestador. A ampliação da capacidade foi a principal decisão estrutural, e cujos reflexos são vistos nas demais decisões.

As **instalações físicas** contam, após as aquisições, com 14 hospitais e 75 unidades ambulatoriais próprios, e outros 1.700 hospitais, 5.900 laboratórios e centros de diagnósticos, 20.000 médicos credenciados, que atendem todos os 26 Estados e o Distrito Federal, com cobertura de maior e menor escala dependendo da localização. As aquisições e ampliações nas redes credenciadas demonstram que a estratégia da empresa, desde a fusão, é de expansão de mercado, com ampla atuação no mercado nacional e entrada no mercado internacional. O cliente tem livre escolha do prestador que realizará a consulta ou procedimento, seja através da rede própria, seja através da rede credenciada. A empresa oferece um mix de serviços além dos exigidos pela ANS, e incentiva projetos com modelos de prevenção a doenças. Todos os hospitais que compõem a rede própria da organização, mesmo antes da internalização, atuam no atendimento de casos de alta complexidade, com execução de procedimentos cardíacos e transplantes.

A **tecnologia** está na plataforma das principais mudanças divulgadas no GRI em 2019. Em se tratando do uso de tecnologias da informação, a empresa utiliza ERP em todas as unidades próprias (hospitais e ambulatorios), na sede administrativa, e nas interações com a rede credenciada. Cada unidade, no entanto, utiliza uma solução distinta, e não existe padronização de uso de ERP em toda a rede. Não foi possível identificar se há intenção da empresa em unificar o uso de ERP em uma única ferramenta, porém, em 2018 foi implantado

em diversas unidades hospitalares próprias uma ferramenta para controle do ciclo da receita, com parametrização para automatização da auditoria e do faturamento de contas hospitalares através de aplicações de inteligência artificial. Em 2019, a empresa investiu em pesquisa para desenvolvimento e lançamento de um aplicativo que permite, além do acesso aos canais de relacionamento aos clientes, solicitação de autorização de procedimentos e reembolso online. Houve também nesse período foco para desenvolvimento de solução de inteligência artificial para análise de dados da rede assistencial, que permitem comparar o desempenho de hospitais e médicos da instituição e com o mercado.

As decisões estruturais em tecnologia também envolveram aquisição de equipamentos de robótica para cirurgias cardíacas e cerebrais, associada a um programa de treinamento de cirurgiões em equipamentos robóticos, além do uso de equipamento de imagem direcionada por robôs para execução de cirurgia por videolaparoscopia.

Desde 2012, com o capital advindo da internacionalização do negócio, a empresa tem passado por um processo mais intenso de **integração vertical**, em especial no que tange a serviços hospitalares e ambulatoriais. No período entre 2013 e 2016, houve a aquisição de diversas unidades hospitalares e de clínicas ambulatoriais, quase todas localizadas em capitais e grandes centros metropolitanos, nas regiões Sudeste e Nordeste. Usualmente, a internalização de atividades tem como foco o controle dos gastos, uma vez que se há capacidade de atendimento com uma estrutura verticalizada, há redução da dependência com rede credenciada. Esse não parece ser, no entanto, o foco principal da empresa “B”: como não houve, até o período de finalização desse estudo, redução na rede credenciada, ou limitação e direcionamento dos beneficiários para a prestação dos serviços especificamente na estrutura própria, a verticalização de algumas atividades em localidades específicas parece ser uma estratégia para oferecer serviços diferenciados em novos mercados, com padrão de atendimento superior ao da própria rede credenciada e demais concorrentes.

O aporte de capital realizado no processo de internacionalização, em 2012, resultou em condições financeiras que viabilizaram os investimentos estruturais realizados, e cujo foco foi em hospitais e clínicas próprias para a entrada em novos mercados, em especial centros metropolitanos na região Nordeste. O Quadro 5.4 apresenta um resumo das principais ações direcionadas para as decisões estruturais:

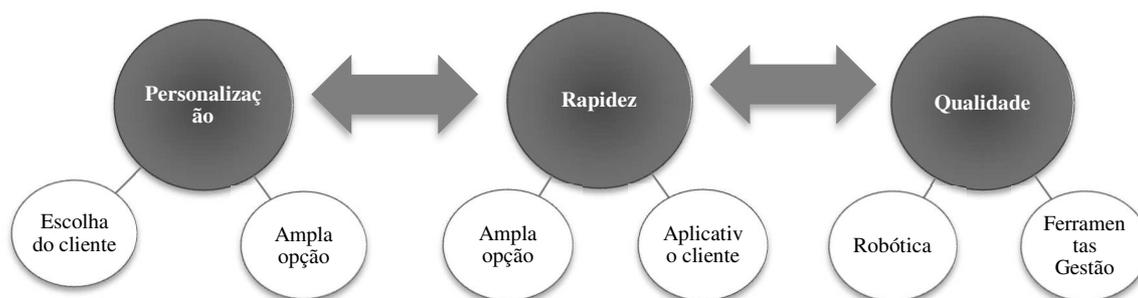
Quadro 5.4– Principais ações relacionadas às decisões estruturais – empresa “B”

Capacidade de demanda	Instalações	Tecnologia e processo	Integração Vertical
Ampliação capacidade atendimento	Investimento em estruturas próprias	ERP (TASY)	Hospitais em grandes metrópoles
Entrada em novos mercados	Manutenção rede credenciada	Prontuário eletrônico e Telemedicina	Clínicas Ambulatoriais

Fonte: Elaborado pela autora

Numa visão global, as decisões estruturais estão orientadas por prioridades competitivas definidas pela diretoria, numa relação que pode ser averiguada na figura 5.14. A prioridade personalização é reforçada pelos investimentos nas instalações físicas que permitem ampliação das opções dos beneficiários, sem restrições de escolha do prestador. A ampla opção também reforça a prioridade rapidez, que é sustentada ainda pelos investimentos no desenvolvimento do aplicativo que permite ao cliente a resolução de diversos pontos sem a necessidade de se dirigir a uma área administrativa da empresa “B”. Os investimentos tecnológicos em ferramentas para gestão e robótica convergem para a prioridade em qualidade.

Figura 5.14 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais - empresa B



Fonte: Elaborado pela autora

Se verifica problemas de alinhamento entre as decisões estruturais observadas, com a estratégia competitiva e as prioridades competitivas da operação: o investimento em estruturas próprias, para ampliação do atendimento com foco na diferenciação do serviço, se restringe aos centros urbanos, sem abrangência nacional; a rede de prestadores ampla também é restrita aos centros urbanos, e nas cidades de pequeno e médio porte há um número limitado de prestadores, o que dificulta a personalização do cliente. Esse comportamento está na contramão das expectativas descritas pelos especialistas durante as entrevistas, pois a empresa que trabalha com estratégia de diferenciação, e atua a nível de território nacional, precisa manter a capilarização dos serviços, e não os concentrar em locais onde eles já se apresentam

consolidados. As decisões estruturais possuem mais aderência com a estratégia competitiva de foco do que com a estratégia em diferenciação.

É necessário examinar se as decisões infraestruturais apresentam ou não o problema de desalinhamento com a estratégia competitiva; essa análise será apresentada na próxima subseção.

#### 5.2.2.2 Áreas de decisões infraestruturais – Empresa “B”

A política de **recursos humanos** é corporativa, e existe plano de carreiras baseado em metas atingidas. A estrutura organizacional é composta por 34.055 colaboradores. Entre os benefícios oferecidos aos colaboradores, a empresa se destaca pela oferta acima do padrão do mercado de saúde suplementar: além da assistência médica e odontológica subsidiada, auxílio creche e auxílio funeral, vale transporte, refeitório ou vale refeição, oferece ticket combustível, seguro de vida, previdência privada e cesta natalina.

A empresa possui um programa de treinamento comportamental de funcionários, e declara ter projeto com calendário mensal de ações da saúde, com campanhas para o câncer de mama, câncer de próstata e prevenção de HIV, entre outros. Há um programa de estágio anual formal na instituição, que busca atrair novos talentos e desenvolver profissionais para cargos de a gestão. Existe também um programa de formação de médico da família, para atuação nos programas de atenção primária à saúde desenvolvidos pela empresa “B”.

Do total de funcionários do quadro, 38% possuem entre 26 e 35 anos. O quadro de colaboradores jovens, que estão entrando no mercado de trabalho, é mais enxuto, e corresponde a 11% do total. Somente 10% do quadro se declara negro, e quase a totalidade deles ocupam cargos operacionais. Do total de vagas ocupadas, 73,8% são mulheres, e 50% dessas vagas são alocadas no Estado de São Paulo. Dos cargos da diretoria executiva, 25% são ocupados por mulheres. A taxa de rotatividade em 2019 foi 20%, e a maior parte dos desligamentos foi de mulheres.

De acordo com as ações divulgadas no GRI 2019, as principais decisões infraestruturais relacionadas à **qualidade** envolveram os recursos para o desenvolvimento do programa de medicina baseada em evidências, com desenvolvimento de protocolo institucional para atendimentos com base em estudos e resultados clínicos. Houve também intensificação dos programas de certificação hospitalar, como ONA e JCI, conforme já evidenciado na estratégia competitiva, que garantem tanto aos beneficiários, quando à agência reguladora, padronização nos atendimentos.

A principal atividade relacionada ao **planejamento e controle da produção/ materiais** da empresa “B”, apontada pelo estudo, foi a adoção de ferramentas para análise dos atendimentos, com base em evidências e protocolos internacionais: a ferramenta tornou mais previsível, através da análise de inteligência artificial da carteira de beneficiários, quais exames e procedimentos serão necessários para a massa, e qual a probabilidade de internações ou complicações nos quadros clínicos; o uso desses dados permitiu que a empresa “B” desenvolvesse a partir de 2019 programas de atenção primária à saúde.

No tocante a **novos produtos**, a empresa “B” colocou no mercado em novo plano de saúde, com foco no atendimento de populações residentes nas regiões metropolitanas, e cujo foco foi apresentação de um serviço diferenciado prestado em unidades próprias; além dos recursos próprios, a empresa credenciou prestadores nas novas regiões de atuação, para dar a possibilidade de personalização do atendimento aos beneficiários.

**Medidas de desempenho** são decisões infraestruturais que envolvem a seleção e adoção de indicadores que reflitam a realidade da organização (produtiva, logística, financeira), e permitam o gerenciamento do negócio. Dentro da realidade da Saúde Suplementar, é essencial o acompanhamento da evolução anual do IDSS, conjunto de indicadores que a empresa acompanha para mensurar o desempenho naquelas frentes consideradas essenciais pela ANS para a continuidade do negócio; o desempenho irregular nesses indicadores, inclusive, resultou em mudanças nos processos relacionados às decisões infraestruturais da qualidade.

A empresa divulga anualmente o balanço social da organização, e ele é fonte da base dos indicadores econômico-financeiros como: capital circulante líquido (CCL), lucro líquido (LL), fluxo de caixa (FC), ressarcimento ao SUS, provisão de eventos não previstos, e sinistralidade.

A **organização**, que envolve a estruturação do organograma apresentado nas estratégias competitivas, é administrada por uma Diretoria Estatutária, que responde diretamente para a matriz localizada nos Estados Unidos, e conta com o apoio direto de comitês (Riscos, Digital, Colaborador, Ética, *Compliance*, Conduta, Relações Institucionais e Sustentabilidade). Abaixo da Diretoria Estatutária, está a presidência da empresa “B” no Brasil. Há 2 diretores de operações: um para administração da operadora de plano de saúde e os prestadores a ela relacionados, e outro para administração dos hospitais próprios; há também 3 vice-presidentes administrativos, que cuidam da área Jurídica, Financeira, e de Capital Humano (Recursos Humanos). Anualmente, ocorre uma assembleia geral para apresentação das demonstrações financeiras e destino dos resultados ou prejuízos do exercício fiscal aos acionistas estrangeiros.

A empresa “B” pratica uma política de benefícios acima das exigências do mercado de saúde suplementar, e tem investido em programas para qualificação dos recursos, com a obtenção de certificação hospitalar ONA e JCI. Essas iniciativas convergem com a opinião dos especialistas, pois o pagamento de melhores benefícios e o investimento em certificações qualificam as operações da operadora, e auxiliam no amadurecimento da estratégia competitiva em diferenciação. Contudo, as decisões infraestruturais expõem problemas referentes ao desalinhamento da estratégia de operações com a estratégia competitiva: se verifica a concentração de recursos humanos (50% dos funcionários) no Estado de São Paulo, o que indica que a empresa ainda foca no atendimento dos beneficiários desse local, em detrimento dos demais.

A apresentação das áreas de decisão infraestruturais encerra a construção da estratégia de operações da empresa “B”. A estratégia competitiva em diferenciação, declarada no GRI 2019 da organização, se desdobra em prioridades na qualidade, rapidez e personalização; porém, há desalinhamento entre as decisões estruturais e infraestruturais, e a estratégia competitiva em diferenciação.

### 5.2.3 Síntese e considerações sobre a Empresa “B”

A empresa “B” passou por um processo de internacionalização, e a injeção financeira tornou possível a entrada em novos mercados, em especial grandes centros urbanos na região Nordeste, com investimentos para aquisições de unidades próprias. A internacionalização e a iniciativa de expansão territorial ocorreram no mesmo período em que a empresa passou a apresentar problemas na esfera econômico-financeira: a sinistralidade aumentou no período de 2013 a 2019, atingindo seu ápice de 89% em 2019; os resultados financeiros acumulam prejuízos no mesmo período. Ainda que parte dos prejuízos financeiros seja explicada pelo atendimento das normas internacionais de contabilidade, ele também é um indício do desalinhamento entre a estratégia de operações, que ainda atende aos requisitos de foco, e a estratégia competitiva entendida como atualmente em diferenciação.

A estratégia competitiva em diferenciação é evidenciada pela comercialização do plano de saúde a nível nacional, pela busca da fidelização dos beneficiários, com ampla opção na rede de atendimentos (rede própria expandida e rede credenciada mantida mesmo após aquisições), e busca pela entrada em novos mercados (em especial, grandes centros urbanos na região Nordeste) com a oferta de hospitais diferenciados. O controle absoluto dos custos não é o alvo principal da estratégia da empresa, o que é evidenciado tanto no aumento da sinistralidade,

quanto no acúmulo de prejuízos financeiros (o que não impede, no entanto, ações para melhoria desses indicadores). A nota do IDSS no biênio 208-2019 classifica a operadora com estrutura operacional e financeira que garantem permanência no mercado e satisfação dos usuários.

A análise das prioridades competitivas apontou a relevância da disponibilidade e conveniência, personalização e rapidez, e essas características são coerentes com uma empresa que busca a liderança competitiva e a diferenciação do serviço entregue. Foi verificado, porém, desalinhamento entre as decisões estruturais e infraestruturais, e a estratégia competitiva: os investimentos estão regionalmente concentrados, e atendem mais ao escopo da estratégia competitiva de foco, do que a estratégia competitiva em diferenciação. O desalinhamento da estratégia resultou em prejuízos financeiros, o que levou à mudança na diretoria divisional brasileira, em 2019. No momento de encerramento da pesquisa, havia estudos em andamento, para readequação da estratégia de atendimentos, com enfoque na região Sudeste, e venda de carteira e ativos (desinvestimento), em especial, hospitais, localizados na região Nordeste. A reestruturação proposta levaria a um desenho organizacional semelhante àquele observado até 2012, antes da internacionalização, com a estratégia competitiva novamente em foco.

### **5.3 Empresa C – Seguradora**

Criada após o banco da qual é segmento de negócio incorporar atividades da maior seguradora até então vigente no país, a empresa “C” é uma seguradora que compõem um segmento de atuação de uma instituição bancária, e que passou a segmentar a área da saúde como um produto de seu escopo de seguros.

A carteira de beneficiários é composta exclusivamente por planos coletivos empresariais: isso significa que essa operadora foca os contratos em grupos. Há segmentação na venda de produtos conforme o número de vidas das carteiras: 3 a 199 vidas, e acima de 200 vidas. A estrutura de atendimento é 100% horizontal: a operadora não possui nenhum recurso próprio, e todos os atendimentos são credenciados. A área de abrangência é nacional, porém mais concentrada no Sudeste, em especial São Paulo.

A empresa “C” não possui recursos próprios, todo o atendimento dos clientes é executado através de serviços contratados. Ainda assim, a operadora é reconhecida no mercado por oferecer a maior liberdade aos clientes para escolha dos profissionais e estabelecimentos de saúde que prestarão o serviço solicitado, além de atendimento diferenciado com serviços mais amplos do que o previsto pela agência reguladora. A rede credenciada para atendimento dos beneficiários conta com uma ampla rede de consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais, além

de possibilitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas por prestadores da livre escolha do beneficiário, quando não houver rede credenciada na área de atendimento.

O desdobramento detalhado da estratégia competitiva declarada, e os reflexos nas prioridades competitivas e decisões estruturais e infraestruturais da estratégia de operações será descrito nas próximas subseções.

### 5.3.1 Estratégia Competitiva – Empresa “C”

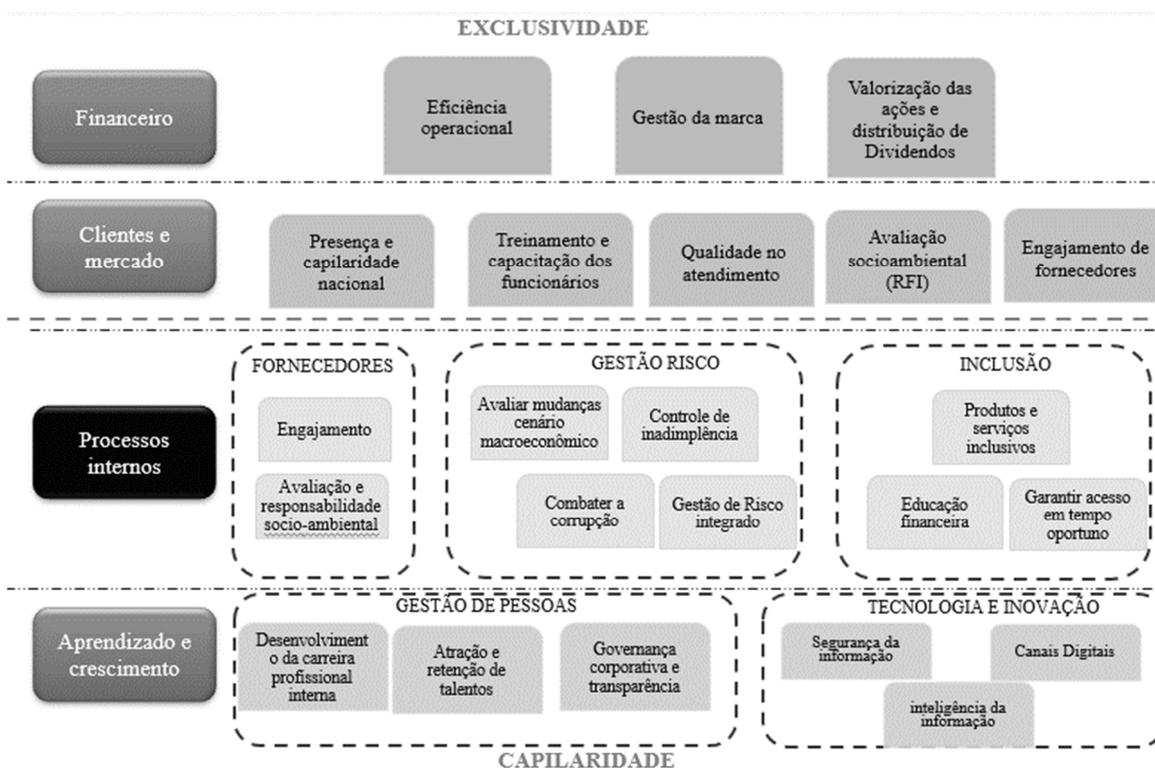
A empresa “C” é a líder do setor de saúde suplementar, em termos de número de vida e receitas assistenciais. Possuía, em dezembro de 2019, 3.399.767 beneficiários (ANS, 2020) e 7 mil colaboradores, que atuam em todo o segmento de seguros (não existe divulgação do número de colaboradores apenas no negócio saúde); por conta da estrutura horizontalizada, não possui funcionários assistenciais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos), e o foco dos colaboradores está na parte de comercialização e administração dos diversos negócios da seguradora. A consolidação da empresa é composta pelas definições da identidade organizacional, abaixo descrita:

- i) Missão: ser o melhor lugar para o futuro do segurado, dos corretores e dos funcionários;
- ii) Visão: Ser reconhecida como a maior, melhor e mais eficiente seguradora do país, com atuação focada no desenvolvimento sustentável e alto padrão de confiabilidade e solidez de proteção financeira e patrimonial.
- iii) Valores: cliente; transparência nos relacionamentos; respeito à concorrência; capacidade de desenvolvimento das pessoas;
- iv) Propósito: oferecer o melhor atendimento, com respeito ao ser humano; ter responsabilidade socioambiental, ações para o desenvolvimento sustentável; compromisso com a melhoria contínua da qualidade do atendimento, dos produtos e dos serviços.

A identidade organizacional da empresa é totalmente desenhada para o objetivo de ser a maior e melhor seguradora de saúde do país, com reconhecimento no padrão de qualidade e confiabilidade. O mapa estratégico, desenhado a partir dos dados divulgados no GRI 2015 e 2019, está alinhado com a identidade organizacional, por estabelecer como meta exclusividade e capilaridade de atendimento, conforme pode ser observado na Figura 5.15. As ações definidas como estratégicas para o negócio incluem transparência e segurança de dados (em ações que

antecedem discussões sobre a Lei Geral de Proteção de Dados, a LGPD), capacitação da equipe para atendimento nacional, e engajamento da rede credenciada.

Figura 5.15 – Mapa Estratégico Empresa “C”



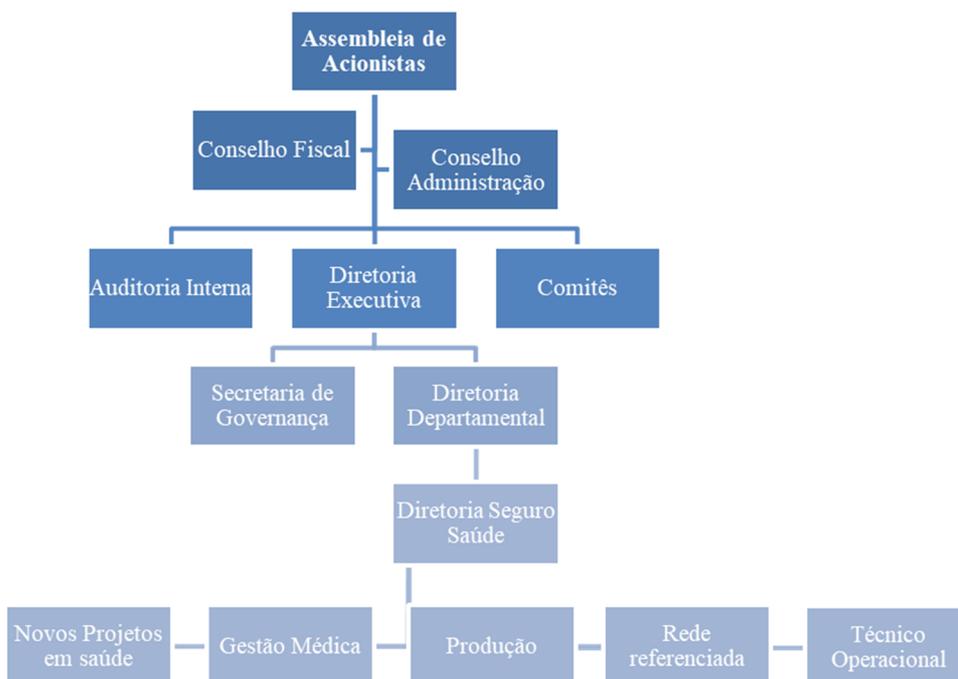
Fonte: Adaptado pela autora

A estrutura organizacional da mantenedora é robusta, por tratar de vários seguimentos relacionados a seguros, porém a área que cuida exclusivamente de seguros de saúde é enxuta. Por se tratar de uma divisão de seguros de uma instituição financeira, a maior parte da estrutura da empresa, em especial nível estratégico e tático, está dividida com outros segmentos de atuação. A estrutura simplificada pode ser observada na Figura 5.16. Há no organograma 5 diretorias, voltadas para assuntos técnicos, produção médica (pagamento), gestão médica, rede credenciada e novos projetos. No que diz respeito aos processos internos divulgados para o público, acionistas e colaboradores, ganham destaque:

- 1) Relatório de Gestão;
- 2) Balanço Social;
- 3) Demonstrações Financeiras;
- 4) Código de Conduta;
- 5) Governança Corporativa;

- 6) Política de Sustentabilidade;
- 7) Comitê de Qualidade.

Figura 5.16 – Organograma Empresa “C”



Fonte: Adaptado pela autora

A empresa “C” demonstra transparência na divulgação das demonstrações financeiras e relatório de gestão, com amplos relatórios para acionistas e público geral, incluindo Política de Sustentabilidade e Governança Corporativa. A carteira de beneficiários é composta exclusivamente por planos coletivos empresariais; o foco em atender somente grupos empresariais é uma característica presente em poucas operadoras do setor, em sua maioria, aquelas pertencentes à modalidade seguradora, e no estudo multicaso do presente trabalho será a única empresa estudada com tal característica. Desde 2018, a maior empresa do setor de saúde suplementar segmentou seu produto para pequenas e médias empresas, com a comercialização de planos coletivos acima de 3 vidas.

Ao longo do período 2011 a 2019, a empresa teve um total de beneficiários acima de 3 milhões. Assim como observado na empresa “B”, há uma retração no número de vidas com conseqüente queda na taxa de crescimento, observada desde 2015 até 2018, e esse efeito pode ser atribuído à forma como a crise econômica brasileira atingiu o setor empresarial (principalmente grandes conglomerados, contratantes dos serviços dessas empresas). Em 2019, a empresa apresentou um discreto aumento no número de beneficiários, que coincide com o

momento de retomada econômica brasileira. A evolução no número de beneficiários e a taxa de crescimento podem ser observadas na Tabela 5.6:

Tabela 5.6 – Evolução Beneficiários x Reclamações da Empresa “C” (2011 a 2019)

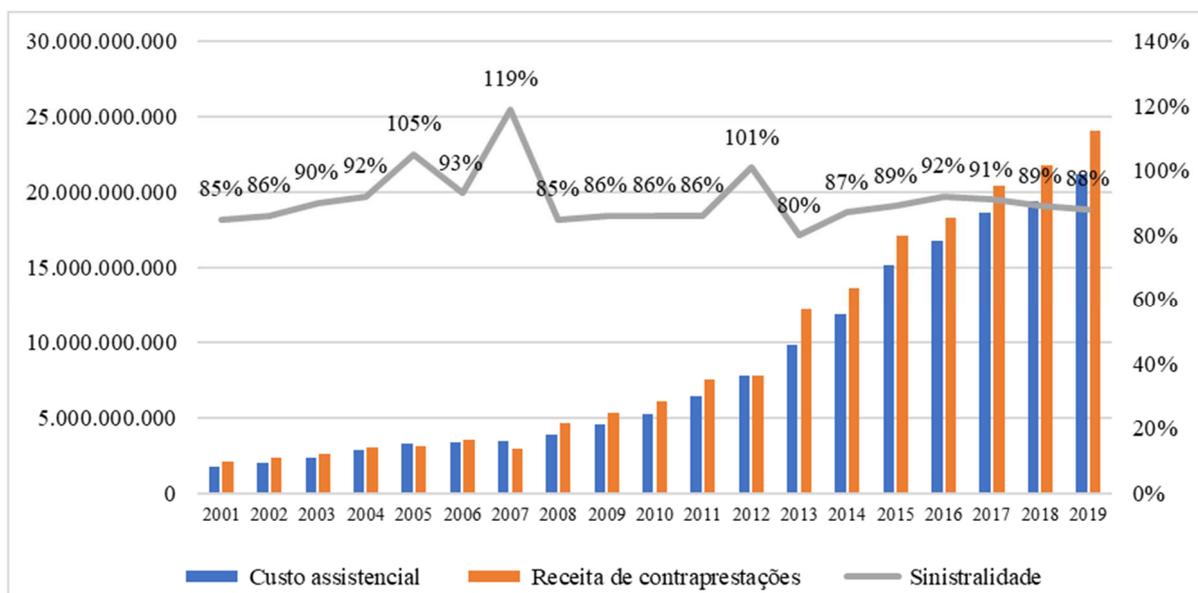
<b>Mês</b>	<b>Beneficiários</b>	<b>Taxa de Crescimento</b>	<b>Reclamações</b>	<b>Taxa de Crescimento</b>	<b>Reclamações por Milhões de Beneficiários</b>
dez/11	2.988.834		1329		0,445
dez/12	3.461.043	16%	2269	71%	0,656
dez/13	3.681.085	6%	3976	75%	1,080
dez/14	4.049.380	10%	6586	66%	1,626
dez/15	3.998.700	-1%	6287	-5%	1,572
dez/16	3.644.760	-9%	6961	11%	1,910
dez/17	3.346.157	-8%	7793	12%	2,329
dez/18	3.311.617	-1%	10816	39%	3,266
dez/19	3.399.767	3%	10944	1%	3,219

Fonte: ANS (2020)

Por ser uma operadora sem recursos próprios, a empresa “C” é totalmente dependente da rede credenciada para atendimento da demanda nos beneficiários. Caso a rede credenciada não exerça o papel corretamente, seja no prazo de atendimento, seja no acesso do beneficiário aos serviços de saúde, a empresa pode ser penalizada mediante a ANS através das reclamações dos beneficiários. A empresa “C” apresenta um aumento no número de reclamações em 2018, e o volume de reclamações se mantém acima de 10.000 também em 2019. O período de aumento no número de reclamações coincide com o período de ampliação de divulgação de canais de reclamações e normativas da ANS com prazos estabelecidos para cumprimento do atendimento. Como é uma operadora exclusivamente empresarial, essas reclamações podem refletir que os clientes dessa carteira são mais exigentes, e que passaram a utilizar os canais da ANS para exigir dos planos o cumprimento estabelecido em lei.

A empresa apresenta crescimento anual de receita de contraprestações, e não houve decréscimo no montante total ao longo da evolução anual da arrecadação, mesmo nos períodos em que ocorreu redução no número de beneficiários. É possível verificar, contudo, que no biênio 2016/2017, em que ocorreu a maior perda de beneficiários, ocorreu também o crescimento da sinistralidade. A evolução da receita, custos e sinistralidade pode ser observada na Figura 5.17.

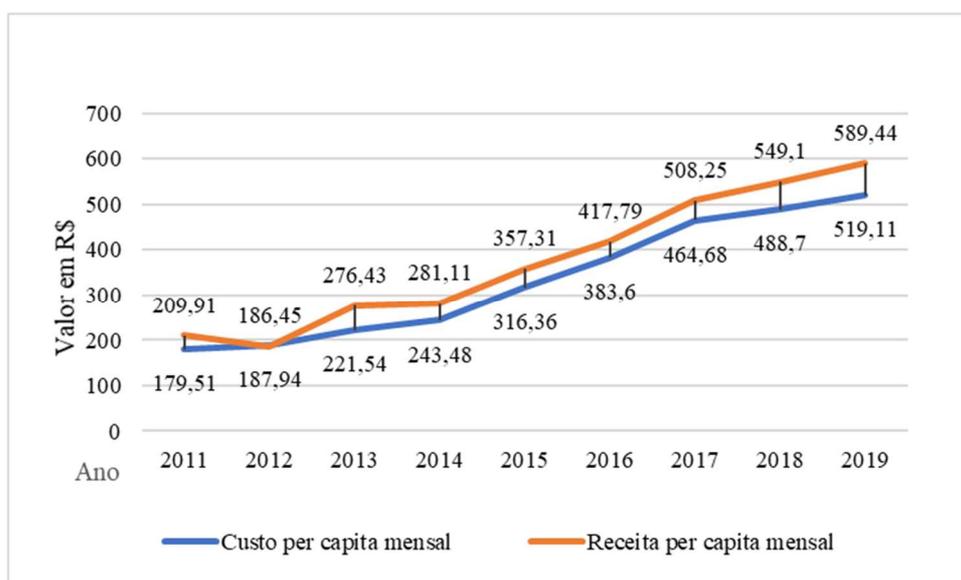
Figura 5.17 — Evolução Empresa “C” – Receita x Custo x Sinistralidade (2001 a 2019)



Fonte: ANS (2020)

Existem 3 picos na curva de sinistralidade, que aparentemente são pontuais e não relacionados: 2005, 2007 e 2012. Esses períodos são seguidos pelo crescimento na receita total, no ano subsequente, o que indica que a empresa repassa o aumento de custos nas mensalidades contratadas, de forma a equilibrar o contrato. O valor do ticket médio mensal da receita aumentou 281% entre 2011 e 2019, quase o mesmo percentual do aumento dos custos no período, que foi de 289%. É possível notar o descolamento da receita com o custo per capita em 2018, como pode ser observado na Figura 5.18.

