

ESTRATÉGIA, ESTRUTURA E COMPETÊNCIAS: TRÊS EMPRESAS DE SERVIÇOS EM SAÚDE

STRATEGY, STRUCTURE AND COMPETENCES: THREE HEALTH SERVICE COMPANIES

RESUMO

O artigo trata da análise de três empresas de serviços em saúde. São operadoras de planos de saúde na modalidade autogestão. Analisam-se suas estratégias, estruturas organizacionais e competências gerenciais, à luz dos conceitos encontrados na literatura. Descrevem-se as estruturas, as diretrizes de atuação e satisfação dos clientes utilizando-se da análise de documentos e entrevistas com seus principais gestores. Verifica-se como são entendidos e utilizados esses conceitos no contexto das relações das operadoras com os prestadores de serviços e os beneficiários. A literatura aponta para a coerência, o alinhamento e a consistência entre os conceitos de estratégia, estrutura e competências, como forma de aumento de competitividade e desenvolvimento organizacionais. Encontram-se alguns vazios nas explanações teóricas sobre estas relações. Os indicadores de desempenho e o mapa estratégico não aparecem organizados como instrumentos de análise e avaliação das estratégias. Estes são parcialmente utilizados pelas operadoras e de forma não sistematizada. Encontram-se alguns limites teóricos nas explicações dos conceitos quando da sua aplicação nos casos estudados.

PALAVRAS-CHAVE Estratégia, estrutura, competências gerenciais, competências organizacionais, planos de saúde.

Djair Picchiai djair.picchiai@fgv.br

Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP/FGV) E FACCAMP/ MESTRADO PROFISSIONAL

Artigo recebido em 14/09/2009. Aprovado em 23/08/2010.

ABSTRACT *The article concerns the analysis of three health service plan companies based on a self management mode. Their strategies, organizational structures and managerial skills are reviewed, on the light of the concepts found in the literature. The structures, guidelines and clients' satisfaction are described through the analysis of documents and interviews with its main managers. These concepts were checked how they are understood and used concerning the relations among the operators and their service providers and beneficiaries. The literature points at the coherence, consistency and alignment among the concepts of strategy, structure and managerial skills as a way to increase the competitiveness and development of organizational competences. Some lacks can be found in the theoretical explanation of these relations. The performance indicators and strategic map do not appear as organized tools of analysis and evaluation of their strategies. These tools are partly used by the operators, in a non-systematic way. There was found theoretical limits in the explanation of the concepts when they are applied in the reviewed cases.*

KEYWORDS *Strategy, structure, managerial competences, organizational competences, health service plan companies.*

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo geral a análise da coerência, da consistência e do alinhamento da estratégia, estrutura organizacional e das competências gerenciais de três operadoras de planos de saúde à luz das categorias conceituais encontradas na literatura. Seu objetivo específico é verificar o entendimento do escopo das teorias, esse alinhamento, utilizando empresas de pequeno e médio porte.

A literatura aponta para a coerência, o alinhamento e a consistência entre os conceitos de estratégia, estrutura e competência (FLEURY, 2002, 2006; KAPLAN, 2004, 2006), quando aplicados como forma de aumento de competitividade por parte da organização.

As operadoras de planos de saúde, modalidade autogestão, são organizações de pequeno e médio porte em termos de recursos humanos, mas grandes em relação à contratação de serviços no mercado e à movimentação de recursos financeiros. São empresas que utilizam muito intensamente o conhecimento e a informação; são organizações profissionais, como classifica Mintzberg (1995). São empresas que buscam, com sua estratégia, a sobrevivência em um mercado competitivo, e em processo de concentração. Apesar de serem monopolistas, duas delas procuram aumentar sua competitividade, dadas as ameaças de entrada no mercado das demais modalidades de operadoras.

Suas estruturas organizacionais procuram dar respostas às necessidades de suas operações, além de serem condicionadas pela estratégia adotada (CHANDLER, 1962). Os recursos internos podem ser classificados como muito bons.

A geração e desenvolvimento de competências organizacionais e gerenciais são elementos de sustentação delas na competição. As três operadoras sofrem a concorrência das unimed e medicinas de grupo através de custos e produtos. As pes-

soas e suas competências individuais tornam-se elementos centrais nessa relação e contexto.

As pequenas e médias empresas são campos importantes dos estudos organizacionais, pois são responsáveis pelo aumento de competitividade e fortalecimento de nossa economia. Este estudo de caso pretende contribuir para a aplicação e análise dos conceitos de estratégia (Kaplan), estrutura (Mintzberg) e competências (Quinn), e suas inter-relações em pequenas e médias empresas, e também mostrar alguns dos limites das explicações teóricas para as pequenas e médias empresas.

É feita uma breve avaliação da extensa literatura disponível sobre o assunto. Verifica-se, pelo estudo das operadoras, como esses conceitos são aplicados na sua atuação junto ao mercado, ou seja, como são utilizados, e as possíveis relações entre eles. Este trabalho se limita ao estudo desses conceitos.

As três operadoras analisadas são: Sabesprev, Metrus e Fundação Cesp, que descrevemos a seguir. Esse é um dos limites do estudo, dado ser uma amostra por conveniências.

1.1. Caracterização das operadoras

As operadoras de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão, são aquelas destinadas a um grupo fechado de beneficiários e não visam ao lucro, seja porque nascem da gestão de um plano no âmbito da área de recursos humanos de uma empresa, ou porque são operadas por uma pessoa jurídica sem finalidade lucrativa.

Os participantes dos planos de assistência à saúde administrados pelas empresas de autogestão possuem, necessariamente, representação dos órgãos deliberativos dessas operadoras, sendo responsáveis pela própria gestão da operadora.

A Sabesprev é uma Fundação que presta serviços a funcionários de uma grande empresa estatal da área de saneamento. Essa Fundação atua em dois grandes ramos de atividade: previdência e

assistência à saúde. Analisa-se apenas o setor de assistência à saúde.

Sua estrutura da área da saúde é composta por uma diretoria de saúde e três gerências. Há um diretor de benefícios ao qual a diretoria de saúde é subordinada. A Fundação tem 100 funcionários e atende 52 mil pessoas beneficiárias com 9 mil empresas prestadoras de serviços.

Suas patrocinadoras são: a Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp), a Fundação Sabesp de Seguridade Social (Sabesprev), bem como outras pessoas jurídicas admitidas como tal, que venham a assinar o Convênio de Adesão previsto na legislação em vigor. Elas são responsáveis pela supervisão e fiscalização das atividades da Fundação, devendo encaminhar o resultado das suas análises ao órgão regulador e fiscalizador.

A Sabesprev administra planos previdenciários (planos de suplementação e plano de reforço), planos médicos (Sabesprev Saúde, Plano Alternativo e Intermédica), odontológicos (plano convencional e plano integral), empréstimos (empréstimo pessoal) e seguros (seguro de vida em grupo).

Ela tem como meta ser a melhor opção em serviços de previdência e saúde em um mercado expandido, excedendo as expectativas e necessidades dos clientes, proporcionando alta satisfação com os produtos/ serviços oferecidos e rentabilidade adequada, em um ambiente organizacional dinâmico e harmonioso. Sua missão é contribuir, de forma responsável, para que seus clientes tenham uma qualidade de vida digna e saudável. Seus valores são: orientar as ações de forma profissional, ética e transparente; manter relacionamento respeitoso e proativo com os clientes; manter a integridade e sigilo das informações dos clientes; praticar gestão participativa; valorizar o capital humano interno na busca de excelência e manter sinergia, confiança e comprometimento nas relações com os patrocinadores, conselhos,

parceiros e entidades representativas de forma a possibilitar benefícios recíprocos. Caracteriza-se como uma operadora de uma única empresa.