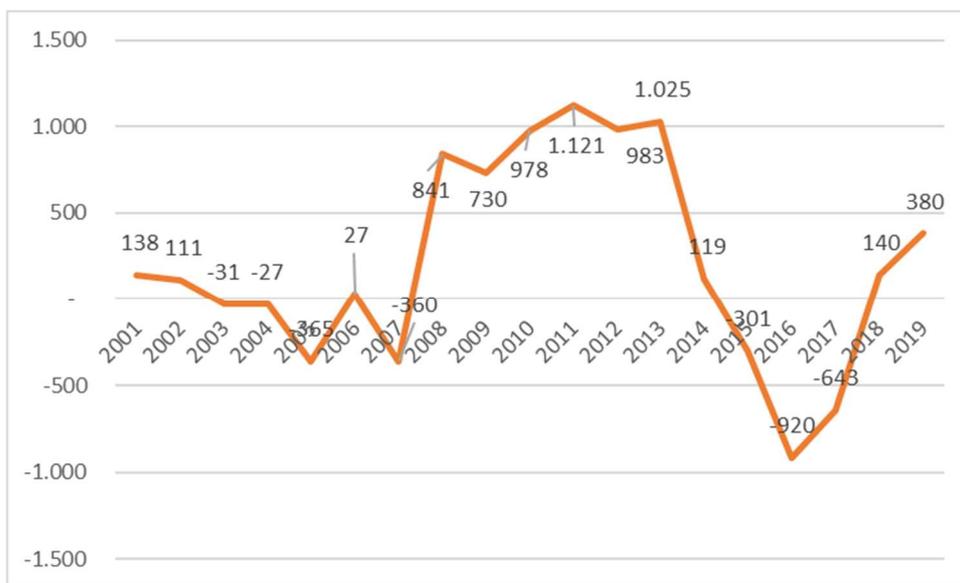
Figura 5.18 – Evolução per capita mensal da Empresa “C” (2011 a 2019)



Fonte: Adaptado de ANS (2020)

O ritmo de crescimento semelhante dos custos e da receita per capital mensal pode ser um indicativo que a empresa repassa para os beneficiários as variações nos custos, de tal forma que haja menor impacto na sinistralidade. O impacto desse crescimento pode ser observado nos resultados, conforme pode ser observado na Figura 5.19.

Figura 5.19 – Resultado Empresa “C” em R\$(000) – 2001 a 2019



Fonte: ANS (2020)

A empresa “C” apresentou períodos de oscilação de resultados. Nos anos de 2005, 2007, 2015, 2016 e 2017 houve prejuízo operacional. É possível relacionar o prejuízo do triênio 2015-2017 com a crise econômica, que culminou na perda de 700 mil de beneficiários. Em alguns períodos de prejuízo, houve também sinistralidade acima de 100%. Isso impacta que a receita não cobriu sequer os custos, e a empresa precisou de aporte financeiro de outros segmentos para liquidação das despesas administrativas.

O equilíbrio restabelecido a partir de 2018, tanto para redução na sinistralidade quanto para a obtenção de resultados operacionais positivos pode ser atribuído a uma série de ajustes no modelo de operação. A empresa divulgou que buscou manter os custos de administração menores do que eram anteriormente, e reformulou o modelo de remuneração da rede referenciada.

A empresa “C” é uma operadora acreditada em Nível I pela ANS, e isso significa uma bonificação de acréscimo de 0,30 pontos no IDSS. Na Tabela 5.7 é possível observar a evolução do IDSS e as dimensões que o compõem entre 2012 e 2019:

Tabela 5.7 – Evolução IDSS Empresa “C” (2012 a 2019)

<b>Ano Publicação/ Ano Base</b>	<b>IDSS</b>	<b>IDQS</b>	<b>IDGA</b>	<b>IDSM</b>	<b>IDGR</b>
2012 (2011)	0,7803	0,9043	0,7794	0,5959	0,7174
2013 (2012)	0,7327	0,8756	0,7067	0,5714	0,6344
2014 (2013)	0,7881	1,0000	0,7238	0,7104	0,5065
2015 (2014)	0,8130	1,0000	0,7157	1,0000	0,3493
2016 (2015)	0,8820	0,7571	0,9045	0,8664	1,0000
2017 (2016)	0,8996	0,9953	0,7393	0,8640	1,0000
2018 (2017)	0,9614	0,9381	0,4961	1,0000	0,8111
2019 (2018)	1,0000	0,8060	0,4894	0,8485	0,7355

Fonte: ANS (2020)

O IDSS apresentou crescimento no período analisado, entre 2012 e 2019; parte desse crescimento se deve à bonificação por conta da acreditação ANS, e parte do crescimento foi impulsionado pelas dimensões referentes à sustentabilidade no mercado (IDSM) e qualidade (IDSM), o que tem relação com o bom desempenho na dimensão econômico-financeira. Embora haja crescimento anual do IDSS em todo o período, com o atingimento da nota máxima em 2019, a empresa demonstra dificuldades na dimensão IDGA, com redução expressiva da nota em 2018/2019, e isso pode estar relacionado ao fato da empresa comercializar somente planos empresariais, e não focar no público individual, critério esse que pontua bonificado no IDSS.

A nota 1,000 do IDSS 2019 classifica a operadora na faixa de 0,8 a 1,000 da ANS, com estrutura operacional e financeira que garantem permanência no mercado e satisfação dos usuários. A esfera relacionada à sustentabilidade do mercado (IDSM) é aquela que apresentou maior crescimento no conjunto de índices, com obtenção de nota máxima em 2018, e manutenção dela em 2019.

A diferenciação foi a estratégia competitiva identificada na empresa “C” durante o período analisado no estudo: a instituição tem atuação nacional, carteira de beneficiários formada totalmente por planos empresariais coletivos, apresenta serviços 100% horizontalizados (totalmente executados por rede contratada). Em consonância com o apontado pelos especialistas de mercado nas entrevistas realizadas, a rede credenciada é qualificada: os hospitais do eixo Rio-São Paulo reconhecidos por oferecerem tratamento diferenciado (incluindo drogas experimentais, leitos com estrutura física adaptada para acomodação familiar, referência nacional em termos de normas de higiene e limpeza), estão na lista da rede prestadora, e são habilitados para atender toda a carteira da empresa, não somente os beneficiários residentes no endereço das instituições.

Também conforme os apontamentos dos especialistas do setor, a diferenciação no pacote de serviços oferecidos se traduz numa prática de preços superiores aos praticados no mercado, e cabe às empresas contratantes do plano de saúde limitarem ou ampliarem o acesso de sua carteira de beneficiários aos serviços credenciados, de forma que o valor dos prestadores é totalmente repassado para os contratantes do serviço, sem impactos para a sinistralidade geral da operadora. Contudo, mesmo o repasse dos custos aos contratantes não foi capaz de impedir prejuízos financeiros no biênio 2015 a 2017, uma vez que muitas das empresas contraentes do serviço passaram por crises financeiras, e tiveram dificuldades em honrar o plano de saúde, e permanecer com ele.

A redução de 700 mil beneficiários levou à necessidade de renegociação de valores globais pagos na rede credenciada, e foi uma ação suficiente para reequilibrar economicamente a sinistralidade e os resultados financeiros da organização. A condução do alinhamento, ou não, da estratégia de operações com a estratégia competitiva, será abordada na próxima seção.

### 5.3.2 Estratégia de Operações – Empresa “C”

A estratégia competitiva em diferenciação, numa empresa com estrutura totalmente horizontalizada (sem nenhum recurso próprio, com serviços 100% terceirizados, praticados pela rede contratada) impacta as prioridades competitivas da estratégia de operações da empresa “C”. Nas próximas seções haverá a discussão sobre as prioridades competitivas e as decisões estruturais e infraestruturais que compõem a estratégia de operações da empresa “C”.

#### 5.3.2.1 Prioridades Competitivas – Empresa “C”

A inferência das prioridades foi feita levando em consideração a análise de fontes primárias, como o GRI e os demonstrativos financeiros da empresa “C”, e através de fontes secundárias, tais como os dados de mercado, relatórios divulgados pela ANS, e o desempenho nos indicadores do IDSS. A síntese das prioridades é apresentada no Quadro 5.5:

Quadro 5.5 – Síntese das prioridades competitivas – Empresa “C”

Prioridade	Alta	Média	Baixa
Disponibilidade e conveniência			
Personalização			
Custo			
Qualidade e confiabilidade			
Reputação			
Rapidez			
Consistência e competência			
Atendimento e comunicação			
Limpeza, conforto e segurança			

Fonte: Elaborado pela autora

A estrutura de **disponibilidade e conveniência** referente aos atendimentos é totalmente horizontalizada, o que significa que em todas as áreas de atuação quem executa os serviços médicos e hospitalares é a rede credenciada pela operadora, e a ampliação da disponibilidade dos serviços está diretamente relacionada ao credenciamento de novos prestadores. Em geral, a rede de prestadores contratados é mais ampla em grandes centros urbanos, e mais restritas em localidades de médio e pequeno porte; não são todas as localidades de atuação que contam com prestadores credenciados, seja porque o mercado é fechado na localidade, seja porque o prestador não atinge o nível de qualificação exigido pela instituição, e os beneficiários precisam por vezes se locomover para outras localidades (a despesa com essa locomoção, inclusive, é ressarcida pela operadora). Essa prioridade competitiva pode ser identificada em algumas dimensões da identidade organizacional, através de sinônimos: na missão, há a expressão “ser o melhor lugar”; na visão, a expressão “ser a maior e melhor”. Ainda que apresente nota máxima no IDSS, o IDGA sofreu consecutivas reduções nos últimos 4 anos, tendo atingido o menor patamar em 2019; a nota de 0,4894 é resultado da disponibilidade dos serviços da empresa “C” ser restrita a planos coletivos empresariais, e não abranger planos individuais, o que não reflete exatamente a qualidade daquilo que é executado, e sim o que a empresa não quer executar, e por esse motivo, esse talvez não seja um bom indicador de desempenho efetivo para a empresa. Ainda que a disponibilidade e conveniência estejam na identidade organizacional, e contribuam para os objetivos de ser a maior e melhor, a ausência de rede prestadora em todas as localidades de atuação (mesmo com estrutura para deslocamento) tornam essa uma prioridade de média relevância.

A estrutura totalmente horizontalizada conta com ampla rede credenciada, que não restringe ou limita atendimentos conforme a localização dos beneficiários, que podem buscar acesso a rede de serviços em qualquer unidade contratualizada, independente da região; isso permite ampla **personalização** do atendimento, com disponibilidade de escolha do prestador que executará/acompanhará o tratamento médico hospitalar do beneficiário, conforme sua conveniência, e acesso a procedimentos além daqueles previstos como cobertura mínima no rol da ANS. Nos casos em que o beneficiário não encontre rede credenciada, ele tem como opção o atendimento particular, e mediante apresentação de recibo nos canais eletrônicos de atendimento pode solicitar reembolso do valor dispendido; essa solicitação permite uma total personalização do cliente mediante ao profissional e região em que deseja ser atendido. Essa prioridade aparece em todas as dimensões da identidade organizacional, através de termos sinônimos como: “ser o melhor lugar”, na missão; “ser reconhecida como a maior, melhor e mais eficiente”, na visão; “cliente”, nos valores. Como a nota do IDGA é afetada pelo critério de restrição de atendimentos a planos coletivos empresariais, ela não será usada como referência na para análise dessa prioridade. A estrutura da rede credenciada, com amplo e livre acesso à escolha, associada à identificação de termos que remetem ao favorecimento de personalização em toda a identidade organizacional leva a inferir que essa é uma alta prioridade para a empresa.

No que tange à prioridade **custo**, não existe referência direta a esse termo, ou sinônimos como e eficácia financeira e controle de gastos, na identidade organizacional. A sinistralidade da empresa apresenta pouca oscilação entre 2014 e 2019, e ainda que entre 2015 e 2017 tenha ocorrido uma sequência de prejuízos nos resultados financeiros, como a contratualização é realizada como um seguro, nos períodos seguintes de prejuízo há adequação contratual dos valores, com repasse de 100% das variações para os contratantes. A empresa trabalha com uma entrega de serviço em que os contratantes regulam os valores, de acordo com o tipo de serviço e prestadores aos quais querem acesso, de tal forma que o custo de acesso aos prestadores é dos contratantes, e não da operadora. Com relação ao IDSM, indicador do IDSS que monitora a solidez econômico-financeira, apresenta ligeira oscilação entre 2015 e 2019, com alternância entre notas máximas, e decréscimo para 0,86; essas oscilações estão relacionadas com os períodos de prejuízos financeiros da operadora. Essas evidências permitem inferir que custo não é uma prioridade para a empresa, tendo baixa relevância entre as prioridades competitivas até 2019.

A **qualidade** pode ser identificada em todos os níveis da identidade organizacional: na missão, pelo termo “ser o melhor lugar”; na visão, por “alto padrão de confiabilidade e solidez”, e nos valores, por “cliente”; além disso, o propósito declarado envolve compromisso com a

melhoria contínua da qualidade do atendimento, dos produtos e dos serviços. Está ainda presente nas políticas divulgadas pela corporação, nos relatórios de governança corporativa. A empresa “C” é uma operadora acreditada em Nível I pela ANS, e isso significa uma bonificação de acréscimo de 0,30 pontos no IDSS; além disso, diversos hospitais da rede credenciada possuem certificação ONA e JCI. O IDQS, índice de qualidade em atenção à saúde do IDSS, teve uma discreta queda desde 2017, mas isso não distanciou a empresa de uma pontuação quase total no quesito, e isso significa que a operadora tem estrutura operacional e financeira que garantem permanência no mercado e satisfação dos usuários. As evidências inferidas sobre as ações da empresa levam a dedução que essa é uma alta prioridade para a organização.

A empresa “C” publica diversas políticas e ações que impactam positivamente em sua **reputação**: código de conduta; política da qualidade; políticas de sustentabilidade são relatórios que divulgam atos da organização relacionados às práticas relevantes para o ambiente e a sociedade. Além disso, a empresa divulga no GRI uma série de ações e práticas que impactam não somente os beneficiários, como também toda a sociedade; essas ações são em conjunto com as demais áreas de ação da Seguradora, não exclusivas ao plano de saúde. A reputação aparece nos valores da identidade organizacional, através da expressão “respeito à concorrência”. A taxa de reclamações teve crescimento 2016 e 2018, mas se mantém estável em termos absolutos em 2019. Assim como na análise de outras prioridades, a nota do IDGA não será usada como referência para análise da reputação, pois é afetada pelo critério de restrição de atendimentos a planos coletivos empresariais. Ainda que exista menção à reputação na identidade organizacional (única das empresas analisadas no estudo que apresentou menção ao termo), e existam ações para o reforço da reputação, a manutenção nos valores absolutos das reclamações colocam essa prioridade como sendo de média relevância.

Assim como na prioridade personalização, a estrutura de atendimento totalmente horizontalizada, que conta com ampla rede credenciada e amplo poder de escolha do beneficiário, contribui para a **rapidez** na execução do atendimento, e redução no tempo de espera e no tempo de resposta a uma solicitação ou demanda. A rapidez está presente através de termos sinônimos em toda a identidade organizacional: na missão, pelo termo “ser o melhor lugar”; na visão, por “ser eficiente”, e nos valores, por “cliente”. Assim como na análise de outras prioridades, a nota do IDGA não será usada como referência para análise da rapidez, pois é afetada pelo critério de restrição de atendimentos a planos coletivos empresariais. Ainda que a estrutura de atendimento horizontalizada favoreça a rapidez, e ela esteja presente na identidade organizacional, a ausência da análise do IDGA não permite concluir que essa seja

uma prioridade de alta relevância para a empresa, e para fim desse trabalho, será considerada de média relevância.

A busca em ser a melhor seguradora de saúde do país, citada na missão e visão da identidade organizacional, pode ser também relacionada como sinônimo para o foco na **consistência e competência** enquanto prioridade competitiva. Na análise do IDGR, índice relacionado à gestão administrativa por mensurar o cumprimento das obrigações junto à ANS, é possível notar que há queda na pontuação há partir de 2017, e isso pode estar relacionado com problemas na entrega e qualidade dos dados enviados para a agência regulatória. Ainda que exista forte referência à consistência e competência na identidade da organização, a queda nas notas do IDGR indica problemas na entrega de dados da operadora, e afetam a competência dessa perante a ANS no que diz respeito à administração de dados, e por esse motivo essa será considerada uma prioridade de média relevância.

O propósito declarado pela empresa “C” é o de oferecer o melhor atendimento aos seus beneficiários. Esse propósito é reforçado na identidade organizacional, que contempla na missão e visão a expressão “ser a melhor seguradora de saúde do país”, o que pode um termo correlacionado à tratativa ao **atendimento e comunicação**. Há ampla comunicação ao público das políticas e ações da empresa, através de materiais como o Relatório Anual de Gestão, as práticas de sustentabilidade, governança corporativa, políticas da qualidade; os beneficiários também encontram em todos os canais de atendimento da organização informações sobre o rede credenciada para atendimento e formas de reembolso. Contudo, no índice de sustentabilidade no mercado, o IDSM, que é composto por indicadores que averiguam a taxa de resolução de queixas dos clientes e de reclamações gerais, houve ligeira oscilação entre 2015 e 2019, com alternância entre notas máximas, e decréscimo para 0,86, o que pode apontar crescimento no número de problemas relacionados ao atendimento. Ainda que atendimento e comunicação sejam amplamente divulgados, a redução do IDSM leva à conclusão de que essa é uma prioridade de média relevância para a organização.

Não existem termos diretos citados na identidade organizacional que remetam a **limpeza, conforto e segurança**. Assim como na análise de outras prioridades, a nota do IDGA não será usada como referência para análise da limpeza, conforto e segurança, pois é afetada pelo critério de restrição de atendimentos a planos coletivos empresariais. Ainda que diversos hospitais credenciados à empresa sejam referência nacional à conforto e segurança, a ausência de informações sobre essa prioridade leva a inferir que ela seja de baixa relevância para a organização.

A análise das prioridades competitivas leva à conclusão de que personalização e qualidade eram as prioridades da empresa “C” no recorte da pesquisa, ao passo que custo e limpeza, conforto e segurança não eram prioridades. Essas conclusões estão em consonância com os apontamentos dos especialistas de mercado, que afirmaram nas entrevistas que a rede de prestadores deve ser ampla, e preferencialmente, diferenciada e qualificada.

Há alinhamento entre a estratégia competitiva declarada em diferenciação no serviço prestado, o mapa estratégico que foca em capilaridade e exclusividade, e as prioridades competitivas personalização e qualidade. É necessário, assim, analisar como o poder de escolha do cliente impacta as decisões estrutural e infraestrutural de uma empresa com estrutura totalmente horizontalizada. As decisões estruturais estão descritas na próxima subseção.

#### 5.3.2.2 Áreas de decisões estruturais – Empresa “C”

A **capacidade** de atendimento da empresa “C” está totalmente concentrada na rede de prestadores credenciados: consultas, exames, terapias, internações são 100% executados na rede. A organização tem crescimento sustentado de sua rede credenciada, de acordo com a demanda, tanto dos usuários, quanto dos contratantes. A busca de ampliação da capacidade, de acordo com o divulgado nos relatórios da empresa, está pautada na qualidade dos prestadores, e na oferta de serviços ou preços diferenciados daqueles prestadores que já compõem a rede. Por ter amplo poder de mercado, é possível para a empresa selecionar prestadores baseada em preços nas regiões em que isso for solicitado pelos contratantes, e prestadores cuja entrega é serviço diferenciado, sem alterar a capacidade de atendimento ou a percepção de qualidade do serviço. Para garantir a elasticidade dos fornecedores, a empresa “C” oferece remuneração acima da média do mercado, e tem reputação de honrar pagamentos nas datas acordadas. A capacidade de atendimento é ampliada além dos limites da rede, ainda, pelo fato da empresa reembolsar os beneficiários que optarem por prestadores que não estão na rede credenciada; mesmo que o reembolso não cubra 100% das despesas, ele é uma opção para os beneficiários que optem por outros profissionais. Essa capacidade quase totalmente elástica tem um preço, que é repassado para os contratantes: o ticket médio do plano de saúde coletivo empresarial é mais elevado que a média de mercado.

O principal investimento em **instalações físicas** da empresa foi a construção de uma nova sede administrativa, localizada no Rio de Janeiro, cujo projeto contém estruturas sustentáveis, para o uso racional de recursos naturais, como reaproveitamento de água. A empresa “C” tentou adquirir alguns hospitais e clínicas ambulatoriais no período de 2015 a

2019, com o intuito de ampliar a rede prestadora para os segurados, porém as aquisições não foram aprovadas pelo CADE. Com uma estrutura totalmente terceirizada para prestadores da rede credenciada, não houve investimento em instalações físicas que alterem a capacidade de atendimento ou o escopo daquilo que é prestado.

A **tecnologia** é a principal decisão estrutural da empresa “C”, e o foco está na apresentação de soluções digitais para os beneficiários através do recurso da inteligência artificial. Os investimentos estiveram segmentados em: desenvolvimento de plataforma de aplicativos para uso de beneficiários e fornecedores; adoção de ferramenta para aprovação automática de solicitações de exames, procedimentos e reembolsos; criação de carteirinha virtual e app para agendamento virtual, que inclui possibilidade de 2ª opinião com especialista internacional; desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente, que permite aos diversos prestadores consultarem evoluções médicas, mediante autorização do beneficiário para o acesso aos seus dados; programa de telemedicina, que conta com 549 médicos em 13 especialidades para execução do serviço remoto. Em 2019 foi realizada a migração de processos administrativos e financeiros para o sistema de gestão integrado ou *Enterprise Resource planning* (ERP) da empresa alemã SAP<sup>12</sup>, com a finalidade de tornar os processos mais dinâmicos.

O processo de **integração vertical** está totalmente condicionado às atividades administrativas, e em especial, aquelas que envolvem a comercialização do plano de saúde: como segmentação de negócio de seguros, a organização tem toda a parte de comercialização de planos de saúde como principal atividade própria, e a área de inteligência de negócios acompanhando as evoluções dos contratos, tanto com as empresas interessadas em seguros de saúde, quanto com os fornecedores. A prestação de atendimentos assistenciais, serviços comercializados pela empresa “C”, é totalmente terceirizada, e não existe atuação direta na organização e administração dos serviços prestados. O Quadro 5.6 apresenta um resumo das principais ações direcionadas para as decisões estruturais:

Quadro 5.6 – Principais ações relacionadas às decisões estruturais – empresa “C”

Capacidade de demanda	Instalações	Tecnologia e processo	Integração Vertical
Ampliação capacidade atendimento	Nova sede administrativa sustentável	SAP	Atividades comerciais
Engajamento fornecedores		Aplicativo e Telemedicina	Atividades de negócios

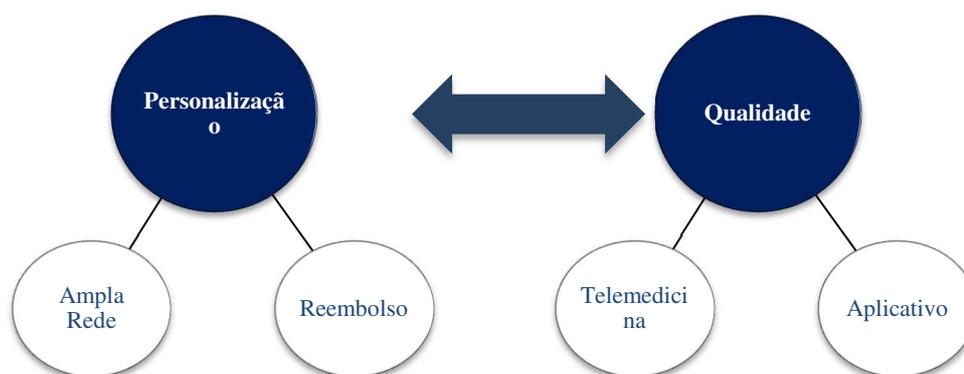
Fonte: Elaborado pela autora

<sup>12</sup> Systeme, Anwendungen und Produkte in der Datenverarbeitung

Para atender a elasticidade da capacidade de demanda, a empresa “C” investe na relação de engajamento com os fornecedores, com remuneração acima da média do mercado, reputação de pontualidade nos pagamentos, e busca ativa por novos parceiros, que atendam conforme demanda dos contratantes. O investimento em aplicativos e inteligência artificial tem como finalidade simplificar e agilizar o processo do beneficiário, permitindo sempre a personalização do atendimento. Os investimentos em instalações físicas e integração vertical estão condicionados às áreas administrativas do negócio.

Numa visão global, as decisões estruturais estão orientadas por prioridades competitivas definidas pela diretoria, numa relação que pode ser averiguada na Figura 5.20.

Figura 5.20 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais - empresa C



Fonte: Elaborado pela autora

As decisões estruturais focadas em investimento na tecnologia e processos e capacidade de demanda, estão alinhadas com a estratégia competitiva em diferenciação e as prioridades competitivas da operação em personalização e qualidade. De acordo com os especialistas consultados, empresas cujos serviços são totalmente horizontalizados podem ter dificuldades, especialmente em cidades de pequeno e médio porte, de transpor as barreiras à entrada; nesses locais há número limitado de prestadores, que costumam dar preferência para o atendimento de planos de saúde próprios. O pagamento diferenciado da rede credenciada é uma estratégia para contornar esse problema, e as ações da empresa “C” estão alinhadas para o atingimento da estratégia competitiva. É necessário se a condução das decisões infraestruturais também está alinhada com a estratégia competitiva, e esse tema será abordado na próxima subseção.

### 5.3.2.3 Áreas de decisões infraestruturais – Empresa “C”

Como não existem dados segmentados divulgados conforme as diversas unidades de negócio que compõem a seguradora da qual a empresa “C” faz parte, as informações referentes

a **recursos humanos** serão descritas para a organização como um todo, sem distinção das funções referentes a seguros de saúde, dos demais seguros comercializados. Todos os cargos são administrativos, segmentados em operacional, tático e estratégico, e um único colaborador pode exercer a função de corretagem para diversas unidades de negócio da Seguradora.

A política de recursos humanos da empresa “C” é corporativa. A estrutura organizacional é composta por 97.000 colaboradores próprios, em todos os ramos de segmentação da seguradora, incluindo o de saúde. Os colaboradores contam com benefícios superiores ao padrão do mercado de saúde suplementar: além da assistência médica e odontológica, auxílio creche, auxílio funeral, vale transporte, vale refeição, licença maternidade e paternidade estendidos, há benefícios oferecidos a colaboradores de seguradoras: previdência privada, seguro de vida, bolsa de estudos, bolsa de capacitação profissional. A empresa possui programa de desenvolvimento individual de colaboradores, programa de trainee para atração de talentos recém-formados no mercado, e está relacionada entre as melhores empresas para se trabalhar, em diversas pesquisas de mercado no ano de 2019.

Do total de funcionários do quadro, quase metade possui entre 30 e 35 anos, e 50% são mulheres. Do total de vagas ocupadas, 68,4% são alocadas na região Sudeste, e 26,4% dos colaboradores se consideram negros. A diretoria executiva é composta por 10% de mulheres (1 mulher), e não existem mulheres no conselho de administração. A taxa de rotatividade em 2019 foi 10,8%, considerado um percentual baixo para esse indicador, o que pode indicar que a empresa oferta um pacote de benefícios e plano de carreira capazes de reter talentos.

De acordo com as ações divulgadas no GRI 2019, as principais decisões infraestruturais relacionadas à **qualidade** foram impactadas pela transformação tecnológica com uso da inteligência artificial: o investimento em projetos sustentáveis, que incluem a retirada total do uso de papéis no processo da empresa “C”, também garantiu a padronização das informações dos beneficiários, que passaram a ficar arquivadas no prontuário eletrônico do paciente. Além disso, houve investimento em adequações dos processos para que a empresa “C” fosse a 1ª OPS do Brasil a obter certificação ONA 1 em operadoras (selo ouro); a empresa foi novamente certificada 3 vezes nessa mesma qualificação.

A principal atividade relacionada ao **planejamento e controle da produção/ materiais** da empresa “C”, foi a adoção de ferramenta para aprovação automática de solicitações de exames, procedimentos e reembolsos. O uso desses dados permite, através da análise de inteligência artificial, maior previsibilidade da demanda da carteira, e consolidou as bases para a formação do programa de atenção primária à saúde e da telemedicina, que conta com 13

especialidades apontadas no planejamento como sendo aquelas com maior demanda x menor criticidade de atendimento presencial.

A empresa “C” colocou no mercado um **novo produto** que abrange seguro saúde de grupos, destinado a pequenas e médias empresas, que possuem entre 3 e 100 vidas; esse produto, que de acordo com o GRI foi bem aceito no mercado, correspondeu em 1 ano de implantação a 4% do total de vidas da organização. Em estudo de viabilidade, a empresa “C” possui 2 projetos para produtos relacionados a segmentações em que não atua: i) seguro de saúde voltado para pessoa física – a empresa “C” atua somente como operadora de plano de saúde coletivo empresarial, mas devido tanto à demanda do mercado por produtos diferenciados, quanto a busca por expansão na segmentação, estudo o lançamento de um produto voltado para contratação individual; ii) seguro de saúde voltado para atendimento exclusivo em recursos próprios, caso o CADE autorize a instituição a adquirir instalações físicas próprias para atendimentos assistenciais.

Como segmento de atuação de uma seguradora, a empresa “C” conta com o suporte da área financeira global para elaboração e publicação de relatórios de mercado, evoluções financeiras, balanço social, relatório de desempenho, GRI, relatório de sustentabilidade, demonstrações financeiras, e acompanhamento dos indicadores econômico-financeiros como capital circulante líquido (CCL), lucro líquido (LL), fluxo de caixa (FC). Além disso, a segmentação de saúde conta com ações próprias para acompanhamento de **medidas de desempenho**: criação em 2018 da área de relacionamento estratégico para monitoramento regionalizado de indicadores, relatórios e dados da carteira de beneficiários, indicadores do IDSS, valores do ressarcimento ao SUS, provisão de eventos não previstos, e sinistralidade.

Há sinergia entre a estruturação da empresa “C” enquanto **organização**, e a configuração geral da seguradora matriz na qual ela está inserida, o organograma apresentado na estratégia competitiva apresenta a área de seguros em saúde como uma divisão de negócios, responsável pela operação de planos de saúde. A maior parte da estrutura da empresa, em especial nível estratégico e tático, é compartilhada com outros segmentos de atuação. No que diz respeito especificamente a plano de saúde, há 5 diretorias de negócios, voltadas para rede credenciada, gestão médica, produção (acompanhamento dos procedimentos executados e dos pagamentos), técnico operacional e novos negócios. A diretoria de rede credenciada atuou entre 2018 e 2019 na negociação com os prestadores, para revisão no modelo de remuneração dos contratos com a rede credenciada; além disso, coube à diretoria de novos negócios a condução da implementação de um novo produto, focado em empresas pequenas (3 a 100 vidas), que antes de 2018 não eram escopo do negócio da empresa “C”.

A política de benefícios e retenção de talentos praticada pela empresa “C” está acima das exigências do mercado de saúde suplementar, e se assemelha aquela praticada por instituições bancárias. Como toda a estrutura de atendimento é terceirizada, existe uma área exclusiva na empresa para gerir as negociações com a rede, e essa área atuou para renovação dos valores de contratos, entre 2018 e 2019, o que auxiliou no reequilíbrio financeiro. De acordo com os especialistas, o pagamento de melhores benefícios e o relacionamento próximo com a rede demonstram alinhamento das decisões infraestruturais com a estratégia competitiva em diferenciação.

A padronização de atendimentos, certificação da operadora, equipe de colaboradores com benefícios diferenciados, a definição de uma equipe exclusiva para acompanhamento do desempenho são decisões infraestruturais divulgadas pela empresa “C” que estão alinhadas com a estratégia competitiva em diferenciação, as prioridades competitivas personalização e qualidade, e as decisões estruturais em tecnologia.

### 5.3.3 Síntese e considerações sobre a Empresa “C”

A empresa “C” possui como característica um modelo semelhante ao de seguro bancário de saúde, com a operação de uma carteira de beneficiários composta exclusivamente por planos coletivos empresariais. Com uma rede de prestadores ampla e totalmente terceirizada, presente em diversas localizações, o beneficiário conta ainda com a possibilidade de reembolso parcial dos atendimentos. Tais características são declaradas no mapa estratégico da empresa, que foca em exclusividade e capilaridade, e na identidade organizacional, cujos termos mais repetidos são a associação da organização como melhor empresa seguradora de saúde do país. Tais características evidenciam a estratégia competitiva adotada: diferenciação.

No período entre 2015 e 2017 ocorreu uma discreta elevação da sinistralidade da empresa, que passou de 90%; ocorreu também uma sequência de prejuízos no triênio, que somaram quase R\$2 bilhões. Para reequilibrar a saúde financeira da empresa, houve adequação das despesas administrativas, e revisão no modelo de remuneração dos contratos com a rede credenciada.

A estrutura do serviço é 100% horizontal, composta por rede credenciada com modelos de remuneração diferenciados, de acordo com o volume de atendimentos mensais. É uma operadora acreditada pela ANS, com política de qualidade e *compliance* semelhantes às aquelas aplicadas nos seguros bancários, e disponíveis para consulta.

Os indicadores de saúde suplementar apresentam melhora crescente de desempenho ao longo dos anos, e em 2019, a empresa obteve nota máxima de 1,00 de IDSS, o que lhe confere o status de operadora com estrutura operacional e financeira que garantem permanência no mercado e satisfação dos usuários. Essa estruturação demonstra aderência da estratégia de operações com a estratégia competitiva declarada pela empresa “C”, que foca na qualidade e personalização do atendimento, com diferencial na oferta de serviços.

#### **5.4 Empresa D – Cooperativa Médica**

A empresa “D” é uma cooperativa médica, que comercializa planos de saúde coletivos e individuais. Faz parte de um sistema que reúne a maior experiência cooperativista na área da saúde em todo o mundo. Embora sua área de abrangência seja regional, em Minas Gerais, e todos os procedimentos eletivos sejam agendados e executados em Minas Gerais, o pertencimento ao sistema cooperativo permite que, em casos de urgência, o beneficiário seja atendido em caráter nacional, conforme sua proximidade a outra operadora cooperativista.

A estrutura de atendimento da empresa “D” é mista: conta com serviços verticalizados, executados em 4 hospitais próprios, 4 pronto atendimentos, 4 postos de coletas laboratoriais, 5 centros de diagnóstico de imagem e 5,7 mil médicos cooperados, além de uma extensa rede credenciada, composta por 355 prestadores, entre clínicas e laboratórios. Oferece serviços além dos exigidos pela ANS, e o cliente tem livre escolha do prestador que realizará a consulta ou procedimento do grupo de prestadores cooperados ou credenciados da empresa. A descrição da estratégia competitiva declarada e os desdobramentos dessa na estratégia de operações da empresa “D” será descrito nas próximas subseções.

##### **5.4.1 Estratégia Competitiva – Empresa “D”**

A empresa “D” possuía, em dezembro de 2019, 1.266.123 beneficiários, o que lhe conferia a posição de 6ª maior empresa do setor, em termos de operação por quantidade de vidas. É a única empresa do estudo cuja atuação é regionalizada, com atuação em 34 municípios mineiros, e seu crescimento está limitado a essa região por conta dos acordados de limitação de atuação dentro do sistema cooperativo. Em 2019, a empresa tinha 54% de participação do mercado. Possui 5,2 mil colaboradores CLT. As principais crenças da empresa são descritas na identidade organizacional divulgada:

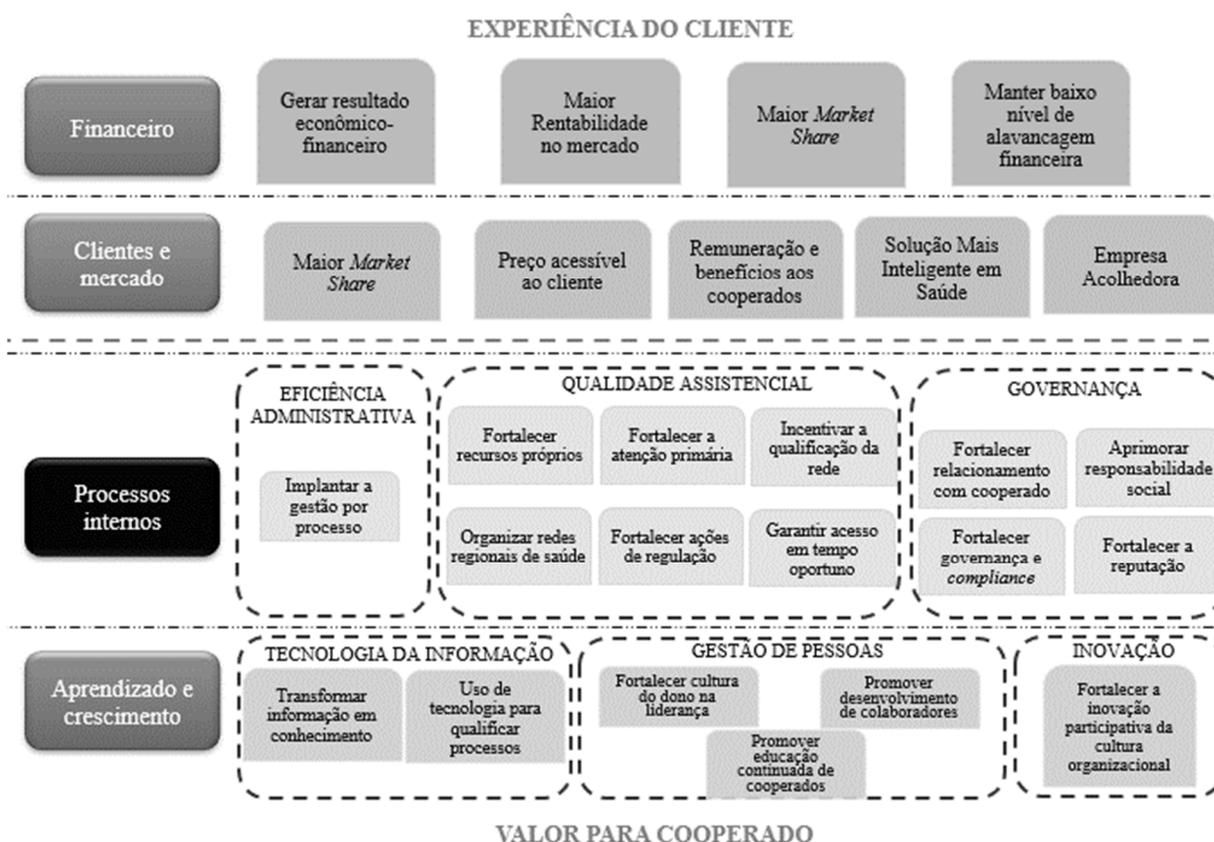
- i) Missão: valorizar o trabalho médico, e satisfazer os clientes com qualidade, inovação e sustentabilidade;

- ii) Visão: Ser referência como sistema cooperativista sustentável e inovador na atenção à saúde para melhorar a vida das pessoas
- iii) Valores: sustentabilidade econômico-social; compromisso com o cliente; ética; qualidade com custos acessíveis; inovação contínua
- iv) Propósito: Juntos, com você, cuidando da saúde.

O foco da identidade está no cooperado da empresa e numa gestão focada na satisfação ao cliente, de forma sustentável e inovadora. A criação de um centro de inovação, *spin-off* da atividade principal, com registro de patentes e venda de consultoria em gestão, reforça o desenvolvimento de uma capacidade e uma visão inovadora.

A missão definida na identidade organizacional norteia o desenho do mapa estratégico: valorização do cooperado e experiência do cliente. As macro ações definidas para as dimensões financeiro, clientes e mercado, processos internos e aprendizado e crescimento são apresentadas na Figura 5.21:

Figura 5.21 – Mapa Estratégico Empresa “D”



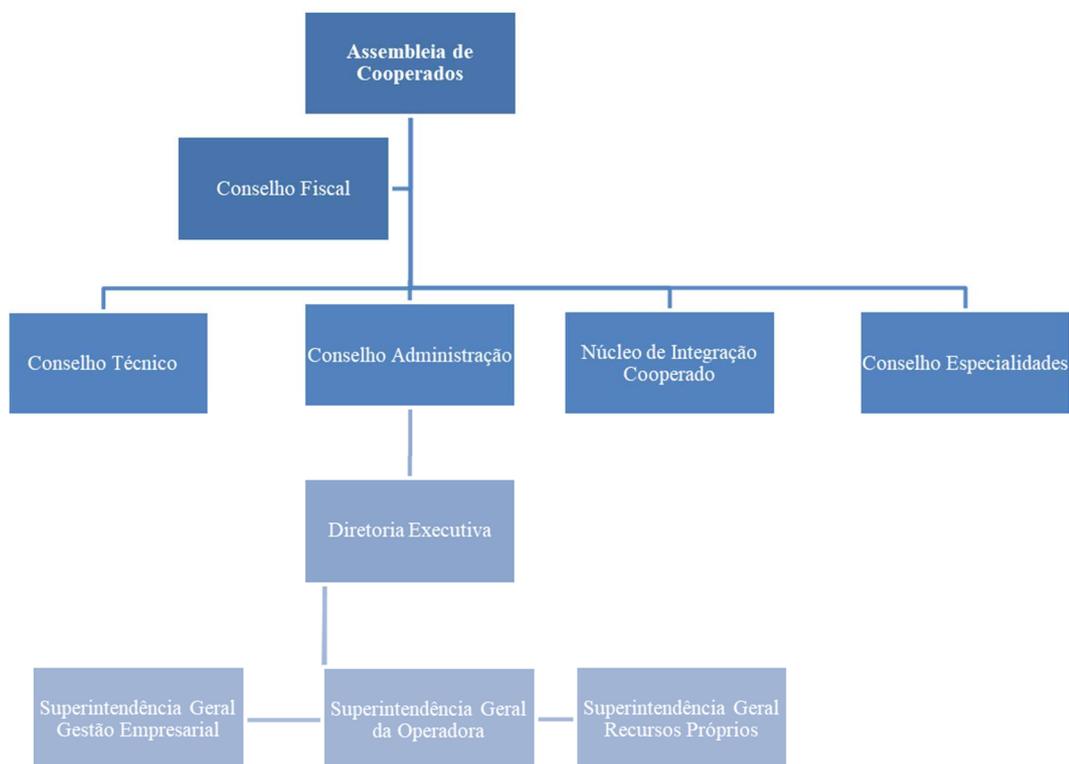
Fonte: Adaptado pela autora

O mapa estratégico divulgado pela empresa nos relatórios de GRI e governança 2019 apontam diversas ações nos âmbitos de aprendizagem e crescimento e processos internos para

fortalecimento da cultura da empresa, transformação de informações em conhecimento, e garantia de acesso ao uso dos recursos, próprios e credenciados. Como cooperativa médica, todo o plano estratégico da organização passa pela melhora da remuneração e dos benefícios dos cooperados, para quem a empresa precisa gerar valor.

No organograma, há presença maciça de médicos nos conselhos. A separação do comitê executivo em 3 superintendências leva ao entendimento que a empresa foca nos processos administrativos (gestão e rede) e nos serviços próprios, focados especialmente em hospitais. A estrutura simplificada pode ser observada na Figura 5.22:

Figura 5.22 – Organograma Empresa D



Fonte: Adaptado pela autora

A empresa “D” é a única empresa do presente estudo em que uma assembleia de cooperados é a maior instância no organograma; a organização conta também com um núcleo de integração ao cooperado. Abaixo da diretoria executiva, existem 3 superintendências, que coordenam as decisões conforme os negócios: gestão empresarial, operadoras e recursos próprios. Com relação aos processos e políticas internos divulgados para o público, acionistas e colaboradores, ganham destaque:

- 1) Relatório de Gestão;

- 2) Balanço Social;
- 3) Demonstrações Financeiras;
- 4) Código de Conduta;
- 5) Governança Corporativa;
- 6) *Compliance*;
- 7) Política da Qualidade;
- 8) Programa de gestão da reputação

A empresa demonstra transparência na divulgação das demonstrações financeiras e relatório de gestão, com amplos relatórios para acionistas e público geral. Assim como observado na empresa “B”, a empresa “D” também desenvolve um conjunto de projetos para prevenção a doenças e redução de custos, com base na análise da demanda, patologias e idade da carteira. São eles: reeducação alimentar infantil; projeto tabagismo; programa gestante; programa de atenção ao idoso. O objetivo desses programas é prevenir, tratar precocemente e acompanhar a progressão das doenças.

A carteira de beneficiários reúne um mix que conta com planos coletivos empresariais e planos individuais; os planos empresariais correspondem, contudo, a quase 80% do número de vidas, padrão esse também observado nas empresas “A” e “B”. Desde 2012, a empresa apresenta mais de 1,1 milhões de beneficiários, número esse que não sofreu significativas variações no volume total ao longo dos anos, conforme pode ser observado na tabela 5.8.

Tabela 5.8 – Evolução Beneficiários x reclamações da Empresa “D” (2011 a 2019)

Mês	Beneficiários	Taxa de Crescimento Beneficiários	Reclamações	Taxa de Crescimento Reclamações	Reclamações por Milhões de Beneficiários
dez/11	971.061		594		0,612
dez/12	1.193.510	23%	1002	69%	0,840
dez/13	1.232.715	3%	1408	41%	1,142
dez/14	1.256.547	2%	1435	2%	1,142
dez/15	1.190.839	-5%	1280	-11%	1,075
dez/16	1.181.155	-1%	1451	13%	1,228
dez/17	1.222.741	4%	1459	1%	1,193
dez/18	1.238.213	1%	1647	13%	1,330
dez/19	1.266.123	2%	2034	23%	1,606

Fonte: ANS (2020)

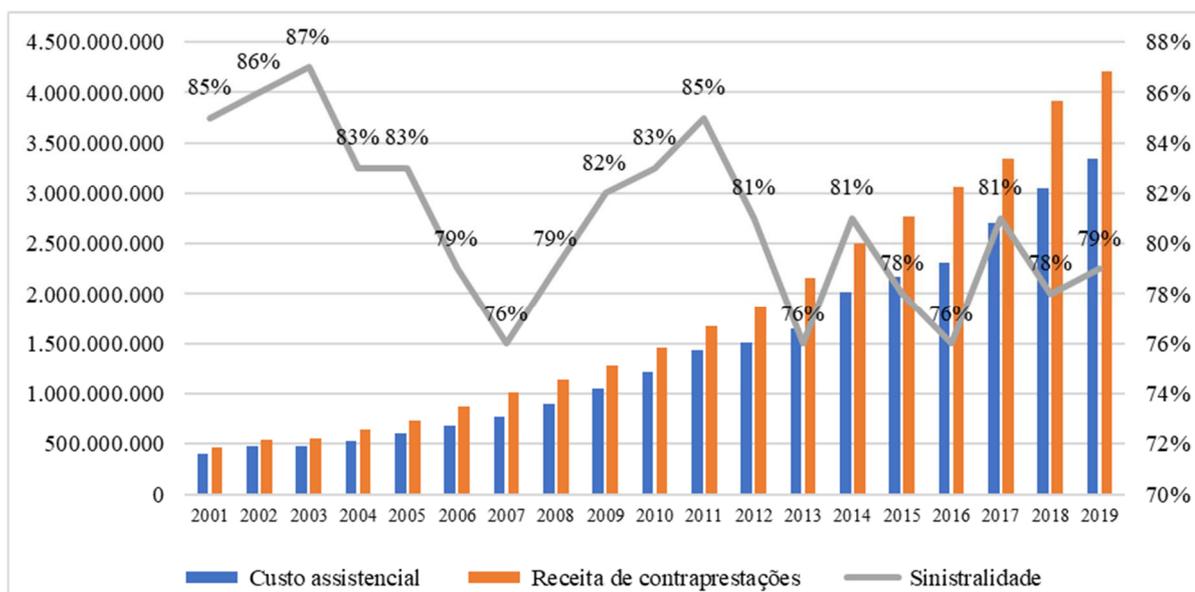
Conforme pode ser observado, nesse período, há um aumento sistemático nas reclamações de beneficiários junto à ANS. A variação de beneficiários, até 2014, segue o padrão de aumento observado no setor da saúde suplementar, com crescimento expressivo entre

2011 e 2012. No biênio 2015-2016 há discreta retração no número de vidas e, a partir de 2017, é possível verificar retomada do crescimento. O montante total de vidas, contudo, sempre esteve entre 1,1 e 1,2 milhões, e isso pode ser um indicativo tanto que as empresas contratantes do plano coletivo empresarial, localizadas na região de Minas Gerais, conseguiram lidar de forma mais rápida com os efeitos da crise econômica do período, mas que também a própria empresa criou estratégias e novos produtos e segmentos para reter os clientes.

O aumento no número de beneficiários é seguido também pelo aumento nas reclamações deles perante a ANS. O indicador Reclamações por Milhões de Beneficiários permite mensurar o crescimento no volume de reclamações, quando comparado com o número de beneficiários considerados, ano a ano. O índice saiu de 0,612 reclamações por milhão de beneficiários em 2011 e chega a 1,606, quase três vezes mais, em 2019. A taxa de crescimento das reclamações é superior à taxa de crescimento dos beneficiários. Embora haja crescimento nas reclamações dos beneficiários, observado também nas demais empresas do estudo, é necessário que a operadora acompanhe tal evolução, para entender quais são as demandas dos beneficiários.

Num cenário em que houve estabilidade no número de beneficiários, com variações discretas mesmo no auge da crise econômica, a análise da situação econômico-financeira remete a uma perspectiva de estabilidade, com expectativa de manutenção da receita per capita. A evolução da receita, custos e sinistralidade pode ser observada na Figura 5.23.

Figura 5.23 – Evolução Empresa “D” Receita x Custo x Sinistralidade (2001 a 2019)

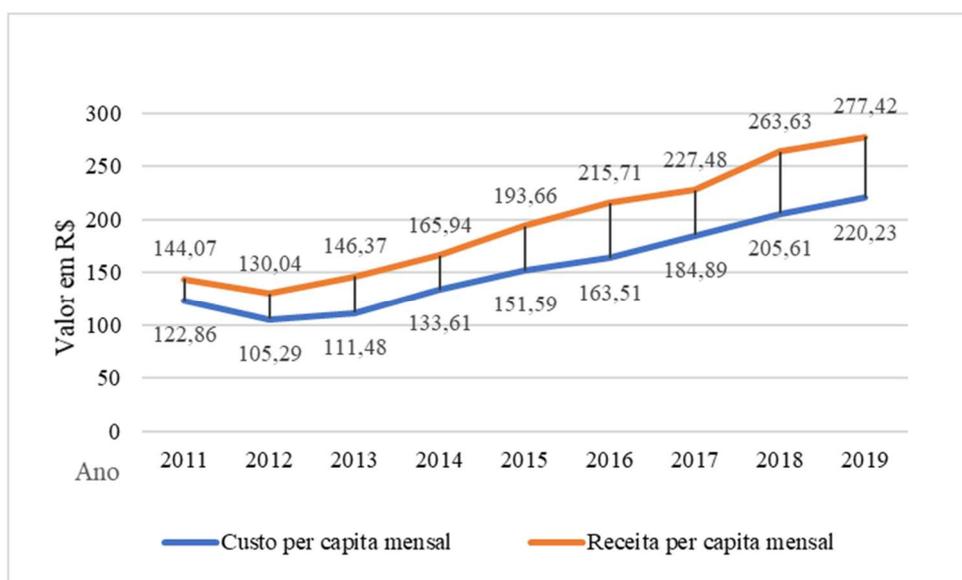


Fonte: ANS (2020)

Durante o período de coleta de dados, de 2001 a 2019, é possível notar uma queda na sinistralidade: no início da coleta dos dados, nos anos 2000, o sinistro dos contratos estava entre 85% e 87%, e após 2012 não ultrapassou 82%. O controle da sinistralidade é indício de foco na gestão de riscos assistenciais e controle de custos. No biênio 2015-2016, período mais crítico de perda de beneficiários, não houve queda na receita.

No período de 2011 a 2019, tanto a receita per capita média mensal quanto o custo per capita médio anual cresceram, porém o crescimento per capita da receita foi 193%, maior que o crescimento de 179% do custo, conforme pode ser observado na Figura 5.24:

Figura 5.24 – Evolução per capita mensal da Empresa “D” (2011 a 2019)

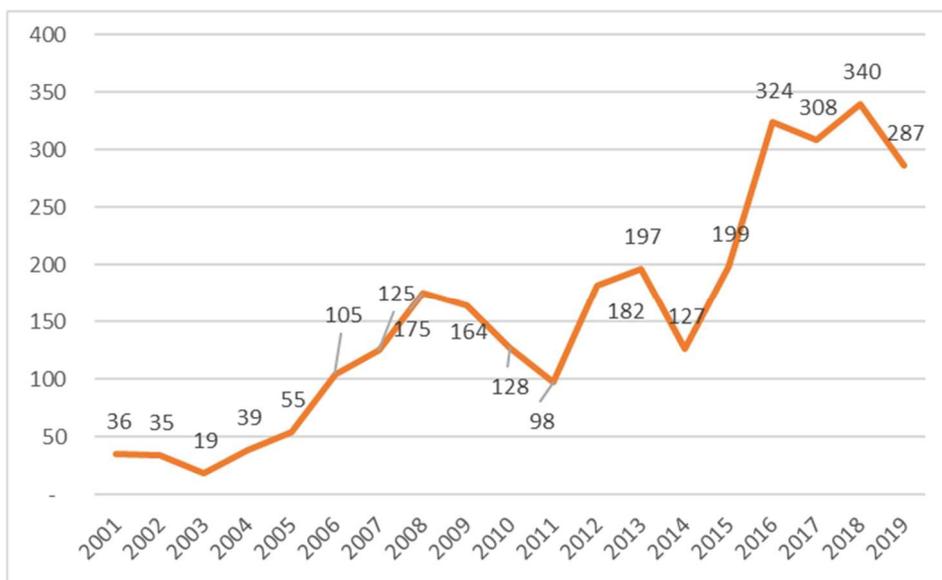


Fonte: Adaptado de ANS (2020)

A taxa de crescimento ligeiramente superior da receita contribui para um processo de manutenção e redução da sinistralidade ao longo do tempo. Os efeitos do controle de custos também podem ser observados no resultado financeiro da empresa.

Na figura 5.25 é possível acompanhar o resultado operacional ao longo dos anos. A empresa “D” apresentou sinistralidade abaixo de 85% e resultados operacionais positivos em todo o período analisado. Os anos de 2017 e 2019 apresentaram queda no resultado.

Figura 5.25 – Resultado Empresa “D” em R\$(000) – 2001 a 2019



Fonte: ANS (2020)

A condução gerencial da empresa, associada a projetos de cuidado ao paciente, pode ter refletido em mudanças no IDSS e suas dimensões ao longo do tempo. Na tabela 5.9 é possível observar a evolução do IDSS e suas dimensões entre 2012 e 2019:

Tabela 5.9 – Evolução IDSS Empresa “D” (2012 a 2019)

Ano Publicação/ Ano Base	IDSS	IDQS	IDGA	IDSM	IDGR
2012 (2011)	0,8299	1,0000	0,8452	0,4563	0,8478
2013 (2012)	0,8621	1,0000	0,8324	0,7467	0,7317
2014 (2013)	0,8919	1,0000	0,8458	0,8871	0,7269
2015 (2014)	0,8979	1,0000	0,8447	1,0000	0,6450
2016 (2015)	0,9542	1,0000	0,9646	0,8708	0,9816
2017 (2016)	0,9328	1,0000	0,8673	0,8640	1,0000
2018 (2017)	1,0000	1,0000	0,6260	1,0000	1,0000
2019 (2018)	1,0000	0,9769	0,6145	1,0000	1,0000

Fonte: ANS (2020)

Todas as dimensões do IDSS estão enquadradas no nível no patamar mais elevado de pontuação, com exceção do IDGA, que apresentou significativa redução entre 2016 e 2019. Isto indica que existem problemas na garantia de acesso dos beneficiários à rede qualificada. Porém, como a empresa é uma operadora acreditada em Nível I pela ANS, isso significa uma bonificação de acréscimo de 0,30 pontos no IDSS. O IDSS global aumentou no período entre

2016 e 2019, atingindo nota máxima em 2018, valor esse mantido em 2019; de acordo com essa pontuação, a empresa é classificada pela ANS como operadora com estrutura operacional e financeira que garante permanência no mercado e satisfação dos usuários.

A estratégia competitiva é foco, e está evidenciada no atendimento local (Minas Gerais) e nas ações que buscam o equilíbrio financeiro e o controle de custos. Foram identificadas iniciativas para fidelização dos médicos cooperados, através do pagamento de remuneração diferenciada; os beneficiários, por sua vez, acessam serviços qualificados executados pela rede de atendimentos própria e credenciada.

Conforme apontado pelos especialistas, empresas que competem em foco precisam equilibrar o controle de gastos, com a qualidade do serviço prestado aos beneficiários, e isso foi observado na empresa “D”: ao mesmo tempo que a sinistralidade ficou abaixo de 81%, conseguiu manter o crescimento da receita média per capita mensal acima do crescimento do custo médio per capita mensal, e obteve resultados financeiros positivos (mesmo nos anos mais críticos da crise financeira do biênio 2015-2017). A empresa investiu na padronização de processos e na obtenção de acreditação da ANS (na posição de operadora) e acreditação dos recursos próprios, que também são iniciativas esperadas para estratégia competitiva de foco. Houve também investimentos em pesquisa e desenvolvimento que resultaram no depósito de patentes. Além disso, a operadora atingiu pontuação máxima no IDSS no biênio 2018-2019. O desdobramento da estratégia competitiva na estratégia de operações será descrito nas próximas subseções.

#### 5.4.2 Estratégia de Operações – Empresa “D”

A estratégia competitiva de foco, numa empresa com atendimento limitado ao Estado de Minas Gerais e estrutura mista (própria + credenciada), impacta a estratégia de operações da empresa “D”. Nas próximas seções apresentam-se as prioridades competitivas e as decisões estruturais e infraestruturais que compõem a estratégia de operações da organização.

##### 5.4.2.1 Prioridades Competitivas – Empresa “D”

Para a análise das prioridades, o estudo utilizou fontes secundárias de dados da ANS, como relatórios de projeção de mercado da ANS, IDSS, informações do *Tabnet*, e informações divulgadas pela própria organização, como demonstrativo de resultados e GRI 2019. A síntese das prioridades competitivas é apresentada no Quadro 5.7:

Quadro 5.7 – Síntese das prioridades competitivas – Empresa “D”

Prioridade	Alta	Média	Baixa
Disponibilidade e conveniência		■	
Personalização		■	
Custo	■		
Qualidade e confiabilidade	■		
Reputação		■	
Rapidez		■	
Consistência e competência			■
Atendimento e comunicação		■	
Limpeza, conforto e segurança			■

Fonte: Elaborado pela autora

A estrutura de **disponibilidade e conveniência** adotada é formada por uma rede de prestadores mista, que conta tanto com rede própria quanto com rede credenciada, e cujos polos de atendimento estão distribuídos por todas as 34 cidades que são atendidas pela organização. O beneficiário pode ser atendido na unidade credenciada cuja localização esteja mais acessível, ou na que escolher de acordo com sua preferência, mas desde que os locais sejam credenciados. A organização destinou uma unidade hospitalar exclusivamente para atendimento de maternidade e outra para pediatria, o que indica que as ações focam em criar capacidade para atender as solicitações. É possível identificar sinônimos de disponibilidade e conveniência na identidade da organização: nos valores, há a expressão “compromisso com o cliente”. O IDGA, que mensura a garantia de acesso, oscilou negativamente nos últimos 4 anos, o que pode ser um indicativo de dificuldades em garantia de acesso ao serviço. Embora haja possibilidade de acesso aos serviços médico-hospitalares em diversos pontos distintos da área de atuação, a evolução negativa nas notas do IDGA e a presença em somente parte da identidade organizacional em termos que remetem ao favorecimento de disponibilidade e acesso fez com que a prioridade fosse classificada no patamar médio.

A estrutura mista da rede de atendimentos permite que o beneficiário escolha o prestador que executará/acompanhará seu tratamento médico hospitalar, conforme sua conveniência. Porém a **personalização** dos atendimentos fica restrita à rede cooperada ou credenciada à instituição. A redução consistente do IDGA no período 2016 a 2019 indica que a empresa pode ter tido dificuldades nas condições relacionadas ao acesso à rede assistencial, e isso abrange a oferta de rede de prestadores, o que impacta na possibilidade de personalização do serviço. Essa dimensão não é citada de forma direta ou através de sinônimos na identidade organizacional. A

possibilidade de escolha de prestadores, sem indicação direta da rede credenciada ou obrigação de execução de procedimento somente na rede própria, aponta que, embora a personalização seja importante para a atratividade comercial do plano de saúde, não é o fator mais relevante para a estratégia do negócio, sendo assim a personalização foi considerada nesse caso no patamar médio.

A referência ao controle de **custo** está presente na apresentação da identidade organizacional, através tanto de menções diretas, quanto pelo uso de sinônimos: na declaração da visão a organização cita “ser vista como uma cooperativa sustentável”, e os valores citam o termo “custos acessíveis”. Há um rígido controle sobre a sinistralidade geral da organização, que após 2012 não passou de 81%. No período 2001 a 2019, a empresa não apresentou resultados de prejuízo, e foram raros os anos em que não houve aumento no resultado financeiro. O percentual de aumento do custo médio per capita mensal é inferior ao crescimento da receita média per capita mensal, o que aponta para um rígido controle em custos. No biênio 2018-2019, a nota do IDSM, indicador do IDSS que monitora o equilíbrio econômico-financeiro, foi 1,000, valor máximo. A verticalização de serviços específicos, focados nas especialidades de pediatria, maternidade, imagem e laboratório, pode ser também um indicativo de que a empresa busca identificar oportunidades de otimizar a padronização de procedimento, e com isso ganhar escala na execução. Essas evidências permitem inferir que custo é uma alta prioridade.

A **qualidade** é uma prioridade competitiva diretamente identificada na identidade organizacional: na missão, há a expressão “satisfazer os clientes com qualidade”, e nos valores, a expressão “qualidade com custos acessíveis”. Está presente também nas políticas divulgadas pela corporação e é promovida por meio de um programa interno de qualidade. A empresa “D” é acreditada pela ANS; os 4 hospitais próprios possuem certificação ONA, sendo que 3 deles são classificados como ouro e um deles, como prata. Os centros de promoção a saúde, que abrigam os postos de coletas laboratoriais próprios, também possuem certificação. A empresa desenvolveu um selo próprio de qualidade para qualificação da rede prestadora; e esse selo é utilizado para remunerar de forma diferenciada os prestadores que possuem o melhor padrão de qualidade em atendimento. As ações da equipe de qualidade foram amplamente divulgadas no GRI 2019. O IDQS, índice de qualidade em atenção à saúde do IDSS, tem nota máxima de 1,000 desde 2012 e, mesmo com uma ligeira queda em 2019, a empresa tem uma pontuação quase total no quesito, e isso significa que a operadora tem estruturas operacional e financeira que garantem permanência no mercado e satisfação dos usuários. A presença de expressões que remetem ao termo na missão da empresa e as ações para a acreditação da operadora pela ANS,

a acreditação dos hospitais próprios, a manutenção de um programa interno de qualidade, o selo próprio de qualificação de rede e as notas do IDQS indicam que a qualidade está entre os principais focos da empresa, e dessa forma, tem alta relevância como prioridade competitiva.