Já o Metrus – Instituto de Seguridade Social é uma operadora de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão. Sua missão é proporcionar aos participantes renda suplementar de aposentadoria, assistência à saúde e outros benefícios do mercado de seguridade social, com padrões elevados de qualidade e custos compatíveis.

A composição dos órgãos de direção do Metrus é dada pela seguinte estrutura: *Conselho Deliberativo*: é o órgão máximo da estrutura organizacional, além de ser responsável pelo direcionamento estratégico do Instituto. Tem como função a supervisão e a orientação político-administrativa do Metrus, cabendo-lhe fixar as diretrizes, os objetivos, as políticas de benefícios, de serviços assistenciais e de aplicações do patrimônio; *Conselho Fiscal*: é o órgão fiscalizador do Metrus, cabendo-lhe zelar pela sua gestão econômico-financeira; *Comitê de Investimento*: é o órgão encarregado de avaliar, definir estratégias de investimento e orientar a execução do Plano de Aplicações do Patrimônio aprovado pelo *Conselho Deliberativo*, de acordo com normas gerais estabelecidas pela diretoria executiva para seu funcionamento; *Comitê de Gestão Metrus Saúde*: é o órgão de assessoramento da diretoria executiva do Metrus, instituído com fundamento nos artigos 26 e 32 do Estatuto do Metrus. Tem por objetivo (nos termos dos Regulamentos do Plano de Assistência à Saúde – Metrus Saúde, nas modalidades: Integral – MSI; Especial – MSE; Básico – MSB; e Odontológico – MSO) tornar efetiva, no acompanhamento técnico-financeiro desse plano, a participação de todos os segmentos interessados no programa de assistência médico-hospitalar e odontológica administrado pelo Instituto, visando atender às seguintes finalidades primordiais: I – A qualidade dos serviços proporcionados pelo plano e o bom atendimento a todos os seus participantes; II –

Uso adequado dos serviços pelos participantes, de modo a alcançar o melhor desempenho técnico e financeiro do plano.

O quadro de funcionários da Metrus Saúde é composto por: 18 ativos; seis estagiários; um diretor, um gerente e uma assessoria. Temos, portanto, uma diretoria e uma gerência, e quatro áreas de atuação. Assim como a Sabesprev, também se caracteriza por ser operadora de uma única empresa.

A Fundação Cesp é uma entidade fechada de previdência complementar que administra planos de previdência e saúde para os colaboradores das grandes empresas do setor de energia elétrica do estado de São Paulo. Foi criada em 1969, inicialmente com a finalidade de oferecer benefícios assistenciais, prestando serviços exclusivamente à Companhia Energética de São Paulo – Cesp. Só passou a gerir planos previdenciários a partir de 1977. Atualmente, a Fundação Cesp apresenta 100 funcionários em sua estrutura, e tem 117.635 beneficiários, além de 14 patrocinadores.

Os órgãos de direção são compostos por meio da seguinte estrutura: *diretoria executiva*: responsável pela administração da Fundação Cesp de acordo com as disposições estatutárias, regulamentos, normas e orientações da assembleia geral e do conselho deliberativo; *assembleia geral*: órgão de deliberação, investido de poderes para decidir os negócios relativos à finalidade da entidade e para tomar as resoluções adequadas aos seus desenvolvimento e defesa; *conselho fiscal*: sua função é examinar, aprovar e dar parecer sobre os relatórios, demonstrativos financeiros e balanço anual da entidade; *comitês gestores de investimento e previdência*: constituídos por representantes das empresas patrocinadoras, dos participantes e dos assistidos. É um órgão deliberativo com competência para acompanhar a gestão dos planos previdenciários e a política de aplicação dos investimentos; *conselho deliberativo*: órgão de deliberação colegiada, responsável pela orientação

administrativa da entidade, composto por representantes das empresas patrocinadoras, dos participantes e dos assistidos.

A Fundação Cesp tem como missão elaborar e administrar com excelência planos de previdência e de saúde para que as pessoas possam viver e construir um futuro com qualidade e tranquilidade.

O desenho organizacional das três operadoras é muito parecido, principalmente da Fundação Cesp e da Sabesprev, dado o tamanho das duas.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso múltiplo: a natureza da análise dos dados obtidos em campo é qualitativa e exploratória. Os dados e informações foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com os executivos das operadoras. As teorias e modelos utilizados são os de Kaplan (2001) para estratégia, Mintzberg (1995) para estrutura e Quinn (2003) para competências. Sendo um estudo de caso de três operadoras, os dados e informações foram coletados a partir de:

- a) levantamento das estruturas das operadoras e da análise de documentos (estatutos, regimentos internos, organograma e legislação pertinente);
- b) levantamento dos processos críticos de funcionamento das operadoras, por meio de entrevistas com os gestores;
- c) aplicação de um questionário sobre competências, a ser preenchido pelos gestores;
- d) descrição das estratégias adotadas a partir da análise das entrevistas com os gestores; e
- e) levantamento das informações e dados sobre o tema nas publicações das agências.

O trabalho teve início com as análises de documentos, leis, estatutos e regimentos internos e os

desenhos das estruturas organizacionais das instituições. O corpo básico da coleta de informações é composto pelas entrevistas realizadas com os principais executivos das operadoras mediante a aplicação de um roteiro com 40 perguntas. Analisou-se, a partir das respostas a essas perguntas, o discurso dos gestores. As entrevistas foram todas transcritas. Em complemento, foram feitas visitas à empresas, com conversas informais e observação direta do dia a dia da operadora, constituindo-se um estudo de campo. A sistematização das entrevistas está como anexo neste artigo.

Este estudo de caso utilizou-se dos conceitos obtidos na literatura, resumidos e sintetizados, de estratégia, de estrutura e de competência. A coleta e a análise dos dados e das informações das operadoras foram realizadas com base nesses três conceitos. É, portanto, um estudo causal ou exploratório (YIN, 2005).

Algumas das perguntas formuladas aos gestores foram: “Como gerenciar estrategicamente as operadoras através de sua estrutura adotada?”; “Qual o melhor desenho de estrutura?”; “Qual é a estratégia a ser seguida?”; “Quais as suas competências gerenciais?”; “Quais são os processos críticos (sistemas de informações gerenciais, banco de dados, indicadores epidemiológicos, análise de risco e controle de qualidade)?”; “Como a estratégia pode ‘agregar valor’ aos serviços das operadoras (valor financeiro, retorno econômico, cumprimento de missão/visão, satisfação de necessidades dos beneficiários, responsabilidade social etc.)?”, dentre outras que compõem as 40 questões.

3. CONCEITOS

“Estratégia” é uma palavra oriunda do vocábulo grego “*strategos*”. Significa o desempenho de uma posição de comando. É também considerada arte

dos gerais – habilidades psicológicas e comportamentais com as quais os gerais exerciam sua função (ou posição). Na língua inglesa, o conceito de estratégia envolve algo fora da visão do inimigo (MOTTA, 1990).

A estratégia é uma atividade que tem relação com o ambiente da organização, ou seja, como a organização lida com o mercado e a sociedade. As estratégias das operadoras devem ser explicitadas, discutidas e constantemente avaliadas por seus gestores. A estratégia é uma atividade voltada para fora, dependendo do ambiente. A Sabesp, a Metrus e a Fundação Cesp focam o cliente (beneficiário) e, com o apoio das patrocinadoras, estabelecem uma parceria de atuação no mercado.