A empresa “D” publica diversas políticas e ações que impactam positivamente em sua **reputação**: código de conduta, política da qualidade, práticas de sustentabilidade, *compliance* e política de governança são relatórios que divulgam atos da organização relacionados às práticas relevantes para o ambiente e a sociedade. Além disso, em 2018, a empresa implementou o programa de gestão da reputação, que anualmente executa uma pesquisa com os beneficiários para mensurar a percepção deles sobre a empresa e o atendimento dos médicos cooperados. As ações desdobradas a partir do programa de reputação são destacadas no GRI da organização, inclusive a que diz respeito à integração com a imprensa para desmentir notícias falsas relacionadas à organização. A temática também é citada na dimensão visão, da identidade organizacional, através da expressão “ser referência no sistema cooperativista”. A empresa, inclusive, é referência no sistema médico cooperativista, liderando grupos de pesquisa em inovação e *benchmark*. A taxa de reclamações teve crescimento expressivo entre 2018 e 2019, seguindo a tendência daquilo observado em outras operadoras do estudo. A queda consecutiva do IDGA nos últimos 4 anos pode ser um sinalizador de dificuldades em garantir acesso ao serviço, e isso afeta diretamente a reputação. Mesmo com a redução do IDGA e o aumento na taxa de reclamações, o conjunto de diversas ações positivas acerca da reputação, incluindo um programa de gestão para o tema, indicam que essa é uma prioridade que pode ser classificada como média para a empresa.

A estrutura de atendimento mista, que conta com alguns serviços em estruturas próprias e ampla rede credenciada para execução de exames e terapias, contribui com a **rapidez** para redução no tempo de espera. A rapidez está presente nos valores da identidade organizacional, através da expressão sinônima “compromisso com o cliente”. O IDGA, em queda no período analisado, é um índice que se relaciona com a rapidez e entrega, por mensurar a garantia ao acesso aos serviços dentro do tempo hábil previsto pela ANS. A queda do IDGA, contraposta à expansão na rede própria de prestadores, aponta que a rapidez pode ser classificada como de média prioridade.

A **consistência e competência** está presente na expressão sinônima “ser referência”, citada na dimensão missão, da identidade organizacional. Na análise do IDGR, que mensura o cumprimento das obrigações junto à ANS, é possível averiguar que a empresa apresenta há 3 anos nota máxima no quesito. Ainda que a nota do IDGR seja máxima, a baixa referência aos termos da prioridade na identidade da organização leva a inferir que consistência e competência

são de baixa prioridade. Isso não significa que a empresa não busque ser competente, mas que talvez já tenha esse conceito arraigado em sua cultura.

**Atendimento e comunicação** estão presentes em sinônimos citados nos valores da identidade organizacional: “compromisso com o cliente” e “ética” são expressões que podem ser relacionadas a essa prioridade. Há ampla divulgação ao público das políticas e ações da empresa, através de materiais como o Relatório Anual de Gestão, o Estatuto Social e as práticas de sustentabilidade, governança corporativa, políticas da qualidade e *compliance*, política de gestão de reputação. O índice de sustentabilidade no mercado, o IDSM, que é composto por indicadores que averiguam a taxa de resolução de queixas dos clientes e de reclamações gerais, apresenta pontuação máxima desde 2018, e isso também pode ser considerado como um fator de impacto positivo para o atendimento e comunicação. Como a prioridade não está presente em todos os componentes da identidade organizacional, a análise dessas informações indica que a prioridade atendimento e comunicação pode ser classificada no patamar de média prioridade.

Não existem termos diretos citados na identidade organizacional que remetam a **limpeza, conforto e segurança**; o tema não é tratado especificamente por nenhuma das políticas da organização, e não há ações divulgadas no GRI que possam ser direta ou indiretamente correlacionadas. A queda nas notas do IDGA, compostas por indicadores como Qualidade de Hospitais e Qualidade de Laboratórios, podem indicar que há dificuldades em sustentar a prioridade limpeza, conforto e segurança. Essas informações levaram a pesquisa a inferir que limpeza, conforto e segurança são de baixa prioridade.

Qualidade e custo são as principais prioridades competitivas da empresa “D”, e estão alinhadas com a estratégia competitiva de foco. Embora não esteja relacionada entre as prioridades, é necessário destacar que, como cooperativa médica, a empresa também prioriza a garantia de trabalho, remuneração e bonificação dos cooperados. Consistência e competência e limpeza, conforto e segurança são as prioridades com relevância mais baixa para a estratégia de operações da empresa “D”.

É necessário averiguar nas decisões estruturais e infraestruturais da empresa “D” se há alinhamento com a estratégia competitiva adotada. Essa será a discussão da próxima subseção.

#### 5.4.2.2 Áreas de decisões estruturais – Empresa “D”

A estrutura de prestadores da empresa “D” é mista, e a **capacidade** de atendimento é alcançada com a rede credenciada e com a rede própria de hospitais, prontos socorros, clínicas

ambulatoriais e centros de promoção à saúde que realizam procedimentos ambulatoriais (laboratório e imagem). Somente a estrutura própria não é suficiente para atendimento da demanda dos beneficiários, e por isso a empresa mantém uma ampla rede credenciada, que conta com 327 prestadores, entre hospitais, clínicas e laboratórios. Em 2019, 25% dos atendimentos hospitalares e 50% de pronto socorro foram realizados na rede própria. Quase 100% dos exames e terapias são executadas na rede credenciada. Dentro da rede de prestadores credenciada, própria e privada, o cliente tem livre escolha do prestador que realizará a consulta ou procedimento. A empresa “B” oferece um mix de serviços além dos exigidos pela ANS, e incentiva projetos com modelos de prevenção a doenças.

O principal investimento em **instalações físicas** foi a ativação do 4º hospital próprio, que é uma unidade de atendimentos gerais. A organização conta com 4 hospitais próprios para atendimento dos beneficiários, incluindo 1 unidade exclusiva para o atendimento neonatal e pediátrico, e 1 hospital maternidade; há também 9 centros de promoção de saúde, que executam principalmente coleta de amostras para análises laboratoriais e serviços de imagem, 1 pronto atendimento e 1 unidade de atendimentos domiciliares. As unidades são localizadas em pontos distintos da área de atuação da organização, permitindo aos beneficiários facilidade de acesso, de acordo com a origem.

O investimento em **tecnologia** está pautado para a busca de ferramentas e soluções de inteligência artificial que agilizem os atendimentos e atendam aos requisitos da legislação que passará a entrar em vigor em 2020. Há padrão nas soluções tecnológicas adotadas nas diversas unidades da empresa: utilização de um ERP para a área administrativa, em todas as unidades, e outro ERP voltado para os recursos próprios; não existem indícios no GRI 2019 sobre mudanças no ERP utilizado. Houve aplicação de recursos para mudança nas redes que conectam os consultórios dos médicos cooperados, para estruturação necessária para a telemedicina. Houve também a criação de aplicativo que integra as informações geradas nos atendimentos e exames numa plataforma que permite acesso ao prontuário eletrônico do beneficiário. A criação em 2016 de uma empresa de tecnologia em saúde (divisão da empresa “D”) gerou o projeto que adota inteligência artificial para o processo de autorizações das solicitações dos beneficiários e a construção de um equipamento que monitora e acompanha a mudança de posição dos pacientes no leito durante a internação. Foram também efetuados investimentos para preparar a empresa para a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que entrará em vigor em 2020.

Existe uma evolução na estruturação da empresa “D” para **integração vertical** das atividades assistenciais consideradas chave para o negócio: laboratórios de análises clínicas, imagens, e hospitais para internações de nichos específicos (maternidade, pediatria). Não há

indícios, nos dados analisados até 2019, de que a empresa busque a internalização total das atividades assistenciais, uma vez que para isso seriam necessários maiores investimentos em aquisições de estruturas físicas; não há também indícios de redução ou limitação da rede credenciada. Porém, a verticalização de algumas atividades específicas, aquelas com maior custo para a empresa, em especial o pagamento hospitalar, parece ser uma estratégia para reduzir custos na rede e para ampliar os valores à disposição da distribuição de dividendos aos cooperados.

Para atender a demanda dos beneficiários, a empresa conta com rede de atendimentos própria e credenciada; a rede própria possui, além da unidade hospitalar recém-inaugurada, hospitais especializados para atendimento de nichos de público: pediatria, maternidade, atendimento neonatal. A pesquisa de novas tecnologias, que permitiu o desenvolvimento de equipamento hospitalar próprio patenteadado, e a área de inovação, que desenvolve ferramentas e aplicativos que auxiliam na análise dos dados e na informatização dos processos, tornaram a tecnologia uma área de decisão estrutural importante para a empresa “D”. O Quadro 5.8 apresenta um resumo das principais ações direcionadas para as decisões estruturais:

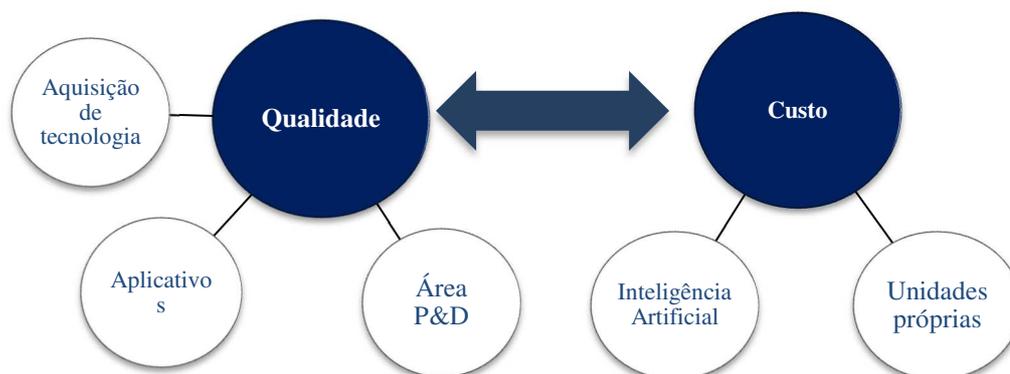
Quadro 5.8– Principais ações relacionadas às decisões estruturais – empresa “D”

<b>Capacidade de demanda</b>	<b>Instalações</b>	<b>Tecnologia e processo</b>	<b>Integração Vertical</b>
Rede própria	Novo hospital geral próprio	Plataforma para análise de solicitações	Hospitais
Rede credenciada		Equipamento hospitalar	Postos de coleta

Fonte: Elaborado pela autora

Há alinhamento entre as decisões estruturais observadas, as prioridades competitivas adotadas – qualidade e custos – e a estratégia competitiva. Numa visão global, as decisões estruturais estão orientadas por prioridades competitivas definidas pela diretoria, numa relação que pode ser averiguada na figura 5.26.

Figura 5.26 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais - empresa D



Fonte: Elaborado pela autora

A prioridade custo é reforçada pelos investimentos nas instalações físicas próprias, que atendem a demandas de especialidades específicas como pediatria e maternidade, com padronização de protocolos, e no uso da inteligência artificial, para desenvolvimento de ferramentas capazes de antecipar possíveis novas demandas. Os investimentos tecnológicos na aquisição de tecnologia para gestão e inovação, o desenvolvimento de aplicativos para transformar a experiência do beneficiário e tornar processos digitais convergem para a prioridade em qualidade.

De acordo com os especialistas entrevistados, cooperativas de prestação de serviços médicos, caso da empresa “D”, tendem a ter seu crescimento limitado a regiões específicas, por conta das regras de cooperativismo, e esse fator desafia a organização a desenvolver produtos relacionados a gestão dos negócios. Esse apontamento foi identificado no direcionamento de investimentos das decisões estruturais: a organização criou uma área de pesquisa e desenvolvimento (P&D), que desenvolveu um equipamento hospitalar patenteado, e criou uma metodologia de gestão para o negócio, que é comercializado para outras cooperativas atuantes no segmento de saúde. Há convergência das decisões estruturais com a estratégia competitiva, e há indícios também de novos negócios para a organização.

A análise das áreas de decisão estrutural é essencial para a compreensão da estratégia da empresa, observando-se quais dimensões competitivas são priorizadas. É necessário examinar também quais são, e como são conduzidas as decisões infraestruturais.

#### 5.4.2.3 Áreas de decisões infraestruturais – Empresa “D”

A política de **recursos humanos** é corporativa para os funcionários, e cooperativa para os médicos. A estrutura organizacional é composta por 5.272 colaboradores próprios, 4.057

deles voltados para a assistência à saúde do beneficiário, e 1.215 em funções administrativas. Os colaboradores contam com os benefícios padrões do mercado de saúde suplementar: assistência médica e odontológica, auxílio creche, auxílio funeral, vale transporte, vale refeição. A empresa possui programa de desenvolvimento individual de colaboradores e está relacionada em diversos portais de análise como uma das 150 melhores empresas para se trabalhar no Brasil. Em 2019 implementou um programa de trainee para atração de talentos recém-formados da área de computação e sistemas de informação, com foco específico para atuação nos projetos de pesquisa e desenvolvimento. Também em 2019, desenvolveu 2 programas voltados para formação de públicos específicos: capacitação de funcionários com deficiência e programa primeiro emprego para jovens aprendizes.

Do total de funcionários do quadro, 30% possuem entre 27 e 33 anos, e 76,2% são mulheres. Todas as vagas estão localizadas em Minas Gerais, e 67% dos cargos de liderança de funcionários são ocupados por mulheres. Do total de vagas, 1,9% são ocupadas por pessoas com deficiência, e 13,4% dos colaboradores se consideram negros. A taxa de rotatividade em 2019 foi 22,73%, considerado um percentual alto para esse indicador.

No tocante ao quadro de cooperados, este é composto por 5.544 médicos, a maioria deles do sexo masculino. A empresa promove um plano de previdência privada como benefício ao cooperado e oferece bolsas de estudos para especializações. Na diretoria executiva há 1 mulher, o que representa 20% do quadro de diretores, além disso outras 5 mulheres ocupam postos no conselho de administração e 2 no conselho fiscal.

De acordo com as ações divulgadas no GRI 2019, houve esforço de investimento relacionado à **qualidade**. Desde 2013 a empresa conta com o programa interno de qualidade, e esse programa é responsável: pela acreditação da operadora pela ANS; pela obtenção da certificação ISO 9001/2015; pela obtenção da certificação ONA 3 no hospital geral, pediátrico e maternidade próprio, e ONA 2 em 2019 no hospital reativado; pelo prêmio ouro em governança e sustentabilidade do sistema cooperativo; certificação RN 277 com pontuação 99,7 de 100. A instituição desenvolveu, em 2017, um selo de qualidade e excelência próprio, para qualificação das redes prestadoras própria e credenciadas: dividido entre hospitais, oncologia, imagem, análise laboratorial, radiologia e nefrologia; as instituições que obtêm pontuação máxima recebem remuneração adicional. Houve, em 2019, a implementação do programa de acreditação em rede, para avaliação dos serviços na rede própria.

As principais atividades relacionadas ao **planejamento e controle da produção/materiais** estão relacionadas ao uso de inteligência artificial para transformação de dados em informações: adoção de ferramenta para planejamento de procedimentos cirúrgicos, com foco

na padronização das execuções, e mudança no padrão de remuneração; adoção de ferramenta de inteligência artificial que permitiu o agrupamento de pacientes de acordo com a clínica de atendimento, e o avanço do programa de atenção primária à saúde.

A empresa apresenta um diferencial para **novos produtos**: há uma divisão de negócios na empresa, criada em 2018, para a área de pesquisa e desenvolvimento. É a única empresa do estudo, e a única operadora de plano de saúde no período dessa pesquisa, que realizou depósito de patente. Em parceria de *coworking* com universidades federais de sua região de atuação, a empresa “D” criou um centro de inovação num espaço que concentra ensino e pesquisa, inteligência, consultoria e desenvolvimento de novas soluções que criem valores e atendam médicos, colaboradores e clientes. Em 2018, a empresa realizou o depósito de uma patente no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), relacionada a um equipamento que monitora e acompanha a mudança de posição dos pacientes no leito durante a internação. Essa divisão de negócios ganhou prêmios de inovação brasileira no biênio 2018-2019.

Em 2019 entrou em operação a ferramenta para gestão de indicadores assistenciais, para acompanhamento de **medidas de desempenho**. A plataforma reúne os principais indicadores econômico-financeiros da empresa, como capital circulante líquido (CCL), lucro líquido (LL), fluxo de caixa (FC), e os de qualidade assistencial desenvolvidos no Comitê de Especialidades, como quantidade de consultas, quantidade de exames por consulta, quantidade de pacientes hospitalares em retorno de internação, internações em pacientes dos programas de atenção primária à saúde. A ferramenta passa a ser base para os principais relatórios de mercado, evoluções financeiras, balanço social, relatório de desempenho, GRI, relatório de sustentabilidade, demonstrações financeiras. Em 2018 a empresa adotou o índice de qualidade assistencial: uma medida de desempenho própria, utilizada para remuneração variável dos médicos cooperados, de acordo com a avaliação dos beneficiários e os dados da plataforma de indicadores.

Conforme apresentado na estratégia competitiva, a estrutura de **organização** é robusta, composta por um quadro diretivo de conselhos formado exclusivamente por médicos cooperados: 19 cooperados no conselho de Administração, 6 cooperados no Conselho Técnico-Societário; 6 cooperado no Conselho Fiscal, e 107 cooperados na Assembleia Geral De Delegados. Abaixo dos conselhos, existem 3 superintendências associadas às áreas de atuação da empresa: Gestão, Operação Administrativa e Recursos Próprios (Hospitais). É a única empresa do estudo cujos cargos de diretoria e conselho são ocupados exclusivamente por médicos; esse modelo de direção, porém, se repete em todas as empresas que compõem a modalidade cooperativa médica.

O foco de investimentos nas decisões infraestruturais está na qualidade e no desenvolvimento de novos produtos, derivados de inovação e soluções tecnológicas. A empresa “D” é acreditada pela ANS, e possui programas para qualificação dos recursos próprios, com a obtenção de certificação hospitalar ONA. As decisões infraestruturais mantêm alinhamento com a estratégia competitiva de foco.

#### 5.4.3 Síntese e considerações sobre a Empresa “D”

A estratégia competitiva declarada no GRI 2019 e no mapa estratégico é de foco: diversas ações e projetos da companhia estavam voltados para a qualidade e a inovação, mas uma sinistralidade controlada abaixo de 80% desde 2012 e o crescimento per capita dos custos inferiores ao crescimento per capita da receita – o que gerou lucro em todo o período de análise – indicam que o controle de custos também é exercido pela empresa.

A empresa é uma operadora acreditada pela ANS, e possui política de qualidade e *compliance* disponíveis para consulta. Apresentou IDSS crescente ao longo dos anos e mantém a nota máxima de 1,00 desde 2018. A identidade organizacional define como direcionadores da estratégia a criação de valor para os beneficiários (clientes) e os médicos cooperados. Os benefícios ao corpo médico não são citados no GRI, identidade organizacional, mapa estratégico de nenhuma outra operadora do estudo, mas no caso da empresa “D”, é um tema relevante, por ser pertinente à estrutura societária do negócio, e está alinhado com o foco em controle de custo: quanto menor o custo gerado para a operação, maior o montante a ser distribuído aos cooperados no final do período fiscal.

As decisões estruturais apontam para investimentos em longo prazo em tecnologias que podem ampliar a qualidade dos serviços prestados e transformar a experiência dos beneficiários através da inovação, em especial, pelo uso de ferramentas com inteligência artificial. As decisões infraestruturais indicam investimentos de curto e médio prazo em ações que reforçam as decisões estruturais: gestão da qualidade e inovação. Foi possível verificar que existe que há alinhamento entre a estratégia de operações praticada e a estratégia competitiva declarada.

### 5.5 Empresa E – Autogestão

A empresa “E” é uma operadora de autogestão, derivada de uma instituição financeira federal, que comercializa planos de saúde para funcionários ativos e aposentados da instituição e seus dependentes, e intermedeia o atendimento dos beneficiários com uma rede quase 100% credenciada, até 2019, atuando numa estrutura horizontalizada.

No início das operações, nos anos de 1940, o objetivo da empresa “E” era criar um processo de ressarcimento das despesas com saúde dos funcionários ativos da instituição financeira que contratassem o serviço. No começo dos anos 1960, a empresa admite a adesão também de aposentados e pensionistas. Nos anos 1970, a adesão dos funcionários da instituição bancária à contratação do plano de saúde se torna obrigatória, e a própria direção da instituição bancária assume a direção da operadora de saúde, situação essa que se mantém até os dias atuais. Desde o início das operações, o foco de atuação foi nacional, com presença mais acentuada no atendimento das regiões em que existe maior presença da instituição financeira à qual a empresa está associada.

A abrangência do serviço é nacional, contudo, está concentrado nas regiões Sudeste, Sul e estado da Bahia. Conta com 66 clínicas próprias, 30 mil prestadores credenciados e 361 médicos contratados. A empresa sempre foi dependente do aporte financeiro da instituição bancária da qual deriva. Essa relação conferiu estabilidade financeira para a operadora quando o setor passou a ser regulado pela ANS no ano de 1999, e garantiu injeção financeira que permitiu a saída da direção fiscal da ANS no final de 2019, após um aporte financeiro de R\$1 bilhão.

A estrutura de atendimentos é na maioria horizontalizada: trabalha em parceria com ampla gama de laboratórios, clínicas e hospitais, e o cliente é atendido pelo profissional/clínica credenciados pela empresa; oferece serviços além dos exigidos pela ANS. O modelo de serviços horizontalizados em saúde é pago através da contribuição fixa mensal de 1% dos salários dos funcionários ativos da instituição da qual a empresa deriva, além das mensalidades dos beneficiários. A descrição da estratégia competitiva declarada e os desdobramentos na estratégia de operações serão descritos nas próximas subseções.

#### 5.5.1 Estratégia Competitiva – Empresa “E”

A empresa “E” possuía, em dezembro de 2019, 655.813 vidas, o que lhe conferia a 10ª posição no que tange ao seu tamanho, em termos de operação por quantidade de vidas. O quadro de funcionários é composto de 2.764 colaboradores, na maioria em unidades administrativas, com exceção de um restrito grupo assistencial que atende nas clínicas ambulatoriais de atenção primária à saúde. Os principais propósitos da empresa são descritos na identidade organizacional:

- i) Missão: promover uma vida melhor aos participantes, por meio da atenção integral à saúde;

- ii) Visão: ser reconhecida por proporcionar atenção à saúde, com inovação e sustentabilidade;
- iii) Valores: solidariedade e equidade; ética e transparência; excelência no relacionamento; inovação e sustentabilidade; gestão participativa; compromisso com a vida; valorização dos trabalhadores;
- iv) Propósito: cuidar da saúde do beneficiário em todas as fases da vida.

A identidade organizacional divulgada é composta por elementos que focam na qualidade de vida dos beneficiários, com inovação e sustentabilidade. A partir da identidade organizacional da empresa e do direcionamento do planejamento estratégico executado para o período 2017 a 2020, foi formulado o mapa estratégico da empresa que aponta macro ações para as dimensões financeira, clientes e mercado, processos internos, e aprendizado e crescimento, conforme apresentado na Figura 5.27:

Figura 5.27 – Mapa Estratégico Empresa “E”

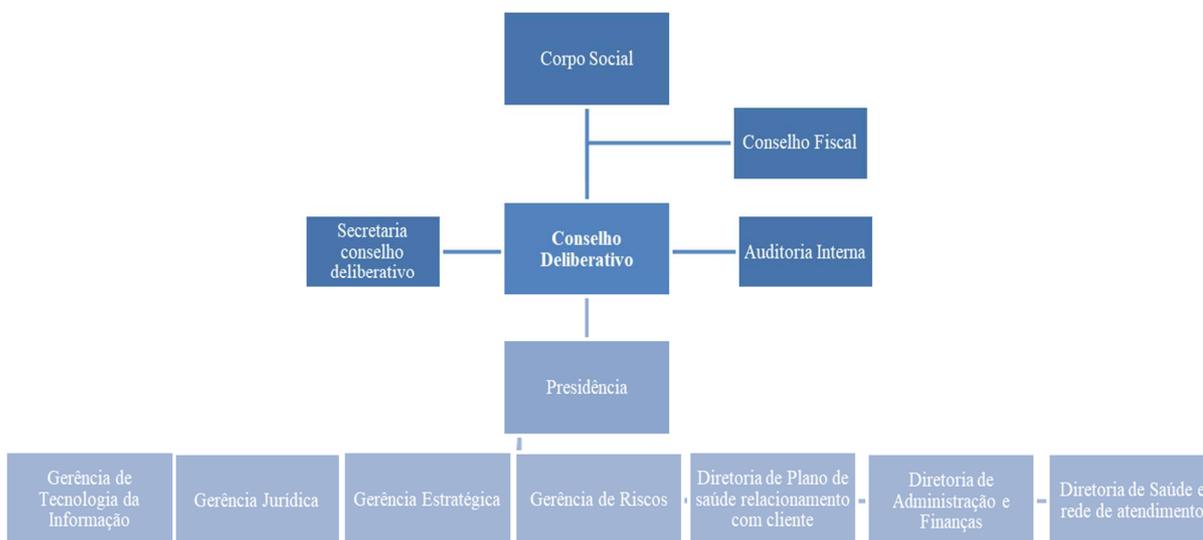


Fonte: Adaptado pela autora

Os principais direcionadores do mapa estratégico, referentes à experiência do cliente e o cuidado com a saúde, estão alinhados com a declaração de valorização da qualidade de vida apontada na identidade organizacional. A estrutura organizacional é robusta, composta por um

quadro de conselhos, três diretorias e diversas gerências e divisões. A estrutura simplificada pode ser observada na Figura 5.28:

Figura 5.28 – Organograma Empresa E



Fonte: Adaptado pela autora

No organograma constam diversas divisões de estratégia de negócios, relacionadas a cada uma das 3 diretorias e das 3 gerências que respondem para a presidência. Há ausência de elos que façam intersecção de decisões estratégicas entre as diretorias, o que torna as decisões focadas apenas na divisão de atuação, e não no negócio como um todo. Com relação aos processos internos, políticas e ações divulgados ao público, acionistas e colaboradores, se destacam:

- 1) Relatório de Gestão – publicação anual;
- 2) Balanço Social – publicação anual;
- 3) Demonstrações Financeiras – publicação;
- 4) Código de Conduta (Ética) – termo público;
- 5) Política de *Compliance*;
- 6) Política de responsabilidade socioambiental.

As divulgações são discretas, focadas principalmente em dados financeiros e no termo público do código de conduta. Não foram encontrados documentos relacionados à Política da Qualidade ou à Governança Corporativa; a empresa também não adere de forma integral ao formato de publicação do GRI. Parte das publicações financeiras está relacionada com os resultados divulgados pela instituição bancária a qual a empresa pertence.

A carteira de beneficiários é composta exclusivamente por planos individuais e /ou familiares, restritos a titulares (ativos e aposentados) e familiares até 4º grau de parentesco de funcionários da instituição bancária ao qual a operadora está vinculada. A evolução no número de beneficiários e taxa de crescimento das reclamações pode ser observada na Tabela 5.10:

Tabela 5.10 – Evolução Beneficiários x Reclamações da Empresa “E” (2011 a 2019)

<b>Mês</b>	<b>Beneficiários</b>	<b>Taxa de Crescimento Beneficiários</b>	<b>Reclamações</b>	<b>Taxa de Crescimento Reclamações</b>	<b>Reclamações por Milhões de Beneficiários</b>
dez/11	693.620		544		0,784
dez/12	697.113	1%	939	73%	1,347
dez/13	677.060	-3%	1420	51%	2,097
dez/14	715.021	6%	1141	-20%	1,596
dez/15	713.769	0%	1529	34%	2,142
dez/16	705.690	-1%	1975	29%	2,799
dez/17	694.632	-2%	1963	-1%	2,826
dez/18	682.893	-2%	1766	-10%	2,586
dez/19	655.813	-4%	2336	32%	3,562

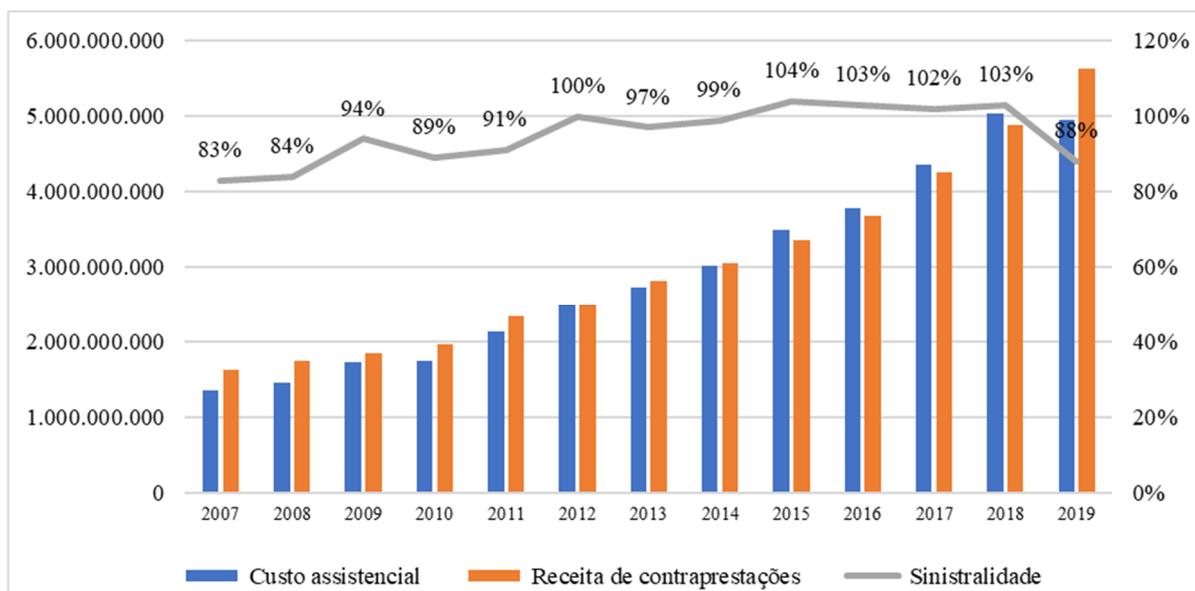
Fonte: ANS (2020)

A evolução de beneficiários segue um padrão diferente daquele observado nas demais empresas do estudo: entre 2011 e 2013, período em que as demais empresas têm expressivo crescimento nas carteiras, há oscilação e queda no número de beneficiários da empresa “E”; em contrapartida, em 2014, houve crescimento no número de beneficiários, e a empresa atinge o maior número de contratantes do período analisado. No biênio 2015-2016, o número de vidas se mantém praticamente estável, e a partir de 2017, é possível verificar uma redução, mais acentuada em 2019. Na contramão da queda do número de beneficiários, a empresa apresenta crescimento anual no número de reclamações. O índice de Reclamações por Milhões de Beneficiários cresceu aproximadamente 4,5 vezes nesse período, o que mostra elevada presença de insatisfação com o serviço.

A evolução das reclamações dos beneficiários e a redução na taxa de crescimento do número de vidas apontam para oscilações que podem estar mais relacionadas com estruturação interna do que com efeitos de rupturas econômicas e de políticas externas. A análise econômico-financeira, e os problemas na entrega do IDSS, perspectivas que serão apresentadas nas próximas subseções, poderão indicar se o padrão de variação dos beneficiários é algo pontual, ou um conjunto de problemas relacionados à administração da empresa, e que levaram a mesma a sofrer intervenção da ANS.

Assim como para indicadores de beneficiários, a empresa “E” e as demais empresas de Autogestão passaram a ter os dados econômico-financeiros controlados pela ANS a partir de 2007. A evolução da receita, custos e sinistralidade podem ser observados na Figura 5.29:

Figura 5.29 – Evolução Empresa “E” Receita x Custo x Sinistralidade (2007 a 2019)

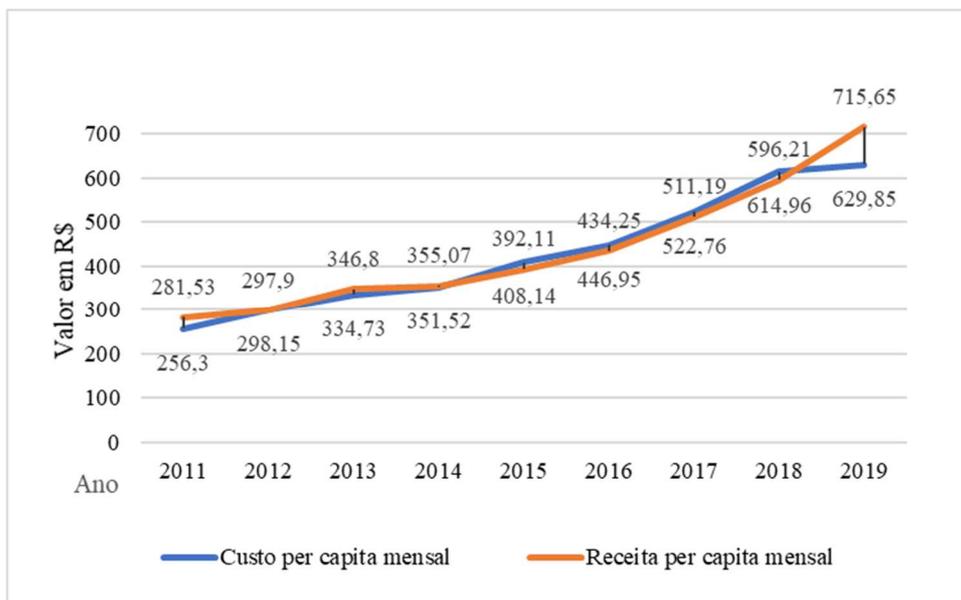


Fonte: ANS (2020)

Durante o período de coleta de dados, entre 2007 e 2019, a sinistralidade só esteve abaixo de 90% entre 2007, 2008 e 2010. Entre 2012 e 2019, houve um período de 5 anos em que a sinistralidade foi superior a 100%, o que significa que a despesa assistencial foi maior que a receita auferida.

Até 2018, o crescimento da receita per capita média mensal era inferior ao crescimento dos gastos, e isso refletia nos índices de sinistralidade atingidos, conforme pode ser observado na Figura 5.30, que apresenta a receita e custo médio per capita mensal. Após a intervenção da ANS, o aporte financeiro da instituição bancária mantenedora e a adoção de novas práticas administrativas, a empresa “E” elevou a cobrança per capita média mensal, de forma que essa cresceu mais do que o custo.

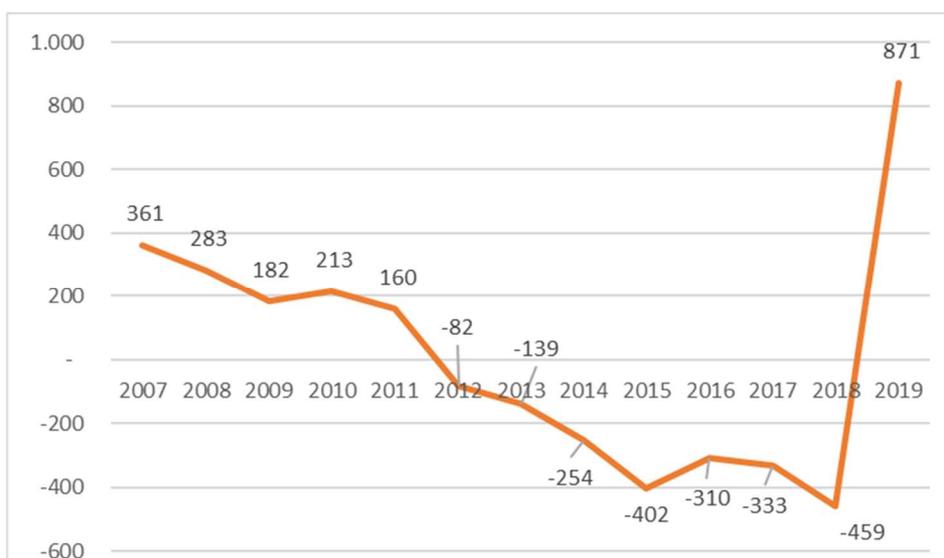
Figura 5.30 – Evolução per capita mensal da Empresa “E” (2011 a 2019)



Fonte: Adaptado de ANS (2020)

A situação econômico-financeira da empresa se apresenta desequilibrada desde 2012, momento em que passa a acumular períodos de sinistralidade acima de 100% e prejuízos operacionais, conforme pode ser observado na Figura 5.31.

Figura 5.31 – Resultado Empresa “E” em R\$(000) – 2001 a 2019



Fonte: ANS (2020)

Tal desempenho levou a empresa ao processo de intervenção fiscal da ANS, em julho de 2019. Essa situação também interferiu na rede de prestadores credenciados, pois a

morosidade para pagamento dos serviços executados e o receio de terem os pagamentos cancelados levaram uma parte considerável da rede credenciada a cancelar os contratos com a empresa, ou a restringir a quantidade de atendimentos mensais.

As medidas administrativas e a renegociação com prestadores, indicados pelo diretor fiscal da ANS que atuou na empresa, permitiram a redução de despesas assistenciais, com um sinistro de 88% e geraram superávits de aproximadamente R\$ 1 milhão em 2019: houve renegociação com os principais prestadores de todos os estados para reduzir os valores pagos por exames laboratoriais e de imagem e serviços hospitalares. Contudo, a empresa permanece com desconformidades financeiras perante a ANS, e os resultados positivos em 2019 são insuficientes para atingimento das exigências do órgão regulador nacional.

Os problemas financeiros de operadoras que atendem a órgãos públicos e estatais não se restringem a Empresa “E”. Diversas empresas de Autogestões sofreram intervenção da ANS nos últimos 3 anos, após apresentarem problemas nos demonstrativos de resultado e balanço patrimonial apresentados para a agência, e tiveram ou ainda estão sofrendo regimes de direção fiscal.

Embora o IDSS não seja um indicador que represente o cenário econômico-financeiro de uma operadora, ele permite pontuar a avaliação dos beneficiários quanto à qualidade dos serviços prestados e a amplitude da rede prestadora, e a sustentabilidade no mercado de atuação. Na Tabela 5.11 é possível observar a evolução do IDSS entre 2012 e 2019. No período entre 2016 e 2017, houve queda geral do IDSS, impulsionado pela queda do IDGA. Esse período corresponde ao mesmo em que começou a queda no número de beneficiários, e a sinistralidade da empresa passou de 100%, o que pode ser um indicativo de que a empresa não foi apenas afetada pela crise econômica, mas também que o acesso aos serviços básicos foi prejudicado ao ponto de os beneficiários buscarem novas alternativas no mercado.

Tabela 5.11 – Evolução IDSS Empresa “E” (2012 a 2019)

<b>Ano Publicação/ Ano Base</b>	<b>IDSS</b>	<b>IDQS</b>	<b>IDGA</b>	<b>IDSM</b>	<b>IDGR</b>
2012 (2011)	0,8157	0,8437	0,8045	0,9084	0,6781
2013 (2012)	0,7845	0,8062	0,8418	0,8617	0,6066
2014 (2013)	0,7594	0,8823	0,8500	0,8252	0,3569
2015 (2014)	0,7527	0,7626	0,8462	1,0000	0,3919
2016 (2015)	0,8207	0,5025	0,9317	0,8790	0,9698
2017 (2016)	0,7943	0,7879	0,6919	0,7017	0,9958
2018 (2017)	ND	ND	ND	ND	ND
2019 (2018)	ND	ND	ND	ND	ND

Fonte: ANS (2020)

A operadora não teve IDSS divulgado nos últimos 2 períodos de publicação do IDSS (2018/2019), e isso pode ocorrer tanto pela entrega de dados inconsistentes, quanto pela não entrega dos dados. Como os índices não foram calculados, não é possível avaliar o comportamento do IDSS e das demais dimensões no eixo do tempo, e nem afirmar se houve evolução ou não das mesmas.

A empresa “E” não é uma operadora acreditada pela ANS, e não cumprirá critérios para tal enquanto não disponibilizar os dados do IDSS. Embora a ausência dos dados reflita num corte da análise do IDSS, pode também ser interpretada como outra dificuldade em permanecer de forma sustentada no mercado, e seguir as regras estabelecidas pela ANS. Para o fim desse estudo, a ausência desses indicadores prejudicará a análise das prioridades competitivas.

A estratégia identificada no mapeamento estratégico e identidade organizacional é de foco. Embora existam diversos elementos que configurariam a estratégia competitiva em diferenciação, como atendimento em âmbito nacional, ampla rede de prestadores, serviços quase 100% horizontalizados, possibilidade de escolha de rede prestadora pelo beneficiário, o atendimento limitado a uma carteira específica, com barreiras de crescimento restrita aos funcionários e parentes de até 4º grau da instituição bancária, configuram a estratégia de foco no grupo.

Essa característica de conter elementos de diferentes tipos de estratégia competitiva, de acordo com os especialistas entrevistados, podem refletir no desalinhamento com as prioridades competitivas e decisões estruturais e infraestruturais, e está relacionado aos problemas de desempenho econômico-financeiro. Tais problemas, enfrentados desde 2012 pela empresa, prejudicaram o acesso aos serviços médicos e hospitalares, na contramão daquilo que é esperado numa estratégia de foco. A forma como a estratégia competitiva declarada e as ações decorrentes da intervenção fiscal refletem na estratégia de operações da empresa será abordada na próxima seção.

#### 5.5.2 Estratégia de Operações – Empresa “E”

A estratégia competitiva em foco, numa empresa com estrutura quase totalmente horizontalizada, que possui apenas clínicas de atenção primária à saúde, mas com 100% de serviços laboratoriais e hospitalares praticados pela rede contratada, impacta as prioridades competitivas da estratégia de operações da empresa “E”. Nas próximas seções são discutidas as prioridades competitivas e as decisões estruturais e infraestruturais que compõem a estratégia de operações da empresa “E”.

### 5.5.2.1 Prioridades Competitivas – Empresa “E”

A análise das prioridades foi feita levando em consideração fontes secundárias de dados: publicações na área da saúde que abordam a evolução da direção fiscal; demonstrativos financeiros; dados do *Tabnet*, ferramenta de busca de dados disponível no site da ANS; relatórios da ANS. Como não houve processamento dos dados do IDSS no período 2018 e 2019, não será possível avaliar como o desempenho, avaliado a partir de tais dados, sinaliza as prioridades competitivas da empresa. A síntese das prioridades competitivas da empresa “E” é apresentada no quadro 5.9:

Quadro 5.9 – Síntese das prioridades competitivas – Empresa “E”

Prioridade	Alta	Média	Baixa
Disponibilidade e conveniência			
Personalização			
Custo			
Qualidade e confiabilidade			
Reputação			
Rapidez			
Consistência e competência			
Atendimento e comunicação			
Limpeza, conforto e segurança			

Fonte: Elaborado pela autora

A estrutura de **disponibilidade e conveniência** referente aos atendimentos é, em sua maior parte, terceirizada (e assim, horizontalizada), com exceção das 66 clínicas ambulatoriais próprias, responsáveis pelo projeto de atenção primária à saúde da organização. Isso significa que, em todas as áreas de atuação, quem executa os serviços médicos e hospitalares é a rede credenciada pela operadora, e a ampliação da disponibilidade dos serviços está diretamente relacionada ao credenciamento de novos prestadores. As clínicas ambulatoriais próprias estão presentes apenas em grandes centros urbanos; a rede conta com mais de 30 mil prestadores, distribuídos por todo o território nacional, e é um dos principais atrativos oferecidos nas propagandas de adesão ao plano para os funcionários da instituição bancária da qual a empresa faz parte. A gama de prestadores é mais ampla nos centros urbanos, e mais restrita em localidades de médio e pequeno porte. Disponibilidade e conveniência estão presentes em todas as dimensões da identidade organizacional da empresa, através de expressões sinônimas como: na missão, há a expressão “promover uma vida melhor”; na visão, “ser reconhecida por

proporcionar atenção à saúde”; nos valores, “excelência no relacionamento”. Não é possível avaliar o desempenho do IDGA, uma vez que a organização não entregou o IDSS em 2018 e 2019, mas considerando a estrutura da rede de atendimentos, e como ela é utilizada para fidelizar os beneficiários, disponibilidade e conveniência será considerada uma alta prioridade.

A ideia da empresa “E” de contar com uma estrutura mais horizontalizada é oferecer ampla rede credenciada, que não restringe ou limita atendimentos conforme a localização dos beneficiários, que podem buscar acesso em qualquer unidade contratualizada, independente da região, e com isso permitir aos beneficiários uma **personalização** do atendimento e acesso a procedimentos além daqueles previstos como cobertura mínima no rol da ANS. Essa prioridade aparece na identidade organizacional, através de expressões sinônimas como: na visão, “ser reconhecida por proporcionar atenção à saúde”; nos valores, “excelência no relacionamento”, e é citada no mapa estratégico, na busca pela experiência do cliente. Não é possível avaliar o desempenho do IDGA, durante toda a série, uma vez que a organização não entregou o IDSS em 2018 e 2019. A ampla estrutura da rede credenciada, associada à identificação de termos que remetem a uma preferência pela personalização em toda a identidade organizacional, leva a inferir que essa é uma alta prioridade para a empresa.

A prioridade **custo** aparece em parte da identidade organizacional: a visão da organização cita o termo “reconhecimento pela sustentabilidade”, que no caso desse trabalho, será entendida como sustentabilidade financeira do negócio. O mapa estratégico macro aponta para a necessidade de ações para controle de custos assistenciais e sinistralidade, porém, não há desdobramento dessas metas na identidade organizacional. A forma como a empresa acumulou prejuízos financeiros ao longo do tempo, sem ações efetivas até a direção fiscal da ANS, apontam para problemas no controle de custo após a regulação do setor. Mesmo o programa de atenção primária à saúde, lançado para prevenção de custos futuros, não foi eficaz para conter a sinistralidade da empresa, que ficou acima de 100% em diversos períodos. A solidez econômico-financeira apontada pelo IDSM não pode ser mensurada no biênio 2018/2019, pois a organização não dispõe dos dados do IDSS. As evidências disponíveis permitem inferir que custo não é uma prioridade para a empresa, mas, por conta da intervenção fiscal da ANS, tem média relevância entre as prioridades competitivas até 2019.

A **qualidade** pode ser identificada, através de termos sinônimos, na identidade organizacional da empresa “E”: na visão, “ser reconhecida por proporcionar atenção à saúde”; nos valores, “excelência no relacionamento” e “inovação”. A empresa “E” não possui política de qualidade ou de governança próprias (dissociadas da instituição financeira da qual a organização é uma segmentação). O IDQS, índice de qualidade em atenção à saúde do IDSS,

não pôde ser mensurado no biênio 2018/2019, pela indisponibilidade de dados do IDSS. Ainda que esteja presente na identidade organizacional da empresa “E”, a ausência de políticas da qualidade, governança, acreditação, e até mesmo de dados para analisar o índice de qualidade em atenção à saúde levam à inferência de que o tema tem média relevância para a organização, no que tange à estratégia de operações.

A **reputação** não aparece, de forma direta ou indireta, na identidade organizacional; também não está citada nas macro ações do mapa estratégico da organização. A empresa “E” não aderiu ao GRI 2019, porém algumas das iniciativas da organização são publicadas nos relatórios de demonstração financeira. A taxa de reclamações teve oscilação entre 2016 e 2019. Os problemas financeiros enfrentados desde 2012 afetaram a reputação da organização no mercado: a instabilidade nos pagamentos (atrasos, glosas) prejudicou a reputação da empresa mediante a rede credenciada, o que levou prestadores a deixarem de atender ou a limitarem os atendimentos ao plano. A dificuldade de acesso à rede, por sua vez, repercutiu na redução da carteira de beneficiários. Não é possível avaliar o desempenho do IDGA, pela indisponibilidade de dados do IDSS em 2018 e 2019. Mesmo com ações para a solução do problema financeiro, assim como ocorreu na análise das demais prioridades, o tema reputação parece ter se tornado prioritário, com ações efetivas, somente após a intervenção fiscal da ANS. Ainda que existam ações para redução do desgaste da imagem da empresa perante fornecedores e beneficiários, o fato das mesmas terem se iniciado somente em 2019, levam a conclusão de que, até essa data, reputação era uma prioridade de média relevância.

A estrutura de atendimento, com ampla rede credenciada e poder de escolha do beneficiário, contribui, a priori, para a **rapidez** na execução do atendimento e redução no tempo de espera e no tempo de resposta a uma solicitação ou demanda. Os problemas financeiros e a instabilidade no pagamento aos fornecedores, contudo, dificultou a disponibilidade da rede credenciada, que passou a limitar o volume de atendimentos a beneficiários, o que comprometeu a rapidez. Não existe menção a rapidez na identidade organizacional da empresa estudada. A nota do IDGA não será usada como referência para análise da rapidez, pois a organização não entregou o IDSS no biênio 2018/2019. A análise dos fatores aponta que rapidez possui baixa prioridade.

**Consistência e competência** estão ausentes da identidade organizacional da empresa. A dificuldade em administrar os problemas financeiros, somada aos problemas na entrega de indicadores do IDSS, apontam que consistência e competência não foram prioridade competitiva até pelo menos 2019.

O propósito declarado pela empresa é o de cuidar da saúde do beneficiário, e isso pode ser correlacionado à tratativa ao **atendimento e comunicação**. Esse propósito é reforçado na identidade organizacional, que contempla expressões como “ser reconhecida por proporcionar atenção à saúde”, e por “ética e transparência”. As ações da organização, especialmente aquelas relacionadas aos programas de atenção primária à saúde e de negociações com a instituição bancária da qual faz parte, são comunicadas ao público através de materiais como o Relatório Anual de Gestão; os beneficiários também encontram nos canais de atendimento da organização informações sobre rede credenciada para atendimento e formas de reembolso. O IDSM não pode ser mensurado no biênio 2018/2019, pois a organização não entregou o IDSS. Assim como observado em outras prioridades, atendimento e comunicação foram prejudicados por problemas financeiros: a instabilidade no pagamento para a rede credenciada prejudicou os atendimentos dos prestadores, que passaram a restringir agenda ou a solicitarem descredenciamento da instituição. As ações da intervenção fiscal da ANS devem alterar as inferências desse quesito, mas, até 2019, os indícios apontam que essa é uma prioridade de média relevância para a organização.

Não há menção na identidade organizacional da empresa a expressões que remetam a **limpeza, conforto e segurança**. Assim como na análise de outras prioridades, a nota do IDGA não será usada como referência para análise da limpeza, conforto e segurança, pois não houve publicação do IDSS em 2018 e 2019. Há uma limitação na disponibilidade de dados que permitam inferir sobre o papel dessa prioridade para a empresa “E”, mas sua ausência na identidade organizacional e nos materiais de divulgação do plano serão considerados, para fins desse trabalho, como indicativos de baixa relevância.

A partir de análises dos conteúdos citados diretamente no mapa estratégico e na identidade organizacional, e presentes nos materiais divulgados como principal diferencial do produto, disponibilidade e conveniência e personalização são considerados, para fins dessa análise, como principais prioridades da organização. Essas prioridades apresentam maior alinhamento com uma estratégia competitiva de diferenciação, do que com a estratégia de foco, que é efetivamente praticada pela organização. De acordo com os especialistas consultados, empresas que passam por intervenção fiscal, como no caso da empresa “E”, precisam ter o custo como prioridade competitiva da produção clara, ficando as operações voltadas para o equilíbrio da sinistralidade, e assim, da relação receitas versus gastos. A ausência dessa prioridade, por si só, pode indicar um desalinhamento entre as prioridades competitivas da operação, e a estratégia competitiva.

As decisões estruturais da empresa, e o alinhamento ou não dessas com a estratégia competitiva, estão descritos na próxima subseção.

#### 5.5.2.2 Áreas de decisões estruturais – Empresa “E”

O atendimento aos beneficiários da empresa “E” tem sua **capacidade** quase totalmente concentrada na rede de prestadores credenciados: assim como observado na empresa “C”, que também é uma segmentação de empresa financeira/bancária, quase 100% das consultas, exames, terapias e internações são executados na rede contratada. A ampliação ou redução da capacidade de atendimento, conforme demanda dos beneficiários e localização dos mesmos, está diretamente ligada à contratação de rede prestadora. A crise financeira prejudicou a relação de parceria da empresa “E” com a sua rede credenciada: houve atrasos e bloqueios (glosas) nos pagamentos dos fornecedores. Essa situação afetou a reputação da organização com sua rede contratada, e esta rede passou a recusar beneficiários da empresa “E”. O bloqueio de atendimentos pela rede credenciada, em uma empresa que não possuía recursos próprios, culminou no aumento de notificações perante a ANS. Após a intervenção de direção fiscal da ANS, em 2019, houve: i) renegociação de contratos com a rede prestadora, com redução nos valores unitários pagos; retorno dos atendimentos de 30,7 mil prestadores, mediante a garantia de pagamento dentro do prazo; ii) criação de 66 clínicas próprias, para atenção primária à saúde, com acesso a médico da família, nutricionista, psicólogo e enfermagem. Mesmo com as ações tomadas, a questão da capacidade é delicada para a empresa “E”, pois, quaisquer novas dificuldades podem levar a drástica redução nos prestadores.

O único investimento em **instalações físicas** da empresa “E” foi na estruturação das clínicas de serviços próprios, focadas na medicina da família e atenção primária à saúde. As 66 clínicas, localizadas principalmente em grandes centros urbanos, oferecem atendimento ambulatorial para suporte psicológico, fisioterápico, de terapia ocupacional, enfermagem (para mensuração de pressão, peso e dados do beneficiário relacionados a saúde) e médico da família. Em geral, há somente 1 clínica instalada por localidade, com exceção das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, que possuem mais de 1 unidade.

O esforço no desenvolvimento de aplicativos para acesso dos beneficiários e a plataforma da telemedicina são as principais ações em **tecnologia** da empresa “E”. O aplicativo desenvolvido permitiu aos beneficiários, a partir de 2019, solicitar autorização de procedimentos e reembolso de atendimentos via ferramenta eletrônica. Os investimentos também permitiram a conexão de alguns prestadores com o aplicativo, e os beneficiários de

algumas localidades conseguem realizar agendamento dos procedimentos pelo próprio aplicativo. A ferramenta também envia avisos de quando os procedimentos foram analisados, da necessidade de complementação de documentação e de justificativas no caso de negativas. A plataforma para telemedicina, que conta com 543 médicos para o serviço remoto, foi outro investimento que ampliou o acesso de beneficiários a especialidades que talvez não existam fisicamente nos locais ou próximos às residências.

O processo de **integração vertical** da empresa “E” está condicionado às atividades administrativas e ao programa de atenção primária à saúde. Todo o programa de atenção primária à saúde, focado em obesos, diabéticos, hipertensos, é conduzido nas clínicas de atendimento ambulatorial próprias da empresa “E” (até 2019, o programa não ocorria na rede credenciada). Todas as atividades administrativas, que envolvem o suporte do plano de saúde aos funcionários da instituição bancária, além do acompanhamento dos programas de atenção primária e os resultados financeiros do plano, são conduzidas por equipe própria da instituição, por serem consideradas estratégicas.

A capacidade é a principal decisão estrutural da empresa “E”. O Quadro 5.10 apresenta um resumo das principais ações direcionadas para as decisões estruturais:

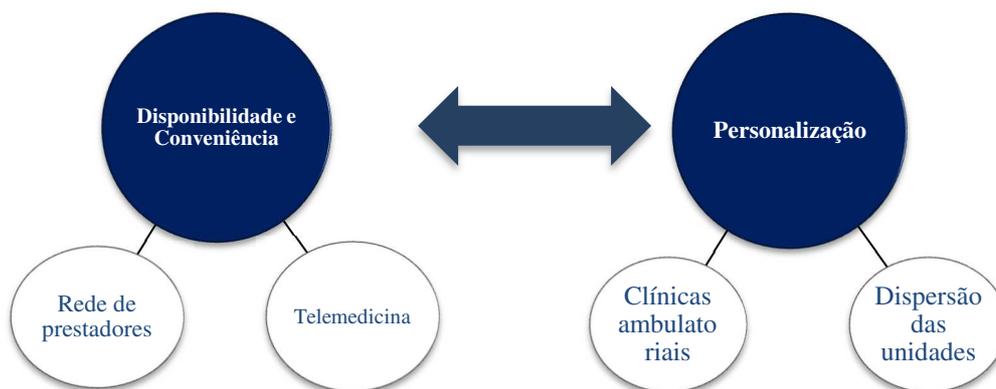
Quadro 5.10– Principais ações relacionadas às decisões estruturais – empresa “E”

<b>Capacidade de demanda</b>	<b>Instalações</b>	<b>Tecnologia e processo</b>	<b>Integração Vertical</b>
Renegociação dos contratos	Clínicas de Atenção Primária à Saúde	Aplicativos	Clínicas de Atenção Primária à Saúde
Contratação de médicos para telemedicina		Telemedicina	

Fonte: Elaborado pela autora

A adoção de recurso tecnológico permitiu o desenvolvimento da telemedicina reforçou o esforço da empresa em manter disponibilidade e acesso aos beneficiários. Numa visão global, as decisões estruturais estão orientadas para as prioridades competitivas definidas pela diretoria (mesmo com o desalinhamento para a estratégia competitiva), numa relação apresentada na figura 5.32:

Figura 5.32 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais - empresa E



Fonte: Elaborado pela autora

A empresa “E” manteve ampla rede de prestadores, com presença em todas as localizações de atuação da organização, a nível nacional, mesmo com os problemas intensificados em 2018 pelo atraso de pagamentos à fornecedores. Fora o programa de atenção primária à saúde, executado em clínicas próprias e cujos resultados devem ter impactos no médio e longo prazo, não houve indícios na pesquisa de movimentação para substituição de prestadores, com pouca ênfase das operações para atingimento da estratégia competitiva. Independente de existir alinhamento das decisões estruturais com as prioridades competitivas das operações, há desalinhamento com a estratégia competitiva. A averiguação das decisões infraestruturais, o alinhamento dessas com as demais decisões da estratégia de operações, e os impactos na estratégia competitiva é apresentado na próxima subseção.

### 5.5.2.3 Áreas de decisões infraestruturais – Empresa “E”

Os problemas econômico-financeiros enfrentados pela empresa “E” afetaram diretamente os investimentos nas decisões infraestruturais. Como descrito abaixo, a análise dos dados aponta que os investimentos foram discretos e direcionados para as ações consideradas prioritárias pela direção fiscal da ANS para retirar a empresa de situação crítica.

A política de **recursos humanos** da empresa “E” é corporativa. A estrutura organizacional dispõe de 2.764 colaboradores contratados em regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Os benefícios oferecidos aos colaboradores são superiores ao padrão do mercado de saúde suplementar: além da assistência médica e odontológica subsidiada, auxílio creche e auxílio funeral, vale transporte, vale refeição, previdência privada, seguro de vida, aquisição de imóveis também com subvenção.

Do total de funcionários do quadro, 40% possuem entre 35 e 45 anos, e 70,6% são mulheres. Todos os funcionários próprios estão alocados na região Centro-Oeste. Há mulheres ocupando cargos na diretoria executiva, sendo que metade dos membros do conselho de administração e metade dos membros do conselho fiscal são mulheres.

Parte dos esforços de investimentos em **qualidade** realizados pela empresa “E” derivam de ações oriundas pelo plano de direção fiscal da ANS. Não existe a divulgação de um programa formal de qualidade na instituição, e a empresa não é acreditada pela ANS, como já indicado anteriormente. No entanto, em 2019 foi criado um programa para qualificação da rede prestadora, com o estabelecimento de padrões para elevar a seleção de empresas prestadoras de serviços.

A plataforma online para aprovação automática de procedimentos e reembolsos foi a principal atividade relacionada ao **planejamento e controle da produção / materiais** da empresa “E”: a ferramenta, que conta com uso de inteligência artificial, permite à área fazer análises de risco, prever demandas da carteira com base nas solicitações e encaminhar grupos de beneficiários para o programa de atenção primária à saúde.

A implementação das clínicas ambulatoriais permitiu à empresa “E” lançar um **novo produto**: um plano de saúde voltado para uma carteira de beneficiários com comorbidades e que necessitavam de acompanhamento da atenção primária à saúde; esse produto, porém, é limitado às regiões de abrangência das clínicas da empresa. Após a direção fiscal, em 2019, a empresa “E”, que só comercializa plano de saúde para funcionários e familiares diretos da instituição da qual faz parte, foi autorizada a ampliar o serviço e oferecer o produto plano de saúde para parentes de até 4º grau dos funcionários da instituição.

Como divisão de atuação de uma instituição bancária, a empresa “E” conta com o suporte da área financeira para acompanhamento das **medidas de desempenho**, tais como os indicadores: capital circulante líquido (CCL), lucro líquido (LL), fluxo de caixa (FC). A empresa “E”, porém, apresentou dificuldades na entrega do IDSS no biênio 2018-2019, o que impossibilitou a análise dos indicadores no período, e comparação de desempenho com o setor; das ações resultantes da direção fiscal da ANS, cabe a empresa criar uma área para garantir a entrega e análise desses dados, e a expectativa é que a organização volte a pontuar no IDSS 2020.

Os problemas financeiros refletem em aspectos da **organização**: a estrutura robusta é composta por diversas gerências e divisões, que não foram capazes de atuar nos problemas financeiros que resultaram na intervenção fiscal da ANS. Além da equipe própria, parte da estrutura da empresa, em especial nível estratégico, é compartilhada com outros segmentos de

atuação da instituição financeira. A tendência da direção fiscal da ANS é sugerir redução de gastos, e isso impacta numa estrutura mais enxuta no organograma.

O programa de qualificação dos fornecedores e as ferramentas para o planejamento e controle da produção assistencial são as principais decisões infraestruturais divulgadas para atendimento às instruções da intervenção fiscal da ANS; essas decisões estão alinhadas com a estratégia competitiva, contudo, desalinhadas com as prioridades competitivas e decisões estruturais.

### 5.5.3 Síntese e considerações sobre a Empresa “E”

A estratégia declarada pela empresa “E” no mapa estratégico e na identidade organizacional é de foco, com atenção para a experiência do cliente. O acesso ao plano de saúde é exclusivo de funcionários (ativos, aposentados ou pensionistas) e familiares de até o 4º grau da instituição da qual a organização é segmento. A estrutura de atendimento é quase totalmente horizontalizada, com uma rede de prestadores ampla, presente em todo território nacional. As clínicas ambulatoriais atendiam, pelo menos até 2019, apenas beneficiários do programa de atenção primária à saúde, identificados com risco de problemas de saúde: diabetes, pressão alta, obesidade.

As prioridades competitivas da operação não estão alinhadas à estratégia competitiva: o termo custos não aparece entre as prioridades, e personalização e disponibilidade e conveniência são esperadas como prioridades de uma estratégia competitiva em diferenciação, e não em foco. Não há referências ao controle de custos na prioridade competitiva, porém, a ineficiência evidenciada na sinistralidade acima de 100% durante o período de 4 anos consecutivos e os prejuízos financeiros acumulados entre 2012 e 2018 inviabilizaram a continuidade das operações, sem que fossem feitas mudanças nos processos. Os investimentos em decisões estruturais em capacidade estão alinhados com as prioridades, mas não com a estratégia competitiva. As decisões infraestruturais em planejamento e controle, contudo, parecem apresentar maior alinhamento a estratégia competitiva; por exigirem um investimento menor, podem ter sido as primeiras a sofrer alteração para adequações conforme as exigências da intervenção fiscal.

A empresa “E” não tem Política de Qualidade e *Compliance* disponíveis para consulta. Nos anos de 2012 a 2017 o IDSS apontava a empresa “E” como uma operadora com estrutura equilibrada, mas com pontos de melhorias verificados em algumas dimensões. A evolução dos

indicadores de aprendizado e crescimento não pode ser mensurada no IDSS no biênio 2018-2019, uma vez que a empresa “E” não entregou os dados para a ANS.

As dificuldades apresentadas na dimensão econômico-financeira, a dependência de aporte de capital da instituição bancária para contornar prejuízos, a falta de entrega de dados referentes ao IDSS, a necessidade de intervenção fiscal da ANS, os problemas de pagamento aos prestadores e as reclamações dos beneficiários são dificuldades que, em conjunto com a análise realizada, indicam desalinhamento entre estratégia de operações e estratégia competitiva. Existe a possibilidade, caso os problemas apontados pela direção fiscal da ANS não sejam resolvidos, de inviabilização das operações da empresa “E”, o que pode significar, inclusive, a não permanência no mercado.