A estrutura organizacional deve estar atrelada à estratégia da organização. Essa estrutura é condicionada pela estratégia a ser adotada (CHANDLER, 1962). Por sua vez, a estrutura também influencia a estratégia, no momento da execução desta.

As competências gerenciais são determinadas pela estrutura e pelo modelo organizacional adotados, e pelos respectivos papéis exercidos pelos gestores nas operadoras (QUINN, 2003).

3.1. Estratégia

É a formulação da visão, missão e objetivos da organização, bem como o plano de ação para alcançá-los, considerando as forças e fraquezas internas, e o impacto das forças do ambiente e da competição. Os valores e crenças dos fundadores, líderes, gestores e membros da comunidade de interesses são determinantes no estabelecimento da visão, missão e objetivos. A estratégia direciona a empresa, dá consistência às suas decisões, além de resultar de um processo de tomada de decisão. As suas decisões são de natureza qualitativa, e devem ser coerentes entre si.

A formulação da estratégia é, essencialmente,

um processo de reflexão, que pode ser sistematizado e formalizado ou implícito. A implementação é a estratégia em ação, a intenção convertendo-se em resultado, enfim, a capacidade de executar a estratégia. A formulação deve ser integrada à implantação da estratégia; segundo Norton e Kaplan (2004), “a capacidade de executar a estratégia é mais importante do que a qualidade da estratégia [...]”. Os autores ainda enfatizam que “70% dos fracassos decorrem de problemas de má execução da estratégia” (NORTON e KAPLAN, 2004).

O conceito de arquitetura estratégica é composto pelos seguintes elementos: definição clara da estratégia de negócio; construção de um core business como um componente estratégico; criação de um mapa estratégico, identificando indicadores tangíveis e intangíveis; identificação dos produtos no mapa estratégico; alinhamento da estrutura com os “produtos”; desenho de sistemas de mensuração (scorecard); implementação do gerenciamento por indicadores; revisão contínua das mensurações, comparando-as ao mapa estratégico. Há dois fatores que são vistos como dificuldades de gestão: como mensurar os resultados das estratégias e como alinhar a estrutura com os produtos/serviços.

As organizações que têm clareza estratégica demonstram foco, definem processos de alocação de recursos, que usam de maneira eficaz, e possuem visão. A unidade estratégica envolve funcionários e clientes nos fins (objetivos) e nos meios (processos) de trabalho realizado pela organização. Dessa forma obtêm-se a coerência e a consistência das ações estratégicas.

A análise SWOT da organização é a avaliação global de suas: a) *forças (strengths)*: variáveis internas e controláveis que propiciam uma condição favorável para a organização em relação ao seu ambiente (a qualidade dos profissionais e as condições técnicas de trabalho são consideradas forças nas três operadoras, observadas e declaradas pelos gestores); b) *fraquezas (weaknesses)*: va-

riáveis internas e controláveis que produzem uma situação desfavorável para a empresa em relação ao seu ambiente (no caso, encontramos uma forte cultura de controle, o que de certa forma inibe a criatividade organizacional das operadoras); c) *oportunidades (opportunities)*: variáveis externas e não controláveis que podem criar condições favoráveis para a empresa, desde que ela tenha condições e/ou interesse de usufruí-las (temos nas três operadoras a qualidade dos serviços percebidos pelo cliente); d) *ameaças (threats)*: variáveis externas e não controláveis (entre elas temos os unimed e as medicinas de grupo, que exercem forte concorrência às operadoras de modelo autogestão).

No livro *Estratégia em ação* (KAPLAN, 2004), é possível observar como as adeptas bem-sucedidas seguiam cinco princípios gerenciais para se tornarem “organizações orientadas para a estratégia”, o que implica traduzir a estratégia em termos operacionais, alinhar a organização à estratégia, transformar a estratégia em tarefa de todos, converter a estratégia em processo contínuo e mobilizar a mudança por meio da liderança executiva. A organização orientada para a estratégia propõe resultados notáveis. Temos a seguinte formulação: descrição da estratégia + mensuração da estratégia + gestão da estratégia. Encontramos dificuldades na implantação dessa formulação nas três operadoras, tanto nos níveis conceituais quanto nos operacionais.

Um dos requisitos-chave da boa governança corporativa é a transparência da estratégia da organização, bem como do seu acompanhamento. Os conselhos de administração das três operadoras têm, nesse sentido, requisitado a explicitação da estratégia para a sua aprovação e acompanhamento.

A estratégia de uma organização descreve como ela pretende criar valor para os acionistas, clientes e cidadãos. Se os ativos intangíveis da organização representam mais de 75% de seu valor, a

formulação e a execução da estratégia devem tratar explicitamente da mobilização e alinhamento dos ativos intangíveis (KAPLAN, 2004).

A fim de exercerem o maior impacto possível, os sistemas de mensuração devem concentrar-se na estratégia da organização, como ela espera criar valor sustentável no futuro. Assim, ao projetar os *balanced scorecards*, a organização deve medir os poucos parâmetros críticos que representam sua estratégia para a criação de valor a longo prazo (KAPLAN, 2004).

A teoria de recursos da firma, ou *resource based view* (RBV), utiliza elementos que ressaltam a complexidade subjetiva e a dinâmica dos processos internos da firma, definidos por Penrose (1959) como

[...] um conjunto de recursos cuja utilização é organizada por um quadro de referência administrativo. Em certo sentido, sendo os produtos finais produzidos pela empresa, em um dado momento, representam apenas uma das múltiplas possibilidades pelas quais a empresa poderia estar utilizando seus recursos, um incidente no desenvolvimento de suas potencialidades básicas (PENROSE, 1959).

Penrose descreve os recursos como algo que representa uma força ou fraqueza de uma dada empresa, sejam eles tangíveis ou não. O autor distingue o *uso* da simples *posse* de um recurso, pois o que diferencia um serviço ou produto é a alocação concatenada e com determinada intensidade das potencialidades da firma.

A diferença de performance entre as organizações pode ser explicada de acordo com a RBV, pois se deve ao modo como estas mobilizam seus recursos para se tornarem mais competitivas. As operadoras têm sabido utilizar seus recursos internos dentro das possibilidades oferecidas, mas encontram limites no desenho da estrutura e das competências gerenciais.

A RBV considera as competências, capacidades, habilidades e os recursos internos, de forma

genérica, como a base do conhecimento organizacional, sendo responsáveis por diferenciar uma organização das demais.

O modelo de cinco forças de Porter para a análise das forças competitivas é importante para descrever e analisar as forças e os *players* (atores-jogadores) que compõem a concorrência. Este é o atual momento da cadeia produtiva das operadoras, prestadores e beneficiários. As forças são: a) poder de negociação dos fornecedores: *os fornecedores de insumos (material e medicamentos)*; b) ameaça de novos entrantes: *a ameaça competitiva das medicinas de grupo, das seguradoras e das cooperativas*; c) poder de negociação dos compradores: *negociação com os prestadores de serviços*; d) ameaça de produtos substitutos: *convênio direto dos compradores com os prestadores*; e) concorrentes na indústria: *monopsônio (único comprador)*. Essas são apontadas como as principais forças competitivas que compõem o mercado de atuação da autogestão.

3.2. Estrutura

A estrutura de uma organização é a soma total das tarefas distintas em que o trabalho é dividido e a maneira como é feita a coordenação entre essas partes.

O projeto de uma organização deve combinar planejamento a longo prazo, enriquecimento do trabalho e estrutura, entre muitas outras coisas. Os elementos de uma estrutura devem ser selecionados para alcançar uma harmonia ou congruência interna, bem como uma congruência básica com a situação da organização (suas dimensões e idade, o tipo de ambiente no qual opera, o sistema técnico que utiliza e assim por diante). A esses fatores situacionais devem ser acoplados os parâmetros para delinear, formando as configurações (MINTZBERG, 1995). As operadoras analisadas têm uma configuração de estrutura linear, apoiada por órgãos colegiados. Há simetria e pa-

dronização nas três, quando comparadas em suas estruturas organizacionais.

A estrutura envolve duas exigências básicas: a divisão do trabalho em diferentes tarefas e a consecução da coordenação. A coordenação é composta por diversos meios, os chamados “mecanismos de coordenação”, dentre os quais estão inclusos o controle e a comunicação.

As organizações são estruturadas de modo a apreender e dirigir sistemas de fluxos e determinar os inter-relacionamentos das diferentes partes. As cinco partes que as compõem, segundo Mintzberg (1995), são: *núcleo operacional* – composto pelos operadores, ou seja, as pessoas que executam o trabalho básico de fabricar produtos ou prestar serviços. Nas operadoras, boa parte é terceirizada, caso sejam considerados os prestadores de serviços hospitalares. Nas organizações mais simples, os operadores são grandemente autossuficientes, coordenando-se por meio do ajustamento mútuo; *cúpula estratégica* – refere-se a uma forma de supervisão direta, utilizada à medida que a organização cresce e a divisão de trabalho requer uma supervisão em tempo integral. Aqui está o grande foco das operadoras; *linha intermediária* – criada a partir da necessidade de se ter mais cargos de chefia dentro da organização, conforme esta se expande; é uma hierarquia de autoridade entre o núcleo operacional e a cúpula estratégica; *tecnoestrutura* – formada por analistas, ou seja, pessoas situadas fora da linha de autoridade da organização, com o propósito de coordenar o trabalho, visando ao crescimento da organização; *assessoria de apoio* – refere-se à parte da organização cujas unidades prestam assessoria de natureza diferente às demais unidades, não efetuando a padronização. Como exemplo, podemos citar o conhecimento técnico especializado a ser incorporado pelas três operadoras.

As formas de estrutura organizacional descritas por Mintzberg são: *estrutura simples* – caracteriza-se pela pouca elaboração. Possui pequena ou ne-

nhuma tecnoestrutura, ou assessoria de apoio, diferenciação mínima entre as unidades e pequena hierarquia administrativa. Há pouco planejamento, treinamento e instrumentos de interligação; *burocracia mecanizada* – nela há padronização de responsabilidades, de qualificações e de canais de comunicação. Há normas de trabalho e hierarquia de autoridade devidamente definidas; *burocracia profissional* – nela o trabalho operacional é estável. Há mecanismos de coordenação que permitem, ao mesmo tempo, a padronização e a descentralização, e a padronização de habilidades. É um tipo de configuração democrática e autônoma; *forma divisionalizada* – é um conjunto de entidades (divisões) quase autônomas, unidas por meio de uma central administrativa – o escritório central. Essa estrutura é amplamente utilizada no setor privado. Representa um tipo de configuração sobreposta a outras, onde cada divisão apresenta sua própria estrutura; *adhocracia* – é capaz de fundir indivíduos de diferentes especialidades, em equipes de projetos *ad hoc*. É uma estrutura orgânica, com pouca formalização de comportamento e com o trabalho baseado no treinamento formal. Tem uma tendência a agrupar os especialistas em unidades funcionais, com finalidade de administração interna, e possui apoio nos instrumentos de interligação para encorajar o ajustamento mútuo. É uma forma de estrutura fluida, confusa, e que pode causar ambiguidade.

3.3. Competências

Relatam-se nos parágrafos a seguir os diversos entendimentos sobre competências.

O termo competência tem origem no fim da Idade Média. Inicialmente restrito à linguagem jurídica, significava que determinada corte, tribunal ou indivíduo era “competente” para realizar um dado julgamento. Era considerada a “capacidade de apreciar e julgar certas questões ou realizar determinados atos”. Foi utilizado para desig-

nar alguém capaz de pronunciar-se sobre certos assuntos (BRANDÃO e GUIMARÃES, 2001).

Podemos definir competência como as características demonstráveis de um indivíduo que incluem conhecimentos, habilidades e comportamentos ligados diretamente à performance; um conjunto de capacidades humanas que justificam uma alta performance.

Para alguns autores, a maioria de origem norte americana, competência é o conjunto de qualificações que permite à pessoa uma performance superior em um trabalho ou situação. Richard Boyatzis identificou competências gerenciais como um conjunto de características e traços que definem uma performance superior. Acredita-se que as melhores performances estão fundamentadas na inteligência e personalidade do indivíduo. Seus principais expoentes são McClelland (1973), Boyatzis (1982) e Spencer Jr. e Spencer (1993).

Parry (1996) resume o conceito de competências como sendo

[...] um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados que afetam a maior parte de um trabalho, que se relacionam com a performance nesse trabalho, que possam ser avaliados em relação a parâmetros bem aceitos, e que possam ser melhorados por meio de treinamento e desenvolvimento (PARRY, S., 1996).

McClelland (1973) coloca a competência como uma característica subjacente a uma pessoa relacionada a uma tarefa; um estoque de qualificações, que credencia a pessoa a exercer determinado trabalho; uma performance superior na realização de uma tarefa.

As competências podem ser entendidas como um conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais. Saber agir de forma responsável, sendo reconhecido pelos outros como tal. Ser competente implica saber como mobilizar, integrar e

transferir recursos e habilidades num contexto profissional determinado.

Como a competência é uma característica relacionada à performance superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação, McClelland diferencia competência de: *habilidade* – demonstração de um talento particular na prática; *aptidão* – talento natural de uma pessoa, que pode vir a ser aprimorado; *conhecimento* – aquilo que as pessoas precisam saber para desempenhar uma tarefa. A competência é pensada como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, o conjunto das capacidades humanas) que justificam a obtenção de uma alta performance.

O trabalho não é mais o conjunto de tarefas associadas descritivamente ao cargo, mas se torna o prolongamento direto da competência que o indivíduo mobiliza em face de uma situação profissional cada vez mais mutável e complexa.

Zarifian (2001) associa a competência não a um conjunto de qualificações que credenciem a pessoa a exercer determinado trabalho, mas sim às realizações da pessoa em determinado contexto, ou seja, aquilo que ela produz ou realiza. Diferencia as seguintes competências: *sobre processos* – conhecer o processo de trabalho; *técnicas* – conhecer especificamente o trabalho a ser realizado; *sobre a organização* – saber organizar os fluxos de trabalho; *de serviço* – aliar a competência técnica à pergunta “que impacto este produto ou serviço terá sobre o consumidor final?”; *sociais* – saber ser, incluindo atitudes que sustentam os comportamentos das pessoas. Três são os domínios dessas competências: autonomia, responsabilização e comunicação.

A competência não pode estar contida nas condições da tarefa, e a pessoa precisa sempre mobilizar recursos para resolver as novas relações de trabalho. As competências são sempre contextualizadas.

Os conhecimentos e o *know-how* não adquirem

status de competência a não ser que sejam comunicados e utilizados. A rede de conhecimento em que se insere o indivíduo é fundamental para que a comunicação seja eficiente e gere competência.

Zarifian (2001) enfoca três mutações no mundo do trabalho, a saber: *noção de evento* – aquilo que ocorre de forma imprevista, não programada. Isso significa que a competência não pode estar contida nas precondições de tarefa; a pessoa precisa mobilizar recursos para resolver as novas situações de trabalho; *comunicação* – implica conhecer o outro e a si mesmo, significa entrar em acordo sobre os objetivos organizacionais, partilhar normas sobre sua gestão; *noção de serviço* – cada vez mais essa noção precisa estar presente em todas as áreas e situações, não só direcionada ao cliente externo, mas também ao cliente interno. Ninguém produz uma coisa voltando-a para si mesmo, mas sim destinando-a aos outros.