### **5.7 Nota sobre a COVID-19**

O início de 2020 marca o começo da pandemia da COVID-19, cuja abrangência atingiu os setores de saúde e economia mundiais. A COVID-19 é uma doença infecto contagiosa, causada por um vírus da família do coronavírus, o SARS-Cov-2. O vírus provoca infecções que afetam inicialmente o sistema respiratório, e os sintomas podem ser confundidos com os de uma gripe ou resfriado comuns. O ineditismo da crise sanitária, somado ao tamanho e a dimensão da pandemia da COVID 19, transformou a configuração de demanda para a saúde suplementar brasileira, pois as empresas nacionais nunca preparam suas operações para lidar com crises de tal profundidade, e com tamanha duração.

A pandemia levou a uma súbita necessidade de adaptação às novas demandas de atendimento, com oferta de exames para detecção da COVID, estrutura para atendimentos ambulatoriais de pacientes leves e ampliação na oferta de leitos de UTI para casos graves. A restrição de circulação da população, somada às adequações de capacidade de atendimento, e à própria queda na demanda por atendimentos reduziram os gastos com consultas e procedimentos eletivos. As empresas do mercado de saúde suplementar devem fechar o ano de 2020 com sinistralidade geral abaixo daquela observada em 2019, e algumas devem ter o menor sinistro de todo o período histórico de acompanhamento do indicador.

Os dados do presente estudo se encerram em dezembro de 2019, pois, até o fechamento da pesquisa, os dados consolidados de 2020 não haviam sido oficialmente divulgados pela ANS. Ainda assim, é possível pontuar algumas considerações preliminares sobre o impacto da pandemia nas empresas analisadas nesse trabalho: com os dados divulgados até o 3º trimestre de 2020, é possível afirmar que a sinistralidade de todas as empresas estudadas deve apresentar

redução em 2020, e algumas das empresas devem ter a menor sinistralidade de todo o período histórico de acompanhamento do indicador.

Há uma tendência para um discreto aumento no número de beneficiários, quebrando a sequência de retração do setor observada desde 2015. Diferentemente de outros períodos, em que o crescimento no número de beneficiários esteve atrelado ao crescimento econômico e retomada no aquecimento dos setores produtivos no país, o aumento no número de beneficiários em 2020, num momento de crise sanitária que desencadeou uma crise econômica mundial, parece relacionado com o medo da população em depender exclusivamente do SUS. Como impactos operacionais e de mercado, alguns aspectos foram observados no cenário com a COVID-19 como a aceleração do uso da telemedicina, ampliação do investimento em infraestrutura, fusão entre operadoras de grande porte.

Os efeitos da pandemia nas empresas analisadas nesta pesquisa ainda são de curtíssimo prazo, e não é possível afirmar se os resultados econômico-financeiros obtidos em 2020 serão mantidos, e nem se as empresas ainda serão ou não afetadas pela crise.

## **5.8 Implicações da pesquisa**

A Saúde Suplementar é um segmento que apresenta alterações dinâmicas, e a tendência para os próximos anos, caso o cenário econômico não sofra alterações, ou o setor não seja impactado por fatores externos, é de continuidade quanto à saída de empresas do mercado (referente a todas as modalidades, e em especial, as de pequeno porte) e à formação de grandes oligopólios, com a possível saída do mercado das organizações que não têm alinhamento da estratégia de operações com a estratégia competitiva. Toda a análise foi efetuada num contexto de relativa estabilidade econômica e política, sem interferência de fatores externos como crises, pandemias, problemas sanitários; tais variáveis são capazes de interferir na realidade de toda a Saúde, pública e suplementar, como pôde ser observado com o surgimento da pandemia da COVID-19, cujos impactos não foram englobados nesta pesquisa.

### **5.8.1 Implicações da pesquisa para as empresas analisadas**

Nesta pesquisa se ilustra que diversas variáveis de mercado não são controláveis e atingem mesmo as empresas que têm suas operações alinhadas às estratégias competitivas declaradas. Esse é o caso, por exemplo, da evolução do custo assistencial. Mesmo com esse valor variando conforme o pacote de serviços oferecido, existe uma influência direta da ANS, com uma regulamentação anual e inclusão de novos tratamentos, remédios, terapias. Não é

permitido pela agência reguladora uma inclusão de repasse aos usuários, nos valores dos contratos já vigentes, o que invariavelmente irá pressionar os custos das operações das empresas, e isso independe da estratégia adotada.

Ainda que não seja possível extrapolar os resultados da pesquisa para outras empresas, ou generalizar por modalidade, é possível apontar que as dificuldades de operação encontradas nas empresas do estudo não estão restritas ao grupo específico, e que certas tendências podem ser identificadas.

As operadoras da modalidade de autogestão, como no caso “E”, no geral, enfrentam problemas em sustentar suas operações: são instituições formadas para atender um grupo de beneficiários específico de algum setor econômico e, em grande parte delas, a empresa origem foi ou está em processo de privatização; não por acaso, essa foi a modalidade com maior sinistralidade registrada no período do estudo (conforme dados do capítulo 3).

As operadoras que atuam como seguradoras são todas de grande porte, atendem a um grupo específico de beneficiários (empresas), não são prestadoras de serviços próprios (não possuem permissão do CADE para ter estrutura verticalizada), contratam redes consolidadas de prestadores e possuem poder de negócio, de tal forma que conseguem repassar as flutuações de preço nos reajustes anuais do mercado tanto para os contratados como para os beneficiários. Generalizando, a expectativa da análise de desempenho e operação observada na empresa “C” deve também se repetir nas demais operadoras que atuam nessa modalidade.

A modalidade cooperativa médica (caso da empresa “D”) reúne um grupo heterogêneo de operadoras (pequeno/médio/grande porte, atendimento aos beneficiários de pessoa física e jurídica, atuação em diversas regiões do território nacional) e, por conta disso, não é possível extrapolar quaisquer resultados encontrados na empresa “D” para as demais empresas que atuam nessa modalidade. Contudo, a empresa “D” é exemplo para todas as cooperativas pela atuação em outros setores (relacionados), além da própria atividade fim de uma operadora: inovação, pesquisa e desenvolvimento, consultoria, telemedicina são alguns dos negócios que derivaram da operadora e ampliaram as oportunidades de atuação no mercado fora do escopo da prestação do serviço médico-hospitalar. É possível que outras cooperativas médicas sigam essa tendência, para sobrevivência no mercado.

O grupo de operadoras que atua como medicina de grupo, casos das empresas “A” e “B”, também é heterogêneo e conta com empresas de diversos portes, que operam de formas distintas: verticalizadas, estruturas mistas, ou quase totalmente terceirizadas. Essa modalidade é aquela que teve o maior número de empresas que deixaram o mercado entre 2000 e 2019; é também nela que ocorreram a maioria das fusões entre operadoras. Esse estudo apresentou

situações distintas para duas operadoras de grande porte da mesma modalidade, o que indica que talvez a medicina em grupo seja a modalidade com maiores desafios e aquela com as maiores oportunidades.

O aumento dos custos assistenciais foi observado nas 5 empresas analisadas no estudo: independente da estratégia, todas tiveram aumento anual no custo por beneficiário, e esse cenário também foi observado nas demais empresas do setor. Assim, é necessário que os tomadores de decisão entendam a composição do custo dos serviços, para conseguirem mensurar qual o impacto de cada nova medida regulatória.

O alinhamento da estratégia de operações com a estratégia competitiva, destacado na teoria por Mintzberg et al. (2006) como relevante na obtenção dos resultados projetados, se mostrou fator determinante para o sucesso das empresas de saúde suplementar. Nos casos em que houve desalinhamento, foram verificados desequilíbrios nas esferas econômica, financeira e operacional.

#### 5.8.2 Implicações da pesquisa para o setor de saúde suplementar

A pesquisa indica alguns aspectos para o entendimento do papel da ANS na dinâmica do setor de saúde suplementar: o atendimento às normas da agência é um fator externo relevante para o sucesso ou fracasso da estratégia adotada. Esse fator pode em muitos casos extrapolar o alinhamento entre estratégia de operações e estratégia competitiva. Além do alinhamento entre expectativas de mercado, direcionamento da alta administração e atuação efetiva, cada empresa no setor de saúde suplementar brasileira deve levar em consideração as exigências da ANS: problemas como cumprimento dos prazos para atendimento, falta de entrega de dados sobre a operadora, aspectos financeiros como a ausência de controle da sinistralidade poderão ser fatores determinantes de intervenção fiscal pela agência reguladora, como observado, por exemplo, no caso da empresa “E”. Contudo, atender às exigências da ANS não garante por si só o sucesso da estratégia adotada, como ilustrado no caso da empresa “B”.

As exigências feitas pela ANS, inclusive, foram responsáveis, em parte, pela saída do setor de algumas das empresas que nele atuavam nos anos 2000. Causas como a incapacidade de atender as normas vigentes ou de manter os valores das provisões técnicas levaram as empresas a deixarem o mercado, com o repasse da carteira de beneficiários para outras empresas. Assim, cabe aos tomadores de decisão nas empresas não apenas acompanhar as resoluções da ANS e colocá-las em prática como também tentar organizar prazos e ofertas de novos serviços, além de formas de absorção ou repasse dos custos.

O estudo realizado neste trabalho permitiu a identificação de estratégias competitivas e de operações de algumas grandes empresas do setor de saúde suplementar brasileiro. Proporciona-se assim a interessados em saúde (governos, empresas de saúde, órgãos regulamentadores, indivíduos), especificamente aos interessados no estudo do setor de saúde, elementos para uma discussão sobre a atuação de empresas e, indiretamente, sobre a atuação da agência reguladora em setor tão relevante para o bem-estar da população e para a economia do país. Estudos similares, realizados periodicamente, poderiam fornecer condições mais adequadas para a tomada de decisões da agência reguladora e das empresas e de stakeholders, como governos, usuários finais, parceiros e demais prestadores de serviços em saúde.

Apontamentos como os realizados no capítulo 3 desse estudo, num panorama geral sobre o setor, são relevantes para pontuar a relevância da saúde suplementar no contexto brasileiro e indicar possíveis tendências do setor: a expectativa, se não houver nenhuma variável externa, é de continuidade na saída de operadoras do mercado, em especial as de pequeno porte. Deve permanecer também a tendência de fusão e aquisição entre operadoras da modalidade medicina em grupo, que operam com estruturas verticalizadas. As operadoras que atuam na modalidade seguradora devem lançar algum produto específico para pessoa jurídica, no intuito de diluir custos por meio do aumento de escala, pois os custos assistenciais continuarão a crescer, independente da estratégia de operações adotada. Caso a economia brasileira volte a crescer, o número de beneficiários da Saúde Suplementar também deverá aumentar. A maior parte das empresas no setor de saúde suplementar demora a reagir a mudanças no contexto político, econômico, social e de saúde, e, assim, em caso de variáveis externas (como surtos e pandemias) é possível que as empresas levem um tempo para adequar suas operações, e isso resulte em aumento dos custos.

### 5.8.3 Implicações da pesquisa para a ANS

Dentre os problemas enfrentados pelo setor, está o fato de a ANS conter um modelo regulatório único, que não é apropriado para o atendimento de particularidades regionais ou de acordo com o porte das empresas, o que obriga as operadoras de pequeno e médio porte ao atendimento das mesmas regras e exigências que as empresas de maior porte. A pressão nas empresas de menor porte tende a ser maior e, ao se atribuir novas atividades a essas empresas, existe o risco de que esses negócios não sejam mais viáveis, e as empresas deixem o mercado. É necessário que a ANS modifique seu modelo de atuação para distinguir diferentes ofertas de negócios. Além disso, a ANS enfrenta o desafio de mapear e estabelecer regras nas clínicas

com múltiplas especialidades, que até o fechamento da pesquisa não eram regulamentadas e, assim, não cumpriam exigências técnicas e nem prazos para execução dos procedimentos.

Outro fator que poderá agir como determinante para as operadoras de planos de saúde está relacionado às determinações do Ministério Público. As empresas de saúde no Brasil sofrem com uma potencialização do processo de judicialização da saúde: embora os impactos da judicialização não tenham sido tratados nesse trabalho, essa é uma situação que implica em obrigações entendidas como legítimas pela justiça, o que inclui no limite a extrapolação de gastos com beneficiários além da receita anual recebida pela empresa, o que implica em prejuízos e inviabiliza sua permanência no mercado. Cada empresa que deixa o mercado gera um esforço adicional para a ANS, que é responsável pela realocação da carteira de beneficiários para outras operadoras ou para o SUS.

A ANS tem um papel de extrema relevância na saúde suplementar: até o fechamento desta análise, a agência cumpria com a função efetiva de regulamentar o setor e, com base nos dados entregues (ou não) pelas operadoras, era capaz de definir necessidade de intervenções, recomendações para ajustes nos produtos comercializados e, também, se preciso, encaminhar o encerramento de atuação de uma operadora. Tudo isso, ainda, com o foco em questões financeiras e na garantia de que a saída do mercado não deixaria nem prestadores, nem beneficiários, desassistidos.

As averiguações feitas nas 5 empresas deste estudo também apontam que, embora os indicadores da ANS, em especial o grupo que compõem o IDSS, sejam bons balizadores para problemas nas operações de atendimento ao que é obrigatório e cumprimento de prazos, eles ainda são limitados a um conjunto limitado de dados, que não segregam porte ou modalidade e estão restritos ao cumprimento de um número de procedimentos e aos resultados financeiros das empresas. A agência ainda precisa evoluir em análises sobre o setor, com a agregação de indicadores de operação que apontem se efetivamente as operadoras estão focadas nos beneficiários (quantidade de exames preventivos por paciente e faixa etária; médico da família por grupo de beneficiários; entre outros), se as exigências devem ser iguais para todos os portes de operadora, ou ainda se é possível ampliar as exigências, conforme o tamanho da organização. É possível, após 20 anos de funcionamento, que a ANS precise deixar de olhar apenas para o modelo nacional de saúde e passe a buscar melhores práticas em modelos internacionais, adaptando os mesmos à realidade brasileira.

#### 5.8.4 Implicações teóricas da pesquisa

Na discussão teórica sobre estratégia de operações ao longo do tempo, e que nas décadas de 1960 a 1990 esteve voltada concentrou-se em empresas de setor industrial, se entende que o papel da estratégia de operações é de atuação como um elo entre competências geradas internamente pelo acúmulo de experiências e a satisfação de requisitos do mercado (SLACK, LEWIS, 2009). Nessa pesquisa, se verifica que essa teoria também se aplica ao setor de saúde suplementar: a estratégia de operações e seus desdobramentos estão diretamente relacionados a decisões da alta gerência que norteiam as atividades para buscar o atingimento das metas estabelecidas.

Quando existe desalinhamento entre objetivos a serem alcançados e as formas de operação definidas, resultados econômicos e financeiros, posicionamento de mercado e reputação das empresas poderão ser afetados. Isso foi verificado na análise dos casos “B” e “E”: na empresa “B” a mudança de eixo competitivo não foi seguida por mudanças nas operações, o que refletiu em prejuízos financeiros; na empresa “E”, o desalinhamento das operações com a estratégia competitiva resultou não só em prejuízos financeiros como também em problemas contratuais com a rede prestadora, redução no número de beneficiários e intervenção fiscal.

Toda a análise da estratégia de operações foi baseada em dados secundários extraídos da ANS e de relatórios preparados pelas próprias empresas. Não foi encontrado um modelo estabelecido em outros trabalhos. Assim, ao examinar os dados disponíveis para a análise, a opção foi reunir modelos teóricos distintos, para cada dimensão da pesquisa: adoção do modelo de estratégia competitiva genérica proposto por Porter (2004); avaliação das prioridades competitivas da operação, baseada em trabalhos sobre serviços, como Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011), Corrêa e Caon (2002) e Teixeira (2014), e análise de investimentos nas áreas de decisão estruturais na obra de Hayes et al (2008). Assim, é possível considerar que a pesquisa avança em termos de estudos baseados majoritariamente em dados secundários, com um modelo proposto para análise das operadoras de planos de saúde.

A pesquisa multicaso, focada em operadoras de saúde de grande porte, é um esforço da autora na tentativa de contribuir com possíveis avanços nas pesquisas de estratégia de operações na saúde suplementar brasileira. Esse esforço envolveu a reunião de conceitos acerca da estratégia de operações em serviços, especificamente aplicados à área de saúde, e sua utilização em um estudo realizado apenas com base em dados secundários e avaliações de alguns especialistas.

O estudo produziu condições de serem identificadas as estratégias competitivas genéricas e de operações de 5 grandes empresas e poderia ser estendido para abranger um número maior de empresas, o que sinaliza a viabilidade de se poder explicar as atuações, posicionamentos e desempenho de empresas em setores em que há a presença de agências reguladoras.

A realização de estudos como este poderia ser facilitada, e ampliada a sua utilidade, se indicadores mais objetivos forem propostos para refletirem as estratégias das empresas e se, em paralelo, os dados necessários aos indicadores forem coletados pelas agências reguladoras. No que tange à área de estratégia de operações, além de indicadores objetivos sobre principais prioridades competitivas e sobre principais mudanças em áreas de decisão, elementos para a análise de alinhamento estratégico entre mudanças e prioridades, especialmente nos setores de serviço, precisam ser desenvolvidos e propostos.

Aspectos externos, como a judicialização da saúde e eventuais políticas públicas de saúde, precisam ser analisados como fatores que podem inviabilizar as atividades das operadoras. A tese objetivou, de maneira geral, estabelecer uma relação entre a eficácia do alinhamento entre as estratégias de operações que as empresas efetivamente realizam com as estratégias competitivas declaradas (que muitas vezes podem ser um texto copiado, ou sem atualização, de períodos anteriores).

A análise de estratégias no setor de serviços, e em especial na saúde suplementar brasileira, parece ser mais complexa do que uma análise de estratégias de operações na manufatura, pois os indicadores sobre muitas das prioridades, e sobre desempenho, são menos objetivos. Isso parece ser um problema para as próprias empresas, para a ANS e para os pesquisadores na área de estratégia de operações.

#### 5.8.5 Implicações metodológicas da pesquisa

A metodologia utilizada nessa pesquisa se apresentou como uma forma inovadora de identificação das estratégias para o segmento de operadoras de saúde brasileiro, sendo uma adaptação de uma ferramenta já utilizada com sucesso em outras áreas de pesquisa. O estudo contribui para a literatura ao considerar quais estratégias de operações e de negócios as operadoras de saúde brasileira poderiam adotar, identificando prioridades competitivas pertinentes relacionadas ao mercado analisando seus possíveis efeitos estimados.

## **5.9 Considerações do capítulo**

Neste capítulo foram apresentadas as análises das estratégias de operações das 5 empresas que compõem o estudo dessa tese. Todas as empresas foram historicamente contextualizadas, com apresentação do tamanho e tipo da carteira de beneficiários, evolução econômico-financeira, estruturação interna do organograma e das informações divulgadas, resultados da evolução do IDSS no período estudado, apresentação do mapa estratégico e da identidade organizacional declarados, identificação da estrutura de recursos próprios e verticalização ou horizontalização das operações. Foram identificadas suas estratégias competitivas genéricas e as principais prioridades competitivas e mudanças nas áreas de decisão.

## 6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito desse capítulo é sumarizar os principais resultados e conclusões que se obteve na pesquisa realizada, assim como algumas implicações quanto às estratégias das empresas, à atuação da agência reguladora de planos de saúde, ANS, e ainda quanto à própria teoria sobre estratégia de operações. A discussão se inicia com a síntese dos resultados obtidos e das principais conclusões da pesquisa, as implicações para empresas, setor e teoria, e em seguida avalia-se se os objetivos propostos foram ou não alcançados. Ao final deste capítulo são apresentadas as principais limitações da pesquisa e sugestões de possíveis desdobramentos e trabalhos futuros no tema abordado.

O objetivo da pesquisa foi identificar, através de fontes secundárias como o aplicativo *Tabnet* da ANS, o relatório Global Reporting Initiative (GRI), relatórios de sustentabilidade, demonstrações financeiras, políticas de governança, indicadores de desempenho e opinião dos especialistas entrevistados, as estratégias competitivas e de operações das empresas selecionadas e avaliar se há indícios de alinhamento entre tais estratégias em cada empresa.

Cada empresa do estudo apresenta um conjunto distinto de estratégias: ainda que as empresas declarem adotar estratégias competitivas similares, não se observou a repetição de estratégia de operações entre as organizações pesquisadas. O Quadro 6. 1 apresenta um resumo sintético das estratégias competitivas e de operações adotadas.

Quadro 6.1 – Estratégias competitivas e de operações - casos

Empresas	Modalidade	Estratégia Competitiva	Estratégia de Operações		
			Prioridades Competitivas	Decisões Estruturais	Decisões Infraestruturais
Empresa “A”	Medicina em Grupo	Liderança em Custo	Custo Atendimento	Integração Vertical	Novos Produtos Medidas de desempenho
Empresa “B”	Medicina em Grupo	Diferenciação	Qualidade Rapidez Personalização	Instalações Físicas	Novos Produtos Qualidade
Empresa “C”	Seguradora	Diferenciação	Personalização Qualidade	Tecnologia	Recursos Humanos Qualidade
Empresa “D”	Cooperativa Médica	Foco	Custo Qualidade	Tecnologia	Novos Produtos Qualidade
Empresa “E”	Autogestão	Foco	Disponibilidade e conveniência Personalização	Capacidade	Planejamento e controle

Fonte: Elaborado pela autora

As empresas “B” e “C” adotam as estratégias competitivas genéricas de diferenciação. Segundo a literatura, essa estratégia exige da organização a criação de um produto ou serviço único, sem similares no mercado em que compete, e para os quais a redução dos (ou liderança em) custos não é o alvo principal. Essa estratégia pode estar associada com a conquista da lealdade dos consumidores, pois muitas vezes os produtos são customizados, com características exclusivas (PORTER, 2004). Contudo, se trata de uma estratégia com riscos ligados à volatilidade do mercado, que, em momentos de crise, poderá renunciar à diferenciação para obter preços mais atrativos (LEITNER, 2015; HARRISON, 2005).

As empresas “B” e “C” praticam ainda personalização e qualidade como prioridades competitivas das operações. Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011), a personalização compreende a flexibilidade para customização, conforme especificidades dos clientes, enquanto a qualidade está relacionada com o atingimento ou superação das expectativas em termos de materiais utilizados, atendimento e resultados. Cada empresa, porém, direciona as decisões estruturais e infraestruturais para áreas distintas: a empresa “B” investiu em instalações físicas para oferecer ao mercado novos produtos, reconhecidos pela qualidade. Os investimentos da empresa “B” em instalações estão mais relacionados com preocupações estruturais, conforme tipificado anteriormente (HAYES et al, 2008); por outro lado, a empresa “C” investiu em tecnologia, para qualificar recursos humanos e rede prestadora, o que Hayes et al (2008) indicam estar mais relacionado com decisões infraestruturais, com relação às políticas de gestão de pessoas, o que inclui a forma de recrutar, preparar, treinar e reter equipes.

A empresa “A” tem como foco o controle total de custos: a estratégia competitiva da operação declarada (e praticada) pela empresa é de liderança em custo. Segundo a literatura, esse tipo de posicionamento apresenta ações voltadas para o controle de gastos gerais, minimização de custos com marketing e pesquisa e desenvolvimento (P&D). Utilização de economias de escala e aprendizagem de redução de custos pela experiência são alcançadas pela empresa. Tal posicionamento exige padronização do bem entregue e normalmente envolve alta parcela do mercado e acesso privilegiado às matérias-primas; por vezes, com essa estratégia, aceitam-se prejuízos no início do processo, depois compensados com a consolidação da empresa no mercado (PORTER, 2004).

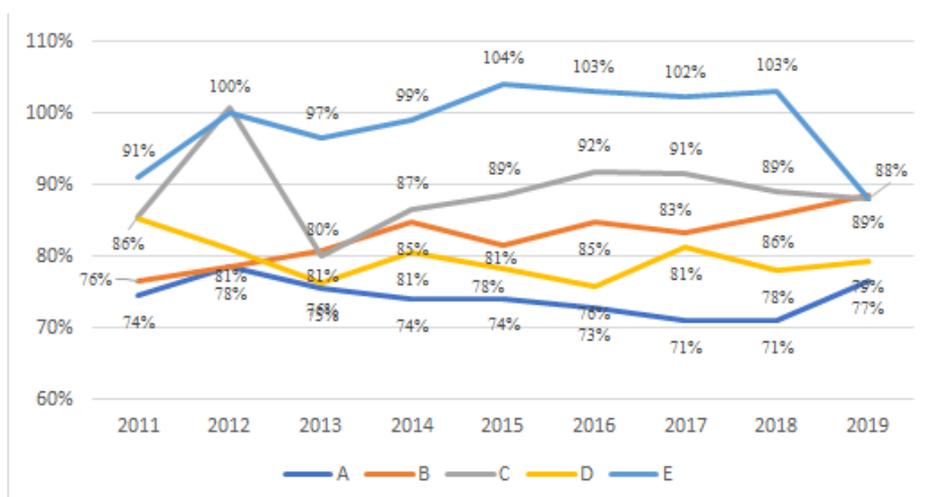
As empresas “D” e “E” atuam com a estratégia competitiva de foco. Essa estratégia é voltada a determinada parcela do mercado, procurando-se estabelecer no segmento uma forma mais efetiva e eficiente que os concorrentes. Essa escolha, envolverá um *trade-off*, pois, ainda que possam ser oferecidos produtos diferenciados ou líderes em custo, isso é possível somente em determinado segmento (PORTER, 2004). Essa estratégia pode ser considerada um meio

termo, pois, dependendo das respostas do mercado, as organizações podem migrar de preço para diferenciação, em diferentes momentos (LEITNER, 2015). A empresa “D” prioriza o equilíbrio entre custo e qualidade, e para isso investe em tecnologia e qualificação dos serviços prestados; a empresa desenvolveu uma unidade de negócios com foco em novos produtos e inovação para o sistema de saúde. A empresa “E”, por sua vez, investiu na manutenção da capacidade de atendimento, com foco nos beneficiários da instituição financeira, para planejamento e controle dos serviços e tentativa de recuperação financeira.

No setor de saúde suplementar brasileiro, as empresas se posicionam de maneira clara em diferenciação, liderança em custo ou foco. Sabe-se, no entanto, que é importante tratar do princípio de criação de valor adicionado aos serviços na perspectiva do cliente, pois, na competição tradicional, os prestadores ficam num dilema de reduzir custos ou manter qualidade, em situações antagônicas que podem levar, no caso da redução de custo, simultaneamente, a uma perda de qualidade; e o contrário também pode ser verificado, para cada padrão de melhoria da qualidade o custo pode ser incrementado (TEISBERG, WALLACE, E O’HARA, 2020).

Conforme pode ser observado na Figura 6.1, cada empresa do estudo possui uma trajetória distinta quanto à evolução da sinistralidade e que pode ser associada à estratégia de operações adotada.

Figura 6.1 – Comparativo da evolução da sinistralidade anual (2011 a 2019)



Fonte: Elaborado pela autora

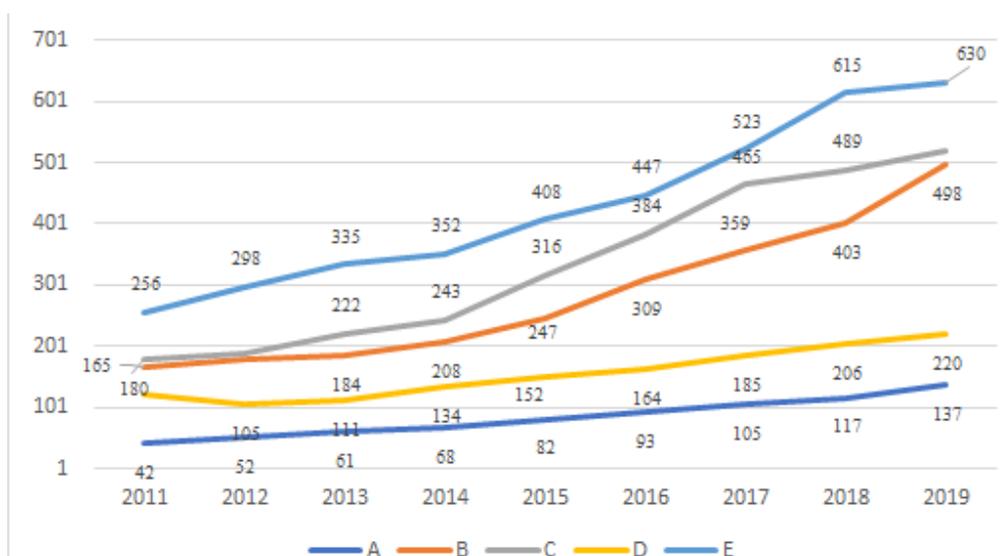
A empresa “A” mantém a menor sinistralidade em todo o período, tendo atingido o percentual máximo de 78,46% em 2012, e isso condiz com as ações para controle de custos,

uma vez que quanto menor o custo, menor a sinistralidade. A empresa “D” apresenta redução na série histórica da sinistralidade: a aplicação da estratégia de operações foi bem-sucedida para o atingimento da meta de controle de gastos; a empresa “C” apresentou oscilação na sinistralidade entre 2011 e 2019, com períodos de crescimento sucedidos por períodos de redução no risco, e esse movimento também está associado à estratégia de operações da empresa, que repassa os custos com prestadores diretamente para os contratantes.

As empresas “B” e “E” são aquelas que possuem uma série histórica de crescimento na sinistralidade. A empresa “E” apresenta o maior número de períodos com sinistralidade acima de 100%; a atuação buscando ampliar a capacidade de atendimento, desalinhada com a estratégia de foco, gerou passivos financeiros para a empresa, que não conseguiu manter equilíbrio entre receita e gastos. Os problemas com a rede, que restringiu acesso aos beneficiários da empresa “E”, vão em sentido oposto à estratégia declarada, pois prejudicaram a capacidade de atendimento.

No que se refere à empresa “B”, o aumento na sinistralidade ocorre no mesmo período em que há mudança na estratégia competitiva, e a empresa se reposiciona de estratégia em foco, para diferenciação: as mudanças nas operações não refletiram o novo posicionamento, pois a rede de prestadores continuou a ser ampla (como já era anteriormente), mas houve também a integração vertical para serviços hospitalares diferenciados. O comportamento do custo per capita das empresas pode ser observado na Figura 6.2.

Figura 6.2 – Comparativo da evolução da despesa per capita mensal (2011 a 2019)



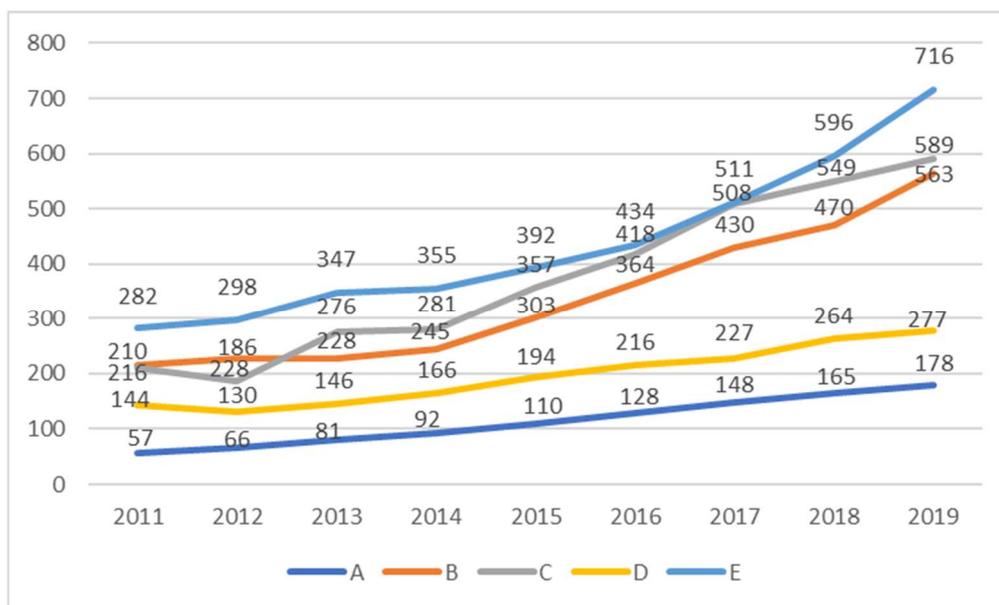
Fonte: Elaborado pela autora

Considerando o escopo do estudo, a empresa “A” pode ser indicada como aquela que realizou as atividades médico-hospitalares com o menor custo. Isso se deve em parte pela adoção da estratégia traçada, mas é necessário pontuar que a empresa também oferece a menor gama de serviços assistenciais e, nas pesquisas de satisfação realizadas fora da corporação, há reclamações dos beneficiários quanto ao tempo excessivamente longo para aprovação e realização de procedimentos.