Para Le Boterf (2003), a competência é definida como o cruzamento de três eixos formados pelas pessoas: sua biografia (socialização), sua formação educacional e sua experiência profissional. A competência de um indivíduo não é um estado, não se reduz a um conhecimento ou *know-how* específico.

A competência pode ser entendida como produto de uma combinação de recursos (LE BOTERF, 2003). É no saber mobilizar e aplicar esses recursos que reside a riqueza profissional, ou seja, a competência. É o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais, nutridas à montante pela aprendizagem e pela formação, e à jusante pelo sistema de avaliações.

Vandrell e Miranda (*apud* FLEURY, 2002) classificam seis tipos de competências necessárias: *intelectual* – processos cognitivos internos necessários para simbolizar e representar ideias, imagens, conceitos etc. (competência analítica, criativa ou meta competência); *prática* – saber fazer, articular uma tomada de decisão e colocar em ação; *interativa* – capacidade de participar como membro

de um grupo de referência; *social* – uso do consenso, no exercício de aceitação da liderança, da capacidade de ensinar e aprender com os outros; *ética* – discernimento entre o bem e o mal, direito à vida, a outras culturas, crenças, religiões, amor e educação; *estética* – capacidade de distinguir entre o que há de bom e de ruim, no plano dos valores, entre o belo e o feio.

Para Prahalad e Hamel (1990), a competência é um conjunto de habilidades e tecnologias, e não uma única habilidade e tecnologia isolada que permita a uma empresa oferecer determinado benefício. *Core competences* (competências essenciais): capacidade de combinar, misturar e integrar recursos em produtos e serviços. Temos aqui o *link* entre estratégia e competências. Para adquirir papel-chave, as competências devem atender a três requisitos: oferecer reais benefícios aos consumidores; ser difíceis de imitar; prover acesso a diferentes mercados.

Fleury (2002, p. 55) define competência como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica em mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades que agregam valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.”

As competências são dinâmicas, pois sua alavancagem e a construção de novas competências exigem interação entre as pessoas e equipes dentro da organização, empresas e fornecedores externos, clientes e empresa, organizações competitivas e organizações cooperativas.

As tipologias das competências podem ser: 1. competências organizacionais: são as capacidades especiais que uma organização tem no intuito de atingir seus objetivos estratégicos. São adquiridas ao longo do tempo pela organização, por meio da composição de diversas competências individuais, processos internos e uma cultura organizacional; 2. competências individuais: tornam o indivíduo “único”, como: flexibilidade, adaptação a novas ideias, foco no futuro, capacidade de

transformar ideias em produtos etc., saber agir, saber aprender, se engajar, mobilizar recursos, integrar conhecimentos díspares e complexos, ter iniciativa, assumir riscos, ter visão estratégica e responsabilidade.

Ruas (2000) coloca os recursos das competências e os desdobramentos possíveis, a saber: *saber/conhecimento* – conhecimento do ambiente: conhecer os elementos do ambiente, a fim de poder atuar de maneira adequada; conhecimentos gerais e teóricos: saber compreender e analisar as situações em que atua e tratá-las sistematicamente (método); conhecimentos operacionais: conhecer os métodos, procedimentos e normas associados a suas atividades; saber fazer (*habilidades*) – experiência profissional associada: saber colocar em ação os conhecimentos adequados à situação; *saber ser/ agir* – atributos profissionais: saber perceber e apropriar aspectos que não são explicitados nas normas, procedimentos e métodos, mas que estão presentes nas atividades profissionais (conhecimentos tácitos); atributos pessoais: atributos que permitem agir, comprometer-se e relacionar-se de forma adequada em sua atividade.

Segundo Dutra (2004), as pessoas possuem determinado conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, o que não garante que a organização se beneficie deles. Para compreender o conceito de competência, é necessário incorporar a noção de entrega, ou seja, aquilo que a pessoa realmente entrega à organização. O conceito de competência é ligado a resultados.

O modelo de competências gerenciais proposto por Quinn *et al.* (2003) sugere uma avaliação das competências, papéis e modelos adotados pela organização. São quatro modelos, oito papéis e 24 competências, que descrevemos a seguir.

Os papéis de diretor e produtor pertencem ao modelo das metas racionais. Como diretor, espera-se que o gerente explicita expectativas por meio de processos, tais como planejamento e delimitação de metas. Já os produtores são orien-

tados para tarefas, mantêm o foco no trabalho e exibem um alto grau de interesse, motivação, energia e ímpeto pessoal. O modelo de metas racionais tem como objetivos a produtividade e o lucro. A função do gerente é ser um diretor decisivo e um produtor pragmático.

O modelo dos processos internos engloba os papéis do monitor e do coordenador. Como monitor, o gerente deve saber o que se passa em sua unidade, determinar se as pessoas estão cumprindo as regras e averiguar se o setor está fazendo sua parte. O papel de monitor requer cuidado com detalhes, controle e análise. Como coordenador, espera-se que o gerente dê sustentação à estrutura e ao fluxo do sistema. Entre as características comportamentais do coordenador estão a organização, coordenação dos esforços da equipe, resiliência e conhecimento dos processos de logística. No modelo de processos internos destaca-se a burocracia profissional, na qual os critérios de eficácia são a estabilidade e continuidade, baseando-se na premissa de que a rotinização promove estabilidade. A função do gerente consiste em ser um monitor tecnicamente competente e coordenador confiável.

No modelo das relações humanas estão os papéis de facilitador e de mentor. O facilitador fomenta os esforços coletivos, promove a coesão e o trabalho em equipe e administra conflitos pessoais. O mentor dedica-se ao desenvolvimento das pessoas mediante uma orientação cuidadosa e de empatia. Nesse papel, o gerente contribui para o aprimoramento de competências e planeja o desenvolvimento individual dos empregados. O modelo de relações humanas tem como ênfase o compromisso, a coesão e a moral. A premissa é que o envolvimento resulta em compromisso, e os valores centrais são a participação, resolução de conflitos e construção de consenso. A função do gerente é assumir o papel de mentor empático e de facilitador centrado em processos.

Os papéis de inovador e negociador pertencem

ao modelo dos sistemas abertos. Os inovadores costumam ser visionários. Nesse papel, o gerente é encarregado de facilitar a adaptação e a mudança, identificar tendências significativas e tolerar as incertezas e riscos. O negociador preocupa-se com a sustentação da legitimidade exterior e a obtenção de recursos externos. Deve ter poder, astúcia política e capacidade de persuasão e influência. O modelo de sistemas abertos aparece devido à necessidade de compreender e administrar um mundo em rápida transformação e de intenso conhecimento. Os gerentes viviam em ambientes altamente imprevisíveis, dispendo de pouco tempo para dedicar-se à organização e ao planejamento, forçados a tomar decisões rápidas e tendo como critério básico de eficácia organizacional a adaptabilidade e o apoio externo. Os processos fundamentais são a adaptação política, a resolução criativa de problemas, a inovação e o gerenciamento da mudança. Espera-se que o gerente aja como um inovador criativo e um negociador que use o poder de influência na organização.

4. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As estratégias devem ser explicitadas, discutidas e constantemente avaliadas pelas operadoras. É uma atividade voltada para fora, portanto depende do ambiente, e com ele interage. Muitas vezes nos prendemos a uma forma de pensar e agir e não percebemos as mudanças do ambiente, e principalmente das necessidades do cliente. As operadoras procuram focar o cliente (beneficiário) e têm nas patrocinadoras uma parceria na sua atuação no mercado. Seus recursos internos são considerados bons. O arranjo interno dos recursos – estrutura, tecnologia, conhecimentos e competências gerenciais – podem ser otimizados quando de sua utilização. Como exemplo, podem-se citar a criação e o desenvolvimento das

áreas de risco e de controladoria nas operadoras, como forma de melhor utilização de seus recursos.

Os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pesquisas de empresas de consultoria de recursos humanos colocam a modalidade de autogestão com maiores índices de satisfação de atendimento pelos usuários. Isso é reafirmado pelo posicionamento dos gestores das operadoras nas entrevistas realizadas.

Entre as operadoras de planos de saúde, as de modalidade autogestão ocupam o primeiro lugar na satisfação das empresas que contratam os serviços. O índice de satisfação das organizações com as autogestões é considerado alto para 45% dos entrevistados, superando largamente os índices referentes às seguradoras (14%), administradoras de planos (11%), cooperativas médicas (15%) e medicinas de grupo (18%). A constatação está registrada na 26a Pesquisa de Benefícios, realizada pela consultoria Towers Perrin em 2007, que ouviu dirigentes de 300 empresas de vários ramos de atuação (PLANOS DE BENEFÍCIOS NO BRASIL).

As principais vantagens do modelo de autogestão e sua estrutura, segundo os gestores, são: o que seria lucro é revertido em maiores benefícios para os usuários (cliente), pois elas não têm fins lucrativos; o programa de saúde é concebido de acordo com as características e necessidades da patrocinadora (parceria); a garantia de qualidade, da abrangência, da economia e a burocracia reduzida proporcionam satisfação e consequentemente maior adesão dos beneficiários (cliente); permite interferência direta na administração do programa, ou seja, na escolha dos credenciados ou na prestação e utilização de serviços, preservando a qualidade da assistência (foco); permite a correção de problemas e a criação de novas alternativas, quando necessário (consistência); só são pagos os serviços realmente efetuados pelos profissionais e instituições de saúde (coerência);

permite agregar outros tratamentos, tais como: odontológicos, psicológicos e fonoaudiológicos, bem como oferecer auxílios para medicamentos, órteses óticas e materiais ortopédicos, até que o programa alcance o nível de atenção à saúde e de incentivo à qualidade de vida (humanismo); custos finais inferiores aos de planos de saúde equivalentes em outras modalidades do mercado (consistência); facilita ações conjuntas com o programa de saúde ocupacional (consistência); a organização é vista como promotora do bem-estar físico e social de seus empregados e dependentes. Esses fatos demonstram o alinhamento com os interesses dos usuários e também das patrocinadoras, e o cumprimento dos objetivos estratégicos da operadoras.

O ambiente de mercado das operadoras é muito regulamentado. Existem várias instituições reguladoras (ANS, Anvisa, MF) que interferem na sua operacionalização e estratégia a ser adotada. Esta regulamentação é pouco explicitada nas teorias sobre estratégia e estrutura.

A restrição encontrada foi a necessidade de outras formas de financiamento, ou seja, outras patrocinadoras. Este é apontado como um dos fatores limitativos da estratégia, principalmente da Metrus e da Sabesprev, que têm presença estatal.

A modalidade de autogestão é uma solução para a assistência à saúde dos beneficiários de instituições que possuem uma grande escala populacional. Nessa modalidade, as patrocinadoras e os beneficiários do plano pagam apenas pelos serviços utilizados. Não existe mercantilização, nem as sucessivas renegociações contratuais e seus prejuízos decorrentes.

As competências organizacionais são importantes para se discutir sua relação com as competências gerenciais e individuais. Inicialmente, as pessoas eram encaradas como um tipo de recurso na construção de competências. Barney (1991) classificava os recursos organizacionais em três categorias: físicos (plantas, equipamentos, ati-

vos); humanos (gerentes, força de trabalho, treinamento) e organizacionais (imagem, cultura). A literatura mais recente considera como recursos os conhecimentos e as habilidades que a organização adquire ao longo do tempo (KING *et al.*, 2002).

Sabe-se que as pessoas estão inseridas em todos os recursos, independentemente da forma como são classificadas e, conseqüentemente, estão presentes na geração e sustentação das competências organizacionais.

As operadoras têm na utilização e arranjo dos seus recursos a oportunidade de obter vantagens competitivas no mercado. O desenvolvimento das competências individuais e gerenciais são partes importantes na busca dessa vantagem competitiva. Não se encontraram na literatura formas de realizar esses arranjos de modo mais específico, como a ligação mais detalhada da articulação entre os três conceitos.

As estratégias das operadoras de planos de saúde, modalidade autogestão, são fortemente influenciadas pela regulamentação estatal (ANS). A legislação é complexa e às vezes conflitante, o que dificulta a definição de estratégia pelas operadoras. A regulamentação é colocada pelas teorias como um fator restritivo, mas estas não discutem nem exploram as contradições encontradas na regulação estatal como fatores limitativos.

A análise do risco e sua gestão são elementos colocados como fundamentais no estabelecimento da estratégia pelos gestores das operadoras. O indicador de sinistralidade é um dos principais indicadores das operadoras a serem monitorados. O interessante é que, embora seja estratégico, é um serviço terceirizado em uma das operadoras estudadas. As teorias sustentam que atividades ligadas ao *core business* da organização não podem ser terceirizadas.

As estruturas organizacionais são caracterizadas por uma burocracia profissional especializada, com forte necessidade de controle de suas ati-

vidades, e com órgãos colegiados que participam de decisões estratégicas. A burocracia profissional encontrada nas operadoras caracteriza-se mais como elemento de execução do que de concepção de estratégias nas três operadoras.

O conceito de competências individuais é entendido como conhecimento e qualificação dos funcionários. Não se faz a relação do conceito de competências com performance e resultados, e com a estrutura e a estratégia. Os papéis gerenciais, de uma forma geral, são entendidos e definidos, mas, com relação às suas competências gerenciais respectivas, encontra-se um pouco de dificuldade conceitual e de percepção por parte dos gestores das três operadoras.

O mercado de atuação dessas operadoras é visto como restritivo, os custos da assistência médico-hospitalar são crescentes, e as empresas compradoras de serviços têm com esse fato um aumento nos seus custos de manutenção dos planos de assistência à saúde. Esse contexto influencia a estratégia das operadoras no controle de seus custos e serviços oferecidos.

As operadoras dos planos de autogestão encontram, na terceirização dos quadros de funcionários das patrocinadoras e no processo de privatização das estatais, ameaças à sua continuidade. Isso é claramente identificado pelos gestores das três operadoras.

A lei dos planos de 1998 e a criação da ANS em 2000 definiram os papéis dos espaços público e privado na relação de prestação de serviços. São os grandes marcos regulatórios no entender dos gestores entrevistados, e determinantes na sua forma de atuação e na sua estrutura organizacional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amplitude e a complexidade das atividades interferem na fiscalização operacional dos planos

de saúde, por parte das agências reguladoras. Não se pode engessar essa relação com excessos de regulamentação e torná-la muitas vezes burocrática, sem geração de valor para a sociedade. A fiscalização interfere no desenho organizacional das operadoras, sua estrutura fica mais onerosa para poder fazer face às exigências governamentais.

O entendimento da gestão corporativa e seus controles ocorrem de forma a obedecer a princípios legais e metas e objetivos institucionais. Encontram-se indicadores estratégicos institucionalizados, e alguns estudos realizados para explicar as ações das operadoras, mas não de forma sistematizada como os propostos nos modelos citados.