A empresa “D” ocupa a 2ª posição no que se refere ao custo per capita, e isso também está alinhado com a estratégia de foco, com o atingimento do equilíbrio custo versus qualidade. A empresa “E”, que possui o maior desalinhamento entre estratégia de operações e estratégia competitiva, possui o maior custo per capita de todo o período.

As empresas “B”, “C” e “E” apresentam as maiores receitas per capita do período, conforme pode ser observado na Figura 6.3. A receita média superior é justificada pela oferta do serviço em território nacional, pela diferenciação declarada no serviço prestado e pela rede de prestadores ampla (e parcial ou totalmente terceirizada).

Figura 6.3 – Comparativo da evolução da receita per capita mensal (2011 a 2019)



Fonte: Elaborado pela autora

As empresas “A” e “D” possuem menor receita média mensal: comparadas à empresa “E”, em 2019, elas chegam a ser 25% e 33%, respectivamente, inferiores. As empresas “A”, “C” e “D” são aquelas que apresentam evidências de compatibilidade entre estratégias competitivas declaradas e estratégias de operações inferidas.

A empresa “A”, cujos objetivos do mapa estratégico se apresentam focados no atingimento do controle de custos, possui estrutura quase totalmente verticalizada, sinistralidade controlada em 70%, não teve prejuízos financeiros no período analisado e apresentou IDSS de 0,5910 em 2019. A empresa apresenta uma carteira de beneficiários que atende tanto planos coletivos empresariais quanto planos individuais e familiares, foi a empresa que mais cresceu, considerando o tamanho de carteira e região de atendimento. E isso foi possível por conta de investimentos para fusões e aquisições com outras empresas de saúde com estruturas também verticalizadas. Não era verificada a existência de políticas de qualidade e *compliance* disponíveis para consulta até 2019, porém, em 2019, a empresa aderiu ao relatório de sustentabilidade GRI, que apresenta uma série de ações para melhoria das práticas de qualidade. Esses dados convergem para uma política em que a empresa foca no controle de custos e na expansão dos negócios.

A empresa “C”, cuja estratégia é diferenciação, com objetivo de qualidade do atendimento com diferencial na oferta de serviços, tem estrutura 100% horizontal, composta por rede credenciada com modelos de remuneração diferenciados. É a única empresa do estudo cuja carteira de beneficiários é composta exclusivamente por planos coletivos empresariais (característica essa que só se repete em outras 8 empresas da saúde suplementar brasileira). Embora a empresa tenha apresentado um período de elevação da sinistralidade entre 2015 e 2017 (que passou de 80% para mais de 90%), e que resultou em prejuízos econômico-financeiros, os beneficiários não tiveram restrição de acesso à rede credenciada ou dificuldades com reembolso de atendimentos. O reequilíbrio financeiro foi estabelecido com adequação administrativa e revisão dos valores dos contratos com a rede credenciada. Corresponde a uma operadora acreditada pela ANS, tendo desenvolvido políticas de qualidade e *compliance* semelhantes àquelas aplicadas nos seguros bancários, e atingiu nota máxima de 1,00 no IDSS em 2019.

A empresa “D” tem como foco declarado em seu mapa a experiência dos beneficiários com qualidade, inovação e sustentabilidade, além de buscar acrescentar valor aos cooperados. Sua estrutura de atendimento é mista e conta tanto com rede própria quanto com rede credenciada. A carteira de beneficiários dessa empresa é composta majoritariamente por planos coletivos empresariais, mas a empresa também atende planos individuais e familiares. Ainda que o foco seja qualidade, há controle da sinistralidade, que permanece abaixo de 80% desde 2012. A empresa gerou lucros em toda a série analisada. A empresa “D” é uma operadora acreditada pela ANS, possui política de qualidade e *compliance* disponíveis para consulta e é a única, dentre as empresas analisadas, que possui centro de inovação (sendo uma unidade de

negócios da empresa). Apresentou IDSS crescente ao longo dos anos e mantém a nota máxima de 1,00 no biênio 2018-2019.

A empresa “B” adotou medidas, no período entre 2013 e 2016, para direcionar uma mudança na estratégia competitiva – antes orientada para foco – para diferenciação. As operações refletiram em investimentos em serviços próprios diferenciados, com um custo superior ao valor médio cobrado dos beneficiários, e geraram desequilíbrios financeiros para a empresa. A empresa passou por um processo de internacionalização, que impactou em crescimento da estrutura física por aquisições de hospitais e clínicas em locais em que não atuava, numa iniciativa de buscar a entrada em novos mercados. A ampliação da estrutura não foi acompanhada pelo controle de custos: a sinistralidade aumentou no período de 2013 a 2019, e os resultados financeiros são de prejuízos nesse período. A empresa apresentou uma redução da quantidade de beneficiários, o que indica que os recursos próprios adquiridos não foram suficientes para reter clientes. Embora a pontuação do IDSS no biênio 2018-2019 tenha sido acima de 0,9, os indicadores do IDSS não refletem uma sustentabilidade financeira. A somatória de desempenhos negativos levou à mudança na diretoria da divisão brasileira, em 2019, e há estudos para reestruturação do desenho organizacional, com horizontalização total dos serviços; o processo de mudanças organizacionais indica que o foco da empresa “B” nos anos 2010 foi em custo, e não qualidade, contrariando a estratégia declarada.

A estratégia declarada pela empresa “E” em seu mapa estratégico é foco, e há direcionamento para qualidade de vida dos beneficiários. A estrutura é totalmente horizontalizada, com liberdade de escolha do profissional e a região do atendimento. A sinistralidade acima de 100%, por 4 anos consecutivos, e os prejuízos financeiros acumulados de 2012 até 2018 tornaram inviáveis a continuidade das atividades, sem mudanças na estratégia de operações. A empresa “E” não é uma operadora acreditada pela ANS, não oferece Política de Qualidade e *Compliance* disponíveis para consulta, e o IDSS do biênio 2018-2019 não pode ser gerado, por indisponibilidade de dados. Todas essas variáveis reforçam a avaliação de desalinhamento entre estratégia de operações e estratégia competitiva.

Na averiguação das prioridades competitivas, a dimensão limpeza, conforto e segurança foi classificada de baixa relevância para todas as operadoras estudadas. Assim, ainda que apontada na teoria como prioridade competitiva da operação na área da saúde, não foi o que se pôde verificar neste trabalho. O *trade off* custo x qualidade, discutido na teoria sobre estratégia competitiva genérica, é observado com maior clareza nas empresas com alinhamento estratégico: aquelas que focam em custo direcionam as prioridades competitivas da operação e as decisões das áreas estruturais e infraestruturais para eficiência em custos, e as que miram em

diferenciação direcionam as prioridades competitivas para personalização, rapidez, competência, e as decisões das áreas estruturais e infraestruturais também seguiram para o atendimento dessas prioridades.

As estratégias de operações, que têm o papel de colocar em prática na produção as necessidades dos clientes, estabelecendo elos com as correspondentes estratégias competitivas, puderam ser identificadas nas 5 empresas estudadas: cada uma opera de forma distinta, e o alinhamento ou não com a estratégia competitiva foi determinante em seu desempenho. As empresas “A”, “C” e “D”, que apresentaram alinhamento das operações praticadas com as estratégias competitivas declaradas, são aquelas com performance financeira positiva e que conseguiram responder a possíveis crises com adequações das operações. As empresas “B” e “E” são aquelas em que foram encontradas maiores incompatibilidades entre as estratégias de operações executadas e as estratégias competitivas declaradas; são também essas empresas que passaram por maiores dificuldades em responder adequadamente às exigências de mercado e sofriram processos de reestruturação quando a pesquisa foi finalizada.

Além da crise econômica do biênio 2015-2016, que atingiu todas as empresas do estudo, com exceção da “A”, as operadoras de planos de saúde passaram a enfrentar uma concorrência mais acirrada, nos últimos 5 anos, de clínicas médicas populares com múltiplas especialidades, que são empresas não reguladas pela ANS e que oferecem serviço de saúde a baixo custo. Até o encerramento dessa pesquisa, não existia regulamentação governamental para esse tipo de serviço e, assim, não havia também exigências técnicas e nem prazo para execução dos procedimentos. Pelo fato de não serem regulamentadas, essas empresas já contam com vantagens competitivas no mercado. O impacto dessas empresas não foi abordado neste trabalho.

A busca pela compreensão do setor de saúde suplementar permitiu conhecer com detalhes os dados das operadoras, dos beneficiários, da rede disponível de prestadores e dos concorrentes. O estudo multicaso permitiu comparar estratégias entre operadoras de grande porte de modalidades distintas no setor de saúde, verificando que mesmo operadoras atuantes na mesma modalidade tem estratégias distintas

A Saúde Suplementar se mostrou um segmento que apresenta alterações dinâmicas: a tendência para os próximos anos, não havendo influências do cenário econômico, ou choques externos, é de saída de mais empresas do mercado (especialmente, as de pequeno porte). Outra tendência é à formação de grandes oligopólios, com provável saída do mercado das organizações sem alinhamento de estratégia de operações e competitiva.

Esse estudo ocorreu num contexto de relativa estabilidade econômica e política, sem choques externos como crises, pandemias, problemas sanitários, que apresentam importante papel de interferir na realidade do setor (o que foi verificado com o surgimento da pandemia da COVID-19, não considerado nesta pesquisa).

### **6.1 Respostas aos objetivos de pesquisa**

O objetivo geral do trabalho era identificar as estratégias de operações das 5 maiores operadoras de planos de saúde, por modalidade, e para essa análise era também necessário olhar para suas respectivas estratégias competitivas genéricas. Entende-se que esse objetivo foi alcançado, e os resultados foram apresentados no capítulo 5.

Os objetivos específicos eram identificar as estratégias competitivas genéricas e verificar se as prioridades competitivas das operações e as mudanças e decisões nas áreas estruturais e infraestruturais relacionavam-se (ou estavam alinhadas) com as estratégias competitivas praticadas. Entende-se também que tais objetivos foram alcançados. Para tanto, foi feita uma análise de informações de fontes secundárias, examinando-se mapas estratégicos e identidades organizacionais, o *Tabnet* da ANS, relatórios de sustentabilidade (entre eles, o GRI), demonstrações financeiras, políticas de governança, indicadores de desempenho e ainda opiniões e avaliações de alguns especialistas sobre o setor entrevistados.

O estudo confrontou os conceitos identificados na literatura aplicável sobre estratégia de serviços em saúde com situações empíricas, verificadas no caso de empresas atuantes no mercado brasileiro, e serve como ponto de partida para discussões de como se avaliar o funcionamento do setor no Brasil. A tese objetivou, de maneira geral, estabelecer uma relação entre a eficácia do alinhamento entre as estratégias de operações que as empresas efetivamente realizam e as estratégias declaradas (que muitas vezes podem ser um texto copiado ou sem atualização de períodos anteriores).

Entende-se, para efeito da pesquisa, que os objetivos traçados foram atingidos.

### **6.2 Limitações, desdobramentos e trabalhos futuros**

O trabalho é um estudo multicaso fundamentado em fontes secundárias. Na pesquisa, houve a necessidade de descarte de dados considerados de baixa confiabilidade, e algumas informações consideradas sigilosas não foram contempladas nas análises das estratégias. Pode-se mencionar também que, pelo fato de se tratar de grandes empresas, que possuem unidades em diversas regiões do país, não foi possível tratar questões localizadas em níveis mais táticos ou

operacionais. Uma análise com tal foco, em determinadas atividades, seria útil para o esclarecimento de como as mudanças tecnológicas e as prioridades competitivas podem alterar operações e processos específicos. Para atenuar as limitações advindas das informações de fontes secundárias, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 6 especialistas no mercado de saúde suplementar, e as informações obtidas auxiliaram a fortalecer ou negar os apontamentos dos dados secundários.

Além das limitações de um estudo com base em dados secundários, o processo estabelecido pela ANS para atualização de sua base de dados permite que as empresas façam correção e alteração retroativa de dados já assumidos como “fechados”, o que pode alterar dados já consolidados de competências anteriores. As informações da ANS são disponibilizadas em formato trimestral e atualizadas mensalmente. Ainda que minimamente, isso pode afetar análises setoriais já realizadas e análises sobre estratégias como as realizadas neste trabalho.

Este trabalho está longe de esgotar as possibilidades de pesquisa no setor de saúde suplementar brasileiro e as discussões sobre a estratégia de operações para operadoras de planos de saúde. Apenas abre agenda para novas propostas de pesquisa nessa temática. Considera-se como sugestões para trabalhos futuros:

- a) identificação e análise das estratégias de operações das maiores operadoras de plano odontológico;
- b) estudos detalhados sobre as estratégias de operações adotadas em unidades de atendimento;
- c) identificação e análise das estratégias de operações em saúde suplementar em âmbito regional ou nacional, com a aplicação de um *survey* nas empresas do setor, independente do porte;
- d) estudo comparativo da saúde suplementar brasileira x modelo europeu;
- e) identificação das estratégias de operações nas oito empresas que compõem a modalidade seguradora, para se poder avaliar se o comportamento averiguado na empresa “C” se repete em outras organizações;
- f) avaliação dos impactos após a intervenção fiscal na estratégia de operações da empresa “E”;
- g) avaliação dos impactos das aquisições na estratégia de operações da empresa “A”;
- h) avaliação dos impactos na estratégia de operações dos casos analisados durante a pandemia COVID-19 e após a pandemia COVID-19;
- i) análise dos impactos no setor de saúde suplementar durante e após a pandemia COVID-19.

Pode-se afirmar que a discussão sobre estratégias competitivas e estratégias de operações na saúde suplementar brasileira é bastante relevante, e se tornou ainda mais atual após os impactos causados pela pandemia de COVID-19, evento de catástrofe não observado anteriormente no setor. O tema pode ser desdobrado em ampla agenda de pesquisa na área de estratégia competitiva e estratégia de operações.

## REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. **Gestão de Custos em Organizações Hospitalares**. 2001. 155 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <<http://www.gea.org.br/scf/ABC%20para%20hospitais.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2011.
- ABBAS, K.; POSSAMAI, O. Proposta de uma sistemática de alocação de recursos em ativos intangíveis para a maximização da percepção da qualidade em serviços. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 15, n. 3, p. 507-522, set.-dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v15n3/06.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- ABBAS, K.; POSSAMAI, O.; LEONCINE, M. Proposta de identificação dos fatores relevantes que formam a qualidade percebida em serviços. In: Congresso Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, 30, 2010, São Carlos. **Anais eletrônicos**. São Carlos: ABEPRO, 2010. Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010\\_TN\\_STO\\_113\\_739\\_17310.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_TN_STO_113_739_17310.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2012.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Operadoras**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ans.org.br>>. Acesso em: 10 abr.2010.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação de Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. **ANS**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2017. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4349&tipo\\_midia=2&iIndexSrv=1&iUsuario=0&bra=54&tipo=0&iBanner=0&iIdioma=0](http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4349&tipo_midia=2&iIndexSrv=1&iUsuario=0&bra=54&tipo=0&iBanner=0&iIdioma=0). Acesso em: 07 ago 2018.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Índice de Desempenho da Saúde Suplementar 2018. **ANS**, Rio de Janeiro, ago. 2018. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/idss/faq2017.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/faq2017.pdf). Acesso em: 07 ago 2018.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Anuário 2018: Aspectos econômico-financeiros das Operadoras de Planos de Saúde. **ANS**, Rio de Janeiro, v. 14, 2019. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Dados\\_e\\_indicadores\\_do\\_setor/anuario\\_2018.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/anuario_2018.pdf). Acesso em: 07 ago 2018.
- ALBUQUERQUE, G. M.; FLEURY, M. T.; FLEURY, A. L. Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. **Produção**, v.21, n.1, 2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/228473450\\_Integracao\\_vertical\\_nas\\_operadoras\\_de\\_assistencia\\_medica\\_privada\\_um\\_estudo\\_exploratorio\\_na\\_regiao\\_de\\_Sao\\_Paulo](https://www.researchgate.net/publication/228473450_Integracao_vertical_nas_operadoras_de_assistencia_medica_privada_um_estudo_exploratorio_na_regiao_de_Sao_Paulo)>. Acesso em: 22 jun. 2017.
- ALBUQUERQUE, M. E. E.; SILVA, F. A. C. Da Estratégia Competitiva à Estratégia de Manufatura: Uma Abordagem Teórica. **Revista READ**, Edição 26, v. 8, n. 2, Mar./abr. 2002, 28 p.
- ALCÂNTARA, V. C. *et al.* Mensuração da Cultura Organizacional: Uma análise quantitativa – comparativa. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa – RECADM**, Campo Largo, v. 8, n. 2, p. 213-232, 2010. Disponível em: <<http://revistas.facecla.com.br/index.php/recadm/article/view/621/493>>. Acesso em: 30 nov. 2012.
- ALEXANDER, J. A.; D'AUNNO, T. A. Alternatives Perspectives on Institutional and Market Relationships in the U.S. Health Care Sector. In: MICK, S. S.; WYTENBACH M. E. **Advances in Health Care Organization Theory**. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.
- ALMEIDA, L.; MIGUEL, P. A. C.; SILVA, M. T. Uma revisão da literatura sobre "servitização": bases para a proposição de um modelo conceitual de decisão. **Exacta**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 339-354, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/810/81021140007.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2013.
- ALVES, M. M. S. G. **A internacionalização de uma empresa brasileira de serviços de saúde na década de 1990: estudo de caso sobre a AMIL**. 2014. 131 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Empresarial) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <

<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11877/Disserta%E7%E3o%20Pos%20Defesa%20Monica%20Giesta%20%20com%20Ficha%20e%20Folha%20de%20Aprova%E7%E3o%20para%20Envio%20Biblioteca.pdf;jsessionid=F06494ACA975C19B3F9BE8324A75314E?sequence=1>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

ALVES, S. L. Eficiência das Operadoras de Planos de Saúde. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 87-112, out. 2008. Disponível em: <[http://www.rbrs.com.br/paper/\\_download/RBRSS8-4%20Sandro%20Leal.pdf](http://www.rbrs.com.br/paper/_download/RBRSS8-4%20Sandro%20Leal.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2013.

ALVES, S. L. **Regulação, eficiência produtiva e qualidade das operadoras de planos de saúde no Brasil: uma análise das fronteiras eficientes**. IV prêmio SEAE. Brasília: Secretaria de Acompanhamento Econômico, 2009. Disponível em: <[http://www.seae.fazenda.gov.br/conheca\\_seae/premio-seae/iv-premio/profissionais/monografia-1o-lugar-sandro-leal-alves-035p.pdf](http://www.seae.fazenda.gov.br/conheca_seae/premio-seae/iv-premio/profissionais/monografia-1o-lugar-sandro-leal-alves-035p.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2013.

ALVES FILHO, A. G.; PIRES, S. R. I.; VANALLE, R. M. Sobre as prioridades competitivas da produção: compatibilidades e sequências de implementação. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 2, n. 2, p. 173-180, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v2n2/a05v2n2.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

ANDREWS, K. R. O conceito de estratégia corporativa. In: MINTZBERG, H. et al. **O processo da estratégia: conceitos, contexto e casos selecionados**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006, cap. 3.

AQUINO, E. M. L et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v..25, supl.1, June 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020006702423&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&tlng=pt)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

ARANDA, D. A. Service operations strategy, flexibility and performance in engineering consulting firms. **International Journal of Operations & Production Management**, v.23, n.11, p. 1.401-1.421, 2003.

AZEVEDO, P. F. et al. A cadeia de saúde suplementar no brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. **White Paper**, v.1, p. 1-123, maio 2016. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2019.

BAPTISTA, L. L ; PEDROSO, M. C. Desenvolvimento de um novo modelo de negócio direcionado à classe média em uma operadora de saúde. **RAHIS**, Belo Horizonte, v. 13, n.4, p. 76-94, 2017. Disponível em:<<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/76%20-%2094/1921>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

BARNEY, J. B. Organizational culture: can it be a source of sustained competitive advantage?. **Academy of management review**, v. 11, n. 3, p. 656-665, 1986.

BARNEY, J. B. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, v.17, n. 1, p. 99-120, 1991.

BARNEY, J. B. Is the Resource-Based Theory a Useful Perspective for Strategic Management Research? Yes. **Academy of Management Review**, New York, v. 26, n. 1, p. 41-56, jan. 2001.

BARRETT, R. **Building a values-driven organization: a whole system approach to cultural transformation**. Oxford: Butterworth - Heinemann, 2006. 280 p.

BARROS, P. P. Health policy reform in tough times: The case of Portugal. **Health Policy**, v.106, n.1, p.17-22. 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012001133?via%3Dihub>>. Acesso em: 06 fev 2019.

BORGES, I. G. M; FERREIRA, L. N. **A Utilização do Balanced Scorecard - BSC como ferramenta de gestão em hospitais privados**. Artigo desenvolvido durante graduação em Ciências Contábeis, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

BRAGA NETO, F. C. et al. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 577-608

BRYMAN, A. Barriers to integrating quantitative and qualitative research. **Journal of Mixed Methods Research**, v.1, n.8, 2007.

CARPINETTI, L. C. R.; MIGUEL, P. A. C.; GEROLAMO, M. C. **Gestão da Qualidade ISO 9001:2000: princípios e requisitos**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2011

CAMERON, K. S.; QUINN, R. E. **Diagnosing and changing organizational culture**. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2006. 242 p.

CAPPS, C.; DRANOVE, D.; ODY, C. The effect of hospital acquisitions of physician practices on prices and spending. **Journal of Health Economics**, v. 59, 2018, p. 139-152.

CARDOSO, B.B. A implementação do Auxílio Emergencial como medida excepcional de proteção social. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.54, n.4, July/Aug. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122020000401052](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000401052). Acesso em: 24 out. 2020.

CARMO, E. **Desempenho organizacional de operadora de planos de saúde suplementar no brasil: estudo de caso de uma cooperativa médica**. 2016. 164 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós Graduação em Administração da Faculdade de Gestão de Negócios, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17928/1/DesempenhoOrganizacionalOperadora.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

CASEMIRO, L. Hapvida compra RN Saúde, operadora mineira, por R\$53 milhões: Terceira no ranking do setor, empresa cearense vem aumentando a sua participação na região Sudeste. **O Globo**, Rio de Janeiro, 19 jul. 2019. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/hapvida-compra-rn-saude-operadora-mineira-por-53-milhoes-23820197>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

CAVALCANTE, GLAUCE. Hapvida compra Grupo São Francisco de São Paulo por R\$5 bilhões: Hapvida compra Grupo São Francisco, de São Paulo, por R\$ 5 bilhões: Terceira maior operadora de saúde do país amplia atuação no Sudeste e quer ser líder no segmento. **O Globo**, Rio de Janeiro, 7 mai. 2019. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/hapvida-compra-grupo-sao-francisco-de-sao-paulo-por-5-bilhoes-23647630>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

CERRA, A. L.; MAIA, J. L.; ALVES FILHO, A. G. Estratégias tecnológicas de montadoras dos setores automobilístico e de linha branca – uma análise comparativa por meio de estudos de caso. **R. Adm**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 271-284, jul.-set. 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rausp/article/viewFile/44509/48129>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

CIMINO, A. et al. Indicators of Quality of Diabetes Care in Italy: The AMD. **Annals Rome, Italy: AMD Associazione Medici Diabetologi**, 2006.

COELHO, I B. **Os hospitais na reforma sanitária brasileira**. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000926559>>.

COLLIS, D. J.; MONTGOMERY, C. A. Competing on resources. **Harvard Business Review**, Boston, v. 37, n. 4, p. 118-128, 1995.

CORRÊA, H.L.; CAON, M. **Gestão de Serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2002. 479 p.

CORREA, H. L.; GIANESI, I. G. **Administração estratégica de serviços, operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1994. 240 p.

COTRIM JUNIOR, D. F.; CABRAL, L. M. S. Ações do Governo Federal no combate à coronacrise: limites, insuficiências e escassos acertos. **Physis**, Rio de Janeiro, v.30, n. 2, Sep 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312020000200608&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312020000200608&script=sci_arttext)>. Acesso em: 24 out. 2020.

COUGHLAN, P; COUGHLAN, D. Action research for operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v.22, n.2, p. 220-240, 2002.

CRANE, A. Rhetoric and reality in the greening of organizational culture. **Greener Management International**, Sheffield, v. 11, n. 12, p. 49-62, 1995.

CUNHA, M. B. Manual de fontes de informação. 2 ed. Brasília: Briquet de Lemos / Livros, 2020. 219 p.

DANGAYACH, G. S; DESHMUKH, S. G. Manufacturing strategy: literature review and some issues. **International Journal of Operations & Production Management**, v.21, n.7, p. 884-932, 2002.

DENYER, D.; TRANFIELD, D. Producing a systematic review. In Buchanan, D. (ed.). **The Sage Handbook of Organizational Research Methods**. London: Sage, 2009, p. 671-689.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000, cap.7.

DESIDÉRIO, M. Hapvida suspende aquisições para enfrentar coronavírus. **Exame**, São Paulo, 05 mai. 2020, , Caderno Negócios. Disponível em: <<https://exame.com/negocios/hapvida-suspende-aquisicoes-para-enfrentar-coronavirus/>>. Acesso em: 30 mai. 2020.

DE REGGE, M., GEMMEL, P., VERHAEGHE, R., HOMMEZ, G., DEGADT, P., DUYCK, P. Aligning service processes to the nature of care in hospitals: an exploratory study of the impact of variation. *Oper Manag Res* 8: 32–47, 2015.

DRUCKER, P. F. **A Administração na Próxima Sociedade**. Barueri: Nobel, 2011. 216 p.

ECCLES, R. G. The performance measurement manifesto. **Harvard Business Review**, Boston, v. 69, n. 1, fev. 1991.

EISENHARDT, K. M. Building Theories from Case Study Research. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Caderno humano**: departamento de ação regional. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://apps.fiesp.com.br/regional/DadosSocioEconomicos/InformacoesSetor.aspx?t=3>>. Acesso em: 1 nov. 2013.

FERDOWS, K.; DE MEYER, A. Lasting improvements manufacturing performance: in search of a new theory. **Journal of Operations Management**, v. 9, n. 2, p. 168-194, 1990.

FERNANDES, F. C. F.; GODINHO FILHO, M. Sistemas de coordenação de ordens: revisão, classificação, funcionamento e aplicabilidade. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 14, n. 2, p.337-352, mai.-ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v14n2/10.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

FERRARI, H; ROSCOE, B.; TORRES, M. Crise em planos de saúde de servidores deixa beneficiários apreensivos. **Correio Braziliense**, Brasília, 20 abril 2019, Economia. Disponível em: <[https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/economia/2019/04/20/internas\\_economia,750543/crise-em-planos-de-saude-de-servidores-deixa-beneficiarios-apreensivos.shtml](https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/economia/2019/04/20/internas_economia,750543/crise-em-planos-de-saude-de-servidores-deixa-beneficiarios-apreensivos.shtml)>. Acesso em: 22 jun. 2019.

FILA, S. B.; DROHOMERETSKI; E. Estratégia de operações: um modelo conceitual baseado nas áreas de decisão. In: Congresso Internacional de Administração – ADM 9, 2012, Ponta Grossa. **Anais eletrônicos**. Ponta Grossa: ADM, 2012. Disponível em: <<http://www.admpg.com.br/revista2012a/artigos/artigos/Producao/54-01340409003.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

FISCHER, R. M. **Poder e cultura em organizações penitenciárias**. 1989. Tese (Livre Docência em Administração) - Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, 1989.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços**: operações, estratégias e tecnologia da informação. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011. 584 p.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. **Aprendizagem e Inovação Organizacional**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. C. C. **Construindo o conceito de competência**. Revista de Administração Contemporânea, v. 5, p. 183-196, 2001.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra cabeça caleidoscópico da indústria brasileira**. São Paulo: Atlas, 2001.

FORMENTI, LÍGIA. ANS recomenda intervenção no plano de saúde dos funcionários do Banco do Brasil. **Estadão**, 17 abr. 2019, Economia & Negócios. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,ans-recomenda-intervencao-no-plano-de-saude-dos-funcionarios-do-bb,70002795523>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

FORZA, C. Survey research in operations management: a process-based perspective. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 152-194, 2002.

FRANCO, T. A. V. A pandemia nas fronteiras da reforma sanitária: os desafios da rede hospitalar. **Physis**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/VX7xw98cLxyJr8wvVrmPdxH/?lang=pt>>. Acesso em: 30 dez. 2020.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a15v08n2.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2012.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. especial, p. 11-23, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30617.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, jan-fev 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14904.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

GALBRAITH, J. R.; KAZANJIAN, R. K. **Strategy implementation: structure, systems and process**. 1 ed. St Paul: West Pub., 1986.

GAMARRA, T. P. N. A produção acadêmica sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar: um olhar a partir da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. **Saúde Soc. São Paulo**, v.26, n.3, p.712-725, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00712.pdf>>. Acesso em: 24 set 2018.

GARVIN, D. A. Manufacturing Strategy Planning. **California Management Review**, Berkeley, v. 34, n. 4, p. 85-106, sum. 1993.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, J.; SALAS, J. M. A. **Controle de gestão: uma abordagem contextual e organizacional**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 192 p.

GRANT, R. M. The Resource-Based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. **California Management Review**, Berkeley, v. 33, n. 3, p. 114-135, 1991.

GRISOTTI, M. Pandemia de Covid-19: agenda de pesquisas em contextos de incertezas e contribuições das ciências sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, June, 2020

GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. especial, p. 3-10, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40nspe/30616.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. A Competência Essencial da Corporação. In: MONTGOMERY, C. A.; PORTER, M.E. **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1999, p. 293-316.

HARRISON, J. S. **Administração estratégica de recursos e relacionamentos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

- HAYES, R. et al. **Produção, estratégia e tecnologia**: em busca da vantagem competitiva. 1 ed. Porto Alegre: Bookman Companhia, 2008. 384 p.
- HAYES, R.; PISANO, G. Manufacturing strategy: at the intersection of two paradigm shifts. **Production and Operations Management**, v. 5, n. 1, p. 25-41, 1996.
- HENDERSON, B. D. As Origens da Estratégia. In: MONTGOMERY, C. A; PORTER, M.E. **Estratégia**: a busca da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus, 1999, p. 3-9.
- HERZOG, L. T. **Aproximación a la ventaja competitiva a partir de recursos y capacidades**. 2000. Tese (Doutorado em Gestão) - Programa de Gestión Avanzada, Universidad de Deusto, Bilbao – Espanha, 2000.
- HOFSTEDE, G. **Culture's consequences**: international differences in work-related values. Beverly Hills: Sage, 1980. 475 p.
- HOFSTEDE, G. Culture and organizations. **International Studies of Management and Organizations**, New York, v. 10, n. 4, p. 15-41, 1981.
- HOFSTEDE, G. Identifying organizational subcultures: An empirical approach. **Journal of Management Studies**, v. 35, n.1; p. 1-12, 1998.
- HOMBURG, C.; PFLESSER, C. A multiple-layer model of market-oriented organizational culture: measurement issues and performance outcomes. **Journal of Marketing Research**, Chicago, v. 37, n. 4, p. 449-462, nov. 2000.
- IANSITI, M.; CLARK, K. B. Integration and Dynamic Capability: Evidence from Product Development in Automobiles and Mainframe Computers. **Industrial and Corporate Change**, v. 3, n. 3, p. 557-605, 1994.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2011 (PNAD20011)**. Brasília, 2011. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_anual/2011/tabelas\\_pdf/sintese\\_ind\\_4\\_1\\_9.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/tabelas_pdf/sintese_ind_4_1_9.pdf)>. Acesso em 01 jun. 2013.
- INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Números do Setor 2016**. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>. Acesso em: 23 mai. 2020.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Mapas Estratégicos: Convertendo Ativos Intangíveis em resultados tangíveis**. Trad. Afonso Celso de Cunha Serra. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- KENNY, G. Your Company's Purpose Is Not Its Vision, Mission, or Values. **Harvard Business Review**, set, 2014. Disponível em: <<https://hbr.org/2014/09/your-companys-purpose-is-not-its-vision-mission-or-values>>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- KIM, W. C.; MAUBORGNE, R. **A estratégia do oceano azul**: como criar novos mercados e tornar a concorrência irrelevante. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 258 p.
- KOIKE, B. Hapvida compra Medical, de SP: Venda por quase R\$ 300 milhões, operadora de Limeira, no interior paulista, era ativo negociado pela São Francisco. **Valor Econômico**, São Paulo. 04 dez. 2019. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2019/12/04/hapvida-compra-medical-de-sp.ghtml>>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- KOIKE, B. Setor de saúde bate recorde em fusões e aquisições neste ano: Companhias fecham 80 transações e demanda continua aquecida em 2020. **Valor Econômico**, São Paulo. 20 dez. 2019. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2019/12/20/setor-de-saude-bate-recorde-em-fusoes-e-aquisicoes-neste-ano.ghtml>>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- KRETZER, J.; MENEZES, E. A. A importância da visão baseada em recursos na explicação da vantagem competitiva. **Revista de Economia Mackenzie**, v. 4, n. 4, p. 63-87, 2006. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/rem/article/view/790>. Acesso em: 31 mai. 2013.