As operadoras de planos de autogestão são instituições que, pela sua natureza e origem, têm um componente político-profissional muito forte. Foram fundadas para atender “os benefícios” de um universo de profissionais de empresas estatais.

A cultura organizacional das operadoras traz no seu interior a cultura das estatais, do nosso modelo de desenvolvimento das décadas de 1960, 1970 e 1980. A intervenção estatal no domínio econômico resultou na criação de um forte contingente de funcionários estatais especializados e muito politizados.

A força dos interesses dos funcionários das estatais é historicamente condicionadora da forma de agir das três operadoras e, portanto, no desenho de sua estratégia e estrutura organizacionais.

A escolha estratégica das operadoras deve ser feita a partir do mapeamento de seus recursos internos, das suas competências gerenciais e do meio ambiente político e institucional. O relacionamento com os *stakeholders*, as patrocinadoras, os empregados, os fornecedores, os prestadores e o Estado é fundamental. Os documentos analisados e as entrevistas com os gestores apontam nessa direção.

Encontram-se, por parte dos gestores, dificul-

dades conceituais na identificação das competências organizacionais das operadoras. Acredita-se, com as informações e dados da pesquisa, que algumas das competências organizacionais são as de controle e supervisão dos serviços terceirizados e a gestão de bancos de dados. E entende-se também que as competências organizacionais são formadas a partir dos arranjos das competências individuais e gerenciais na utilização dos recursos organizacionais. Já as competências gerenciais dos executivos das operadoras caracterizam-se como de negociadores de conflitos, de atendimento aos beneficiários e de controladores. As competências gerenciais também não são compreendidas pelos gestores das operadoras, segundo o modelo teórico proposto por Quinn.

REFERÊNCIAS

- BARNEY, J. B. Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, v. 17, n. 1, p. 99-120, 1991.
- BOYATZIS, R. E.; MCCLELLAND, D. C. Leadership motive pattern and longterm success in management. *Journal of Applied Psychology*, Washington, v. 67, iss. 6, p. 737-744, Dec. 1982.
- BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. A. Gestão de competências e gestão de desempenho humano: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo? *RAE-revista de administração de empresas*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 8-15, jan./mar. 2001.
- CHANDLER, A. *Strategy and Structure: The History of the American Industrial Enterprise*. Cambridge, MA: MIT Press, 1962.
- DUTRA, J. S. *Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna*. São Paulo: Atlas, 2004.
- FLEURY, M. T. L. et al. *As pessoas na organização*. São Paulo: Gente, 2002.
- FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. *Alinhamento de competências e estratégia*. *RAE-revista de administração de empresas*, São Paulo, v. 44, n. 1, 2006.
- HYLAND, P. et al. Linking team competences to organizational capacities in health care. *Journal of Health Organization and Management*, Northampton, v. 17, n. 3, 2003.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. *Mapas estratégicos: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis*. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
- _____. *Balanced Scorecard*. 22. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2006.
- KING, A. W.; FOWLER, S. W.; ZEITHAML, C. P. Competências organizacionais e vantagem: o desafio da gerência intermediária. *RAE-revista de administração de empresas*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2002.
- LE BOTERF, G. *De la compétence – Essai sur un acteur étrange*. 4. ed. Paris: Les Éditions d'Organisations, 1995.
- MCCLELLAND, D. C. Testing for competence rather than intelligence. *American Psychologist*, Washington, v. 28, n. 1, p. 1-4, 1973.
- MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.
- MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. *Safári de estratégias: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman, 2000.
- MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. *Teoria geral de administração*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.
- MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Campus, 1990.
- PARRY, S. B. The quest for competencies. *Training*, p. 48-54, July 1996.
- PENROSE, E. *The Theory of Growth of the Firm*. London: Basil Blackwell, 1959.
- PLANOS de Benefícios no Brasil: 26ª Pesquisa – 2007. Towers Perrin. Disponível em: <http://www.towersperrin.com/tp/getwebcachedoc?webc=BRA/2008/200808/Towers_Perrin_Pesquisa_Beneficios_2007_Final_LCK.pdf>. Acesso em: 25.out.2009.
- PORTER, M. E. *Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. São Paulo: Bookman, 2006.
- PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. *Competindo pelo futuro*. Rio de Janeiro: Campus, 1995.
- QUINN, R. E. et al. *Competências gerenciais: princípios e aplicações*. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
- REBOUÇAS, D. *Estruturas organizacionais: conceitos, metodologias e práticas*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1984.

RUAS, R. A problemática do desenvolvimento de competências e a contribuição da aprendizagem organizacional. In: FLEURY, M. T. L.; OLIVEIRA JR., M. M. *Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências*. São Paulo: Atlas, 2000.

SPENCER, L. M. JR.; SPENCER, S. M. *Competence at Work: Models for Superior Performance*. New York: John Wiley & Sons, 1993.

STECKELBERG, A. *et al.* How to measure critical health compe-

tences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Springer Science+Business Media*, Dordrecht (Hol.), v. 14, n. 1, Sep. 2007.

YIN, R. K. *Estudo de caso de planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZARIFIAN, P. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001.

ANEXOS

Quadro I – SABESPREV

1. Como você descreve o mercado de assistência médico-hospitalar hoje, para as operadoras? E no futuro?

- * A falta de regulação é um desafio;
- * Alto custo da assistência médica e de tendência crescente é um problema;
- * Mercado em adaptação e regulação (1998) – fusões e aquisições;
- * Objetivos de hospitais (vender mais) e classe médica (atender mais); As operadoras sofrem pressão para a venda de serviços;
- * A lógica da ANS restringe a atuação das operadoras, engessa o mercado;
- * O mercado associado ao setor público. Diminuição dos funcionários. Diminuição da receita;
- * A lógica da remuneração por insumos; o encolhimento do mercado, a ofensiva das medicinas de grupo e seguradoras.

2. Quais seriam as vantagens da operadora em formato de autogestão? E as desvantagens?

- * Vantagens: grupo fechado mantém o foco nos resultados; tratamento focado na qualidade, mercado cativo: não visa o lucro; população delimitada; melhor prevenção; custo menor.
- * Desvantagens: extrema burocratização; funcionário oneroso, pouca profissionalização e prestação de serviços como bem-estar e não como negócio; produtos deficitários para os aposentados; falta de escala; achar que todos têm o direito de reclamar de tudo; rede é menor, focada no cliente.

3. Como estão evoluindo as operadoras na modalidade de autogestão (em que direção)?

Tendência a ter:

- * união entre operadoras, para se conseguir tabelas de custo melhores;
- * um número pequeno de operadoras no mercado;
- * medicina preventiva, tratamento e controle de doenças crônicas, como prioridade buscando reduzir os custos.

4. Como são as relações e a divisão de poder entre o conselho de administração/ deliberativo e a direção da operadora? Como é a fiscalização das ações corporativas da operadora?

- * Pouco contato da gerência com a Diretoria e com o Conselho Deliberativo. A diretoria responde pelo Conselho e é indicada pelo mesmo. A relação é boa;
- * Conselho: observação às regras de atuação;
- * Planejamento estratégico realizado pelos diretores;
- * Gerente: não tem acesso ao Conselho;
- * Grupo de saúde – sindicatos debatem o modelo.
- * Auditoria feita pela Sabesp;
- * A fiscalização é feita por: Auditoria externa (Legislação), Tribunal de Contas, SPC (Previdência), ANS e Ministério Público;

* Reunião mensal do Conselho. O mesmo exerce a fiscalização.

5. Como funciona a área de informática? Banco de dados? Senhas e informações gerenciais? Grau de terceirização.

* O banco de dados não é administrado pela operadora. Para a operação do sistema há uma empresa terceirizada. Analistas de negócio são os funcionários de TI da empresa;

* Programas terceirizados – terceiriza a operação;

* Banco de dados corporativo: todas as informações estão no banco de dados.

6. As estruturas consultiva, deliberativa e de execução da operadora são ideais no seu entender?

* As estruturas correspondem quantitativamente às necessidades, mas qualitativamente não. Mais inteligência nas ações.

* Visão operacional. Três áreas importantes: tecnologia da informação, estatística e custos.

* A estrutura é ideal;

* Visão de risco. Deveria haver estudos de planejamento e desenvolvimento

* Maior autonomia das gerências junto à diretoria executiva.

7. Como é realizado o processo de formulação e execução da estratégia da operadora?

* A Diretoria é quem formula os planos de ação;

* A gerência participa com subsídios técnicos;

* O processo é participativo;

* A diretoria mapeia o cenário. A gerência atua na execução.

8. Como funciona o sistema de controle e avaliação de resultados da operadora? Corporativa ou gerencial?

* O sistema de controle e avaliação de resultados é feito através de diversos indicadores financeiros (custos despesas e receita por pessoa) e de saúde. Índices de reclamações;

* Avaliação de metas – gerente ganha bônus;

* Verificação do alinhamento com o plano de ação;

* Discussões sobre a avaliação.

9. Como é a relação da direção da operadora com a área de informações? E com o banco de dados?

* O banco de dados é de uma empresa terceirizada, logo o mesmo não é administrado pela operadora. A empresa terceirizada gerencia o banco de dados, a informática e os sistemas;

* Dependência com relação aos serviços terceirizados;

* Não tem sistema próprio;

* As relações são complexas;

* A relação é boa pelo lado da informática.

10. Temos, na operadora, os chamados “conflitos de agência”?

* Não tem “conflito de agência”.

* Gestão de risco: estratégia operacional e governança;

* Sabesp: conflito entre a contratante e os cotistas

11. Quais são os marcos regulatórios importantes no seu entender?

* Secretaria da Previdência Complementar (federal); lei da ANS/2000 e Lei 9.656/98;

* Resoluções 159/2007; 160/2007; 127/2006; 148/2006;

* Resolução 13 – SPC – Ministério da Fazenda – continuidade do negócio;

* De 2002 a 2008: uma norma por semana (regulação).

12. A operadora tem conselheiros externos independentes?

* Não tem.

13. Quais são os serviços terceirizados? E as parcerias?

* Distribuição de senhas, as auditorias de campo, as empresas de *home-care*, fisioterapia, curativos e oxigênio.

14. Quais as competências gerenciais que você assinala importantes numa operadora?

* Conhecimentos técnicos especializados (médicos); Modelos de saúde (estudar os já existentes); foco no cliente; relacionamento interpessoal e com o cliente e o conhecimento do mercado e da rede credenciada; gestão de pessoas; liderança; conhecimento de estratégia; conhecimento da população alvo.

15. Quais as competências organizacionais de uma operadora?

* Regulação e controle;
* Alinhamento dos órgãos reguladores e os terceiros prestadores;
* Alinhamento aos órgãos reguladores;
* Alinhamento aos terceiros;
* Inteligência interna;
* A estratégia de atendimento;
* Conhecimento dos riscos e das oportunidades.

16. Quais as competências individuais dos profissionais de uma operadora?

* Conhecimento médico especializado; estatística; enfermagem e direito; conhecimento do mercado e da rede credenciada; negociação; relacionamento com o cliente e pós-graduação; comprometimento; foco.

17. Qual a estrutura legal da autogestão?

* Regimento interno, estatuto, ANS e o organograma fornecem os elementos da estrutura legal.

18. Quem são os associados?

* Só a Sabesp;
* Não tem.

19. Quem são os patrocinadores?

* Só a Sabesp;
* A própria Sabesprev;

20. Qual o investimento que os patrocinadores e/ou assistidos irão fazer? Como serão distribuídos?

* Reformulação dos planos individuais; Risco do Sistema (CRL) e gerenciamento dos crônicos; medicina preventiva; tecnologia de informação; implantar o sistema corporativo-operacional – portal corporativo.

21. Qual é a estrutura organizacional da autogestão? Anexar um organograma com os respectivos cargos, conselhos e funções de cada um deles.

* Organograma anexo e no corpo do trabalho.

22. Quais os critérios de escolha dos membros do conselho deliberativo?

* O Conselho tem membros indicados e eleitos; está no estatuto;
* São 6 membros, sendo que 50% são indicados e 50% são eleitos;
* São 6 titulares e 6 suplentes.

23. Qual o grau de comunicação (e interdependência) entre a diretoria e o conselho?

* Há pouca comunicação entre ambos. Há uma assembleia extraordinária no final do ano. Comunicação transparente.

24. Como as decisões são tomadas na operadora?

* Conselho – ritual – “Assunto e poder jurídico”. Diretoria decide – área de gestão

25. Quais são os conselhos?

* Fiscal (composto por 8 membros) e Deliberativo (composto por 12 membros).

26. Quais os papéis desempenhados pelos diretores ou gerentes?

* Os diretores ou gerentes são responsáveis pela Controladoria; pelos pacientes internos e pelas contas hospitalares; pelos resultados finan-

ceiros, utilização de medicamentos e materiais; regulação;

* O gerente conduz a área. Gestão de controle. Gestão de pessoas;

* Expectativa: gerentes conduzam a área como um negócio.

27. Qual a periodicidade de reuniões e critérios para convocação de reuniões extraordinárias?

* Mensal;

* Ordinárias.

28. Como são os mandatos dos membros dos conselhos?

* está no regimento anexo.

29. Como a autogestão é gerida?

* A autogestão é gerida com a participação dos setores e das pessoas.

30. Quais as competências que o corpo gerencial tem e quais deveria ter?

* Regulação e negociação.

31. Quais são as responsabilidades da direção ou do núcleo de autogestão?

* Equilíbrio da carteira, “fazer com que o nosso beneficiário tenha o atendimento”.

32. Qual a autoridade da direção ou do núcleo de autogestão?

* Responsabilidade, autonomia e sabedoria;

* As previstas no estatuto.

33. Como o desempenho do diretor ou do corpo gerencial é avaliado?

* Pré-análise; indicador de glosa e média de permanência;

* Resultados: rentabilidade; satisfação do cliente e estrutura;

* Mediante *feedback*;

* Há a falta de um instrumento legal;

* Avaliação de resultados e metas agregados;

* Maturidade do corpo gerencial.

34. Como você gostaria que sua gestão fosse lembrada daqui a 5 anos?

* Equilíbrio dos planos individuais;

* Projeto de relacionamento da rede;

* Bom relacionamento e cuidou dos benefícios dos assistidos;

* Conseguiu melhorar a estrutura da T.I;

* Pelos resultados de rentabilidade e serviços;

* Infraestrutura adequada, TI e processos;

* Estruturei a Auditoria – Controladoria.

35. Como você enxerga a estrutura da operadora? Está desatualizada? É suficiente?

* A estrutura necessita de algumas definições (risco, custo, pagamento) efetuadas pela empresa terceirizada;

* Estrutura apertada, com gargalos.

36. Quais os benefícios conseguidos e os objetivos atingidos em sua gestão?

* Manter os indicadores dentro da meta;

* Estruturação da área de saúde;

* Melhorar a imagem e o *feedback* dos hospitais;

* Benefícios da equipe de enfermagem;

* Implantou o plano de contingência; entregou o banco de faturamento; entregou 50% do projeto de atendimento;

* Rentabilidade, satisfação e infraestrutura.

37. Quais