LEMOS, M. L. F.; ROSA, S. E. S.; TAVARES, M. M. **BNDES 50 anos – histórias setoriais: os setores de comércio e de serviço**. Brasília: BNDES, 2002. Disponível em: <[http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes\\_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/livro\\_setorial/setorial07.pdf](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/livro_setorial/setorial07.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2013.

LEITNER, C. P. S. **Estratégias de operações de propriedades produtoras de grãos do Núcleo Oeste de Mato Grosso**. 2015. 218 f. tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/7581/TeseCPSL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 30 set. 2018.

LINNENLUECKE, M. K.; GRIFFITHS, A. Corporate sustainability and organizational culture. **Journal of World Business**, v. 45, n. 4, p. 357-366, 2010.

LINNENLUECKE, M. K.; RUSSELL, S. V.; GRIFFITHS, A. Subcultures and sustainability practices: the impact on understanding corporate sustainability. **Business Strategy and the Environment**, Queensland, v. 18, n. 7, p. 432-452, 2009.

LIU, Y et al. What are the underlying transmission patterns of COVID-19 outbreak? An age-specific social contact characterization. **Eclinical Medicine**, v. 22, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165295/>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

LUKE, R. D.; BEGUN, J. W.; WALSTON, S. Strategy Making in Health Care Organizations. In: SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. **Health Care Management: Organization, Design and Behavior**. Albany: Delmar Thomson Learning, 2000.

MACÊDO, D. G.; LOPES JÚNIOR, E. P.; CAPELO JÚNIOR, E.; et al. Determinação do Custo Assistencial em Planos de Saúde Através de Simulação. In: Congresso Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, 27, 2007, Fox do Iguaçu. **Anais eletrônicos**. Fox do Iguaçu: ABEPRO, 2007. Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007\\_TR590445\\_0022.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR590445_0022.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2019.

MACHADO JÚNIOR, C.; CÉSAR, R. D. S.; SOUZA, M. T. S. Adesão hospitalar do sistema suplementar de saúde à divulgação de resultados segundo modelo *Global Reporting Initiative* (GRI). **Einstein**, v. 15, n. 3, p.344-348, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/JhqfD3MWvPD6zrpydDMHC8d/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

MCLAUGHLIN, D. B.; OLSON, J. R. **Healthcare Operations Management**. Chicago: Aupha, 2017, p. 1-41. Disponível em: <[https://www.amazon.com/Healthcare-Operations-Management-Second-McLaughlin/dp/1567934447/ref=cm\\_cr\\_ar\\_p\\_d\\_pdt\\_img\\_top?ie=UTF8](https://www.amazon.com/Healthcare-Operations-Management-Second-McLaughlin/dp/1567934447/ref=cm_cr_ar_p_d_pdt_img_top?ie=UTF8)>. Acesso em 13 jan. 2019.

MAGALHÃES, G. F. Planos de assistência médica privada já contam com 44 milhões de beneficiários. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. São Paulo, set. 2010.

MAIA, J. L. **Alinhamento entre a estratégia de operações e a gestão estratégica da logística: estudos de caso no setor automotivo**. 2006. 230 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006. Disponível em: <[http://www.btd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=3575](http://www.btd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3575)>. Acesso em: 30 out. 2013.

MAIA, J. L.; CERRA, A. L.; ALVES FILHO, A. G. Inter-relações entre estratégia de operações e gestão da cadeia de suprimentos: estudos de caso no segmento de motores para automóveis. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 12, n. 3, p.377-391, set.-dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v12n3/28026.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

MATTOS, R. A. Um pouco de história. **Estratégia: a Construção do Futuro**. 2005. Disponível em: <[http://www.emco.com.br/home\\_1280.htm](http://www.emco.com.br/home_1280.htm)>. Acesso em 08 out. 2010.

MARTINS, R. A. Princípios da pesquisa científica. In: MIGUEL, P. A. C. (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.5-29.

MARTINS, R. A. Abordagens quantitativa e qualitativa. In: MIGUEL, P. A. C. (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.45-61.

MIGUEL, P. A. C. Estudo de caso na engenharia de produção: estruturação e recomendações para sua condução. **Produção**, v. 17, n. 1, p. 216-229, jan./abr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132007000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132007000100015&script=sci_arttext). Acesso em: 10. jun. 2012.

MIGUEL, P. A. C.; HO, L. L. Levantamento tipo survey. In: MIGUEL, P. A.C (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.73-99.

MIGUEL, P. A. C; SOUSA, R. Adoção do estudo de caso na engenharia de produção. In: MIGUEL, P. A. C (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.129-143.

MILES, R. E.; SNOW, C. C. Fit, Failure and the hall of fame. **California Management Review**, v. 26, n. 3, p. 10-28, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que assegura acesso universal e gratuito a serviços de saúde", diz ministro em reunião do G20. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/o-brasil-e-o-unico-pais-com-mais-de-100-milhoes-de-habitantes-que-assegura-acesso-universal-e-gratuito-a-servicos-de-saude-diz-ministro-em-reuniao-do-g20>. Acesso em: 21 set. 2021.

MINTZBERG, H. et al. **O processo da estratégia: conceitos, contexto e casos selecionados**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. 496 p.

MONTORI, V.M. Turning away from industrial health care toward careful and kind care. **Acad Med**, v.94, p.768–770, 2019.

MORABITO, R.; PUREZA, V. Modelagem e simulação. In: MIGUEL, P. A.C (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.165-194.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: [http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise\\_de\\_conteudo\\_moraes.html](http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html)>. Acesso em mar. 2019.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul.-ago. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2012.

NAKANO, D. Métodos de pesquisa adotados na engenharia de produção e gestão de operações. In: MIGUEL, P. A. C. (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p. 63-72.

NEELY, A. The performance measurement revolution: why now and what next? **International Journal of Operations and Production Management**, v.19, n.2, 1999, p. 205-228.

NIANKARA, I. Organisational management culture and employers' health insurance offering strategies in the USA: An Ubuntu-based random utility modelling approach. **Global Business and Economics Review**, v.20, n. 4, 2018.

NORMANN, R; RAMIREZ, R. **Designing interactive strategy: from value chain to value constellation**. New York: Wiley, 1998. 159 p.

NUNES, V. Banco do Brasil faz aporte de R\$1 bilhão para salvar Cassi. **Correio Braziliense**, Brasília, 29 jan. 2020, Blog do Vicente. Disponível em: < <http://blogs.correiobraziliense.com.br/vicente/banco-do-brasil-faz-aporte-de-r-1-bilhao-para-salvar-cassi/>>. Acesso em: 12 mai. 2020.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde: uma criação do Estado?. **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, jan./mar. 2006. Disponível em: < <https://revistas.ufrj.br/index.php/rec/article/view/19977/11577>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

OHMAE, K. Voltando à Estratégia. In: MONTGOMERY, C. A; PORTER, M.E. **Estratégia – A Busca da Vantagem Competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1999, p. 67-81.

PAVITT, K. What we know about the strategic management of technology. **California Management Review**, Berkeley, v. 32, n. 2, 1990.

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M. As quatro dimensões competitivas da saúde. **Harvard Business Review**, Brasil, v. 89, n.3, p. 54-63, 2011.

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.10, Oct. 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000024](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000024)>. Acesso em: 22 mar. 2020.

PENROSE, E. **The theory of the growth of the firm**. Oxford: Basil Blackwell, 1959.

PFEFFER, J. **Power in organizations**. Marshfiel: Pitman, 1981.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J.C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 767-783, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a09.pdf>>. Acesso em: 19 dez 2018.

PORTER, M.E. How competitive forces shape strategy. **Harvard Business Review**, March/April 1979

PORTER, M.E. **Competição: Estratégias Competitivas Essenciais**. Rio de Janeiro: Campus, 1999, cap. 1-2.

PORTER, M.E. **Estratégia Competitiva: técnicas para análise da indústria e da concorrência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, p. 36-48.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Bookman, 2007, p. 431.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The Core Competence of the Corporation. **Harvard Business Review**, Boston, v. 68, n. 3, p. 79-91, may-jun 1990.

PRIETO, V. C.; CARVALHO, M. M.; FISCHMANN, A.A. Análise comparativa de modelos de alinhamento estratégico. **Produção**, v. 19, n. 2, maio/ago. 2009, p. 317-331. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prod/a/7k4ss7yxMRgTdhdrJyshsqg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 mai 2017.

QUINN, R. E. **Change the World: how ordinary people can accomplish extraordinary results**. San Francisco: Jossey-Bass, 2000. 304 p.

RAY, P. S. et al. Application of cluster analysis in marketing management. **International Journal of Industrial Engineering: Theory Applications and Practice**, 2005.

ROMANO, A. L. **Proposta de modelo de avaliação da sustentabilidade corporativa: as práticas no setor de cosmético brasileiro**. 2014. 204 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP, Santa Bárbara D’Oeste, 2014. Disponível em: < [https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/docs/20052015\\_170222\\_andreluizromano\\_ok.pdf](https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/docs/20052015_170222_andreluizromano_ok.pdf)>. Acesso em: 24 jan. 2017.

SANTOS, L. C. **Projeto e análise de processos de serviços: avaliação de técnicas e aplicação em uma biblioteca**. 2000. 110 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2000. Disponível em: <<http://www.lgti.ufsc.br/public/luciano.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SANTOS, L. C. **Um modelo para formulação da estratégia de operações em serviços**. 2006. 319 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2006. Disponível em: < <http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/88593/237896.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SANTOS, L. C.; VARVAKIS, G.; GOHR, C. F. Por que a estratégia de operações de serviços deveria ser diferente? Em busca de um modelo conceitual. In: Congresso Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, 24, 2004, Florianópolis. **Anais eletrônicos**. Florianópolis: ABEPRO, 2004. Disponível em: < [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004\\_Enegep0703\\_1044.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004_Enegep0703_1044.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2011.

SANTOS, L. C.; GOHR, C. F.; VARVAKIS, G. Prioridades competitivas para a estratégia de operações de serviços: uma análise dos critérios de valor percebido de uma academia de ginástica. **Revista Produção Online**. Florianópolis, v.12, n. 1, p. 133-158, jan./mar. 2012. Disponível em: < [www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-gola-0506.pdf](http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-gola-0506.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

SANTOS, M.C.B.G.; PINHO, M. Estratégias tecnológicas em transformação: um estudo da indústria farmacêutica brasileira. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 19, n. 2, p. 405-418, 2012.

SAUNDERS, M.; LEWIS, P.; THORNHILL, A. **Research Methods for Business Students**. 8. ed. Harlow: Financial Times Prentice Hall, 2019.

SCHAEFER, B. M. et al . Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidências dos estados brasileiros. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 5, p. 1429-1445, Sept./Oct. 2020. Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122020000501429&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122020000501429&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 dez. 2020.

SCHIEIN, E. H. **Organizational Culture and Leadership**: a dynamic view. San Francisco: Jossey-Bass, 1992. 380 p.

SCHIEIN, E. H. **Organizational Culture and Leadership**. 3. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004. 448 p.

SCHWARTZ, H.; DAVIS, S. M. Matching corporate culture and business strategy. **Organizational Dynamics**, v. 10, n. 1, p. 30-48, 1981.

SCOTT, W. R. 2003. The Old Order Changeth: The Evolving World of Health Care Organizations. In: MICK, S. S; WYTENBACH, M. E. **Advances in Health Care Organization Theory**. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.

SERRA, F. A. R.; TORRES, M. C. S.; TORRES, A. P. **Administração Estratégica**: conceitos, roteiro prático e casos. Rio de Janeiro: Reichamnn e Affonso Editores, 2004.

SILVA, A. A. Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico. Porto Alegre: ANS, 2003. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portaupload/biblioteca/TT\\_AR\\_6\\_AAlvesdaSilva\\_RelacaoOperadorasPlanos.pdf](http://www.ans.gov.br/portaupload/biblioteca/TT_AR_6_AAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf). Acesso em: 24 jun. 2013.

SILVA, P. R. B. **Estratégia de verticalização na área da saúde: estudo de caso da Unimed Cuiabá**. 2015. 319 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-graduação em Administração Empresarial, Pontifício Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: < [http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Administracao\\_SilvaPR\\_1.pdf](http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Administracao_SilvaPR_1.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2017.

SKINNER, W. Manufacturing : missing link incorporate strategy. **Harvard Business Review**, Boston, v. 47, n. 3, p. 136-145, 1969.

SLACK, N.; LEWIS, M. **Estratégia de Operações**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.528 p.

SLACK, N.et al. **Gerenciamento de Operações e de Processos**: Princípios e Práticas de Impacto Estratégico. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013. 568 p.

SLACK, N. et al. **Administração da produção**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

SMIRCICH, L. Concepts of culture organizational analysis. **Administrative Science Quarterly**, v.28, n.3, p.339-358, sep. 1983.

SMITH, A. D. Resource based view of the firm: Measures of reputation among health service-sector businesses. **Health Marketing Quarterly**, v. 25, n. 4, fev. 2008.

STURM, ROLAND. Cost and quality trends under managed care: is there a learning curve in behavioral health carveout plans? **Journal of Health Economics**, v. 18, 1999, p. 593-604.

SUZIGAN, W.; ALBUQUERQUE, E. M. A interação entre universidades e empresas em perspectiva histórica no Brasil. In: SUZIGAN, W.; ALBUQUERQUE, E. M.; CARIO, S. A. F. **Em busca da inovação : interação universidade-empresa no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

SWAMIDASS, P. M.; DARLOW, N.; BAINES, T. Evolving forms of manufacturing strategy development: evidence and implications. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 21, n. 10, p.1289–1034, 2001.

SWEENEY, M. T. Towards a Unified Theory of Strategic Manufacturing Management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 11, n. 8, p.6 – 22, 1991.

TEECE, D. J.; PISANO, G.; SHUEN, A. Dynamic capabilities and strategic management. **Strategic Management Journal**, New York, v. 18, n. 7, p. 509-533. 1997.

TEISBERG, E.; WALLACE, S. Criando um sistema de entrega de alto valor para cuidados de saúde. **Semin Thorac Cardiovasc Surg**, v. 21, p. 35-42, 2009.

TEISBERG, E.; WALLACE, S. Measuring what matters: connecting excellence, professionalism and empathy. Health Care: A Strategic Framework. **Brain Inj Prof**, p. 12-15; 2016. Disponível em: <<https://static1.squarespace.com/static/5c6c5a617a1fbd5e30c5d640/t/5cd5accb4c301700017c76c0/1557507276568/01+Measuring+What+Matters+-+Wallace+and+Teisberg.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

TEISBERG, E.; WALLACE, S.; O'HARA, S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. **Academic Medicine**, v. 95, n. 5, p. 682-685; may 2020.

TEIXEIRA, I. T. **Estratégias de Operações em Serviços de Saúde: estudo de caso em uma empresa do Estado de São Paulo**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, 20014

TEIXEIRA, I. T.; ROMANO, A. L.; VALDES, E. E. Estratégias de operações no setor de serviços: o caso das cooperativas de saúde. In: Simpósio de Engenharia de Produção - SIMPEP, 18, 2011, Bauru. **Anais eletrônicos**. Bauru: SIMPEP, 2011.

TERENCE, A. C. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação. In: Congresso Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, 26, 2004, Fortaleza. **Anais eletrônicos**. Fortaleza: ABEPRO, 2006. Disponível em: < [http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006\\_tr540368\\_8017.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2012.

TISOTT, P. B. et. al. Integração vertical nos sistemas de saúde suplementar: o caso de uma Operadora de Saúde na modalidade Autogestão. **Revista Gestão Industrial**, v. 12, n. 1, p. 78-94, 2016. Disponível em: < [https://www.researchgate.net/publication/304029579\\_INTEGRACAO\\_VERTICAL\\_NOS\\_SISTEMAS\\_DE\\_SAÚDE\\_SUPLEMENTAR\\_O\\_CASO\\_DE\\_UMA\\_OPERADORA\\_DE\\_SAÚDE\\_NA\\_MODALIDADE\\_DE\\_AUTOGESTAO](https://www.researchgate.net/publication/304029579_INTEGRACAO_VERTICAL_NOS_SISTEMAS_DE_SAÚDE_SUPLEMENTAR_O_CASO_DE_UMA_OPERADORA_DE_SAÚDE_NA_MODALIDADE_DE_AUTOGESTAO)>. Acesso em: 22 jun. 2017.

TOMASZEWSKI, L.A.; LACERDA, D. P.; TEIXEIRA, R. Estratégia de operações em serviços de saúde preventiva: análise dos critérios competitivos e recomendações operacionais. *Gest. Prod.*, São Carlos, v.23, n.2 abr./jun. 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/gp/2016nahead/0104-530X-gp-0104-530X0827-15.pdf>>. Acesso em: 23 fev 2019.

TONI, A.; TONCHIA, S. Strategic planning and firm's competencies: traditional approaches and new perspectives. **International Journal of Operations & Production Management**, v.23, n. 9, p. 947-976, 2003.

- TRICE, H. M., BEYER, J. M. Studying Organizational Cultures Through Rites and Ceremonials. **Academy of Management Review**, New York, vol. 9, n. 4, p. 653-669, oct.1984.
- VELOSO, G. G.; MELLO, R. B; MALIK, A. M. Análise dos fundamentos do modelo value-based health care delivery à luz das teorias de estratégia. **Revista Alcance**, v. 20, n. 4, p. 495-512, outubro-diciembre, 2013. Acesso em: 20 out. 2020.
- VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v.22, n.2, p. 195-219, 2002.
- WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, maio 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n5/e00068820/>>. Acesso em: 20 out. 2020.
- WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. **Strategic Management Journal**, New York, v. 5, n. 2, p. 171-180, 1984.
- WHEELWRIGHT, S. C. Manufacturing Strategy: Defining the Missing Link. **Strategy Management Journal**, v. 5, p. 77-91, 1984.
- WHEELWRIGHT, S. C.; HAYES, R. H. Competing through manufacturing. **Harvard Business Review**, Boston, v. 63, n. 1, p. 99-109, 1985. Disponível em: <<http://prof.usb.ve/nbaquero/04%20-%20Competing%20Through%20Manufacturing%20-%20HBR.PDF>>. Acesso em: 25 jan. 2012.
- WITT, C. M. et al. Using the framework of corporate culture in "mergers" to support the development of a cultural basis for integrative medicine - guidance for building an integrative medicine department or service. **Patient Preference and Adherence**, 2015.
- WOOLLEY, MICHAEL. The competitive effects of horizontal mergers in the hospital industry. **Journal of Health Economics**, v. 8, 1989, p. 271-291.
- WU, Z.; McGOOGAN, J. M. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **JAMA**, v. 323, n. 13, p. 1239-1242, abr. 2020.
- YAMAGUCHI, M. M.; RUAS, M. C. Eficiência produtiva das operadoras de planos de saúde no Rio Grande do Sul, In: Encontro de Economia da Região Sul – ANPEC SUL, 16, 2013, Curitiba. **Anais Eletrônicos**. Curitiba: ANPEC SUL, 2013. Disponível em: <[http://www.anpec.org.br/sul/2013/submissao/files\\_I/i7-6e4379afb81857b1f641a7a90f66cdf8.pdf](http://www.anpec.org.br/sul/2013/submissao/files_I/i7-6e4379afb81857b1f641a7a90f66cdf8.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2013.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p.
- ZANON, C. J. **Alinhamento estratégico das operações: estudos de caso na interface com marketing**. 2011. 256 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR, São Carlos, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/3363/3439.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 nov. 2012.
- ZILBER, M. A.; LAZARINI, L. C. Estratégias Competitivas na Área da Saúde no Brasil: um Estudo Explanatório. **RAC**, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 131-154, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v12n1/a07v12n1>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

## APÊNDICE I

Essa seção descreve de forma sucinta o levantamento da revisão da literatura sobre estratégia de operações em serviços de saúde, e aponta uma lacuna nas pesquisas acadêmicas sobre o tema. Foram adotados os passos de Denyer e Tranfield (2009), para garantia da transparência, audibilidade e replicabilidade, conforme: i) definição das questões da pesquisa; ii) localização dos estudos; iii) seleção e avaliação de estudos; iv) análise, síntese e apresentação dos resultados.

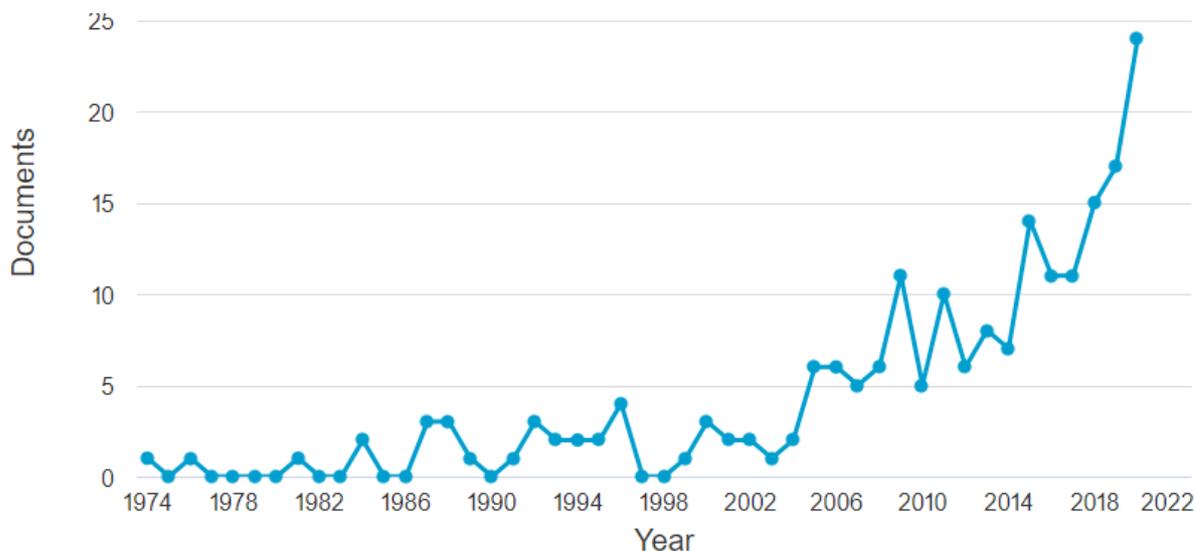
A opção pela fonte de pesquisa de publicações foi a *Scopus*, por ser utilizada em diversas revisões da literatura na área de estratégia e operações, com abrangência internacional de artigos revisados por pares. A palavra-chave definida foi: “*Health Services Operations Strategy*”. Apenas periódicos científicos (artigos e resenhas) foram pesquisados, limitadas às áreas de pesquisa, conforme filtro da Scopus. Não houve restrição para a data de publicação. Pesquisas que retornaram estudos limitados a hospitais, clínicas médicas, unidades de emergência não foram inclusos nessa pesquisa.

A primeira etapa, de pesquisa de literatura, realizada em agosto de 2020 e atualizada em janeiro de 2021, retornou um total de 419 artigos. Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica, e os resumos e palavras-chave foram lidos, para checagem da aderência ou não dos artigos selecionados com o tema da pesquisa. Foram desconsideradas as publicações que não tratavam das estratégias de operações adotadas por empresas de saúde. Dessa segunda etapa, resultou a identificação de 199 artigos aderentes ao conteúdo da estratégia de operações.

Numa análise temporal dos 199 artigos selecionados, foi possível notar, conforme demonstrado na Figura AI.1, que a ampliação das pesquisas acadêmicas sobre estratégia de operações nas empresas de saúde se intensificou a partir de 2015.

Entre 1974 e 2004, no universo de artigos analisados, o volume de publicação anual foi baixo, com períodos em que não houve sequer uma publicação. Em 2005, é possível notar uma primeira onda de crescimento de publicações, com aumento de 50%. Em 2009, há uma segunda onda de crescimento, novamente com aumento de 50%. A terceira onda de crescimento, que só ocorre em 2020, é também a mais expressiva, pois há um aumento de 70% no número de publicações. Do total de 199 artigos, 41 foram publicados entre 2019 e 2020, período de maior publicação do tema identificado na pesquisa.

Figura AI.1 – Evolução de artigos publicados por ano



Fonte: Baseado em Scopus (2020).

Dos artigos retornados no levantamento, 24,6% (62 artigos) estão concentrados em 10 periódicos, como visto na tabela AI.1. O *Journal Of Health Organisation And Management* é o mais frequente periódico para divulgação de artigos sobre “*Health Services Operations Strategy*”, com 7 artigos publicados (3,5%). Na sequência aparece o *Emerald Emerging Markets Case Studies* e o *Journal Of Operations Management*, cada um dos periódicos com 6 artigos (3,0%) encontrados. Esses três veículos correspondem a 9,5% do total de publicações.

Tabela AI.1 – Número de publicações por periódico

Posição	Nome do periódico	Frequência Absoluta		Frequência Relativa	
		FA	FAA	FR	FRA
1º	Journal Of Health Organisation and Management,	7	7	3,5%	3,5%
2º	Emerald Emerging Markets Case Studies,	6	13	3,0%	6,5%
3º	Journal Of Operations Management,	6	19	3,0%	9,5%
4º	Evaluation And Program Planning,	5	24	2,5%	12,1%
5º	Safety Science,	5	29	2,5%	14,6%
6º	Socio Economic Planning Sciences,	5	34	2,5%	17,1%
7º	Intern. Journal Of Operations & Production Management,	4	38	2,0%	19,1%
8º	Journal Of Health Care Marketing,	4	42	2,0%	21,1%
9º	Journal Of the Operational Research Society,	4	46	2,0%	23,1%
10º	Applied Ergonomics,	3	49	1,5%	24,6%

FA = Frequência Absoluta  
 FAA = Frequência Absoluta Acumulada  
 FR = Frequência Relativa  
 FRA = Frequência Relativa Acumulada

Fonte: Baseado Scopus (2020).

O levantamento dos artigos na base Scopus também apontou para os autores cujo núcleo de pesquisa e publicação concentra-se nos termos “*Health Services Operations Strategy*”, conforme demonstrado na tabela AI.2:

Tabela AI.2 – Número de publicações por autor

Posição	Nome do autor	Frequência Absoluta		Frequência Relativa	
		FA	FAA	FR	FRA
1º	Parker, B.R.,	3	3	1,8%	1,8%
2º	Jack, E.P.,	2	5	1,2%	2,9%
3º	King, G.,	2	7	1,2%	4,1%
4º	Leong, G.K.,	2	9	1,2%	5,3%
5º	Little, R.G.,	2	11	1,2%	6,4%
6º	Loosemore, M.,	2	13	1,2%	7,6%
7º	Newman, J.S.,	2	15	1,2%	8,8%
8º	Peltokorpi, A.,	2	17	1,2%	9,9%
9º	Powers, T.L.,	2	19	1,2%	11,1%
10º	Ruiz, A.,	2	21	1,2%	12,3%

FA = Frequência Absoluta  
FR = Frequência Relativa  
FAA = Frequência Absoluta Acumulada  
FRA = Frequência Relativa Acumulada

Fonte: Baseado Scopus (2020).

O *ranking* dos 10 principais autores com pelo menos três artigos publicados entre os 130 identificados nessa revisão são pela ordem Parker, B.R., Jack, E.P., King, G., que correspondem a 4,1% ou 7 ocorrências do total encontrado na revisão, sendo alguns dos nomes mais relevantes em pesquisas sobre o tema. O *ranking* dos 10 principais países em que se publicou sobre “*Health Services Operations Strategy*” é apresentado na tabela AI.3:

Tabela AI.3 – Dispersão geográfica dos autores

Posição	Nome do autor	Frequência Absoluta		Frequência Relativa	
		FA	FAA	FR	FRA
1º	United States,	64	64	26,2%	26,2%
2º	United Kingdom,	27	91	11,1%	37,3%
3º	China,	16	107	6,6%	43,9%
4º	Canada,	14	121	5,7%	49,6%
5º	Australia,	11	132	4,5%	54,1%
6º	India,	8	140	3,3%	57,4%
7º	Brazil,	7	147	2,9%	60,2%
8º	Malaysia,	6	153	2,5%	62,7%
9º	Taiwan,	6	159	2,5%	65,2%
10º	Finland,	5	164	2,0%	67,2%

FA = Frequência Absoluta  
FR = Frequência Relativa  
FAA = Frequência Absoluta Acumulada  
FRA = Frequência Relativa Acumulada

Fonte: Baseado Scopus (2020).

Das 199 publicações identificadas nessa pesquisa, 67% estão concentradas em 10 países, mostrando elevado nível de concentração. O núcleo dos estudos está nos Estados Unidos, Reino Unido e China, que correspondem a 43,9% das pesquisas publicadas e retornadas na base. O Brasil aparece em 7º lugar no ranking, com somente 7 artigos publicados entre 1974 e 2020; esse número pode ser considerado baixo, pelo tamanho e representatividade do setor de saúde, em especial, a suplementar (que será descrita em detalhes no capítulo 3), na economia; esse dado pode ser considerado um indício sobre lacunas teóricas a serem pesquisadas.

Além das buscas em bases internacionais, nessa etapa da pesquisa procurou-se também considerar publicações de teses e dissertações no Brasil. Nas buscas sobre o tema “estratégia de operações em operadoras de planos de saúde”, realizada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, foram encontrados apenas 6 trabalhos: 5 dissertações e 1 tese; todos eles eram estudos contemplando um único caso, em sua maioria referentes a um típico específico de empresa. Não foram encontrados estudos multicaso.

## APÊNDICE II

Perguntas elaboradas para dirigir o roteiro da entrevista com os especialistas

- 1) Quais as principais operações da Saúde Suplementar?
- 2) Estratégia de operações é um tema corriqueiro para a alta gestão de operadoras de planos de saúde?
- 3) No seu entendimento, quais os impactos do alinhamento ou não das operações com as exigências regulatórias da ANS?
- 4) A ANS é uma agência que efetivamente regula o setor?
- 5) No seu entendimento, quais os ganhos ou prejuízos para as empresas, ao verticalizar as operações?
- 6) No seu entendimento, quais os ganhos ou prejuízos para os beneficiários, ao verticalizar as operações?
- 7) No seu entendimento, quais os ganhos ou prejuízos para as empresas, ao horizontalizar as operações?
- 8) No seu entendimento, quais os ganhos ou prejuízos para os beneficiários, ao horizontalizar as operações?
- 9) Há alguma modalidade ou operadora que se destaque pela forma de conduzir a estratégia de operações?
- 10) Há alguma modalidade ou operadora que se destaque pela forma de conduzir a estratégia competitiva?
- 11) No seu entendimento, quais os principais riscos para o setor de saúde suplementar?
- 12) No seu entendimento, quais os principais riscos para as operadoras de grande porte?
- 13) Quais os impactos da COVID para o setor de saúde suplementar no médio e longo prazo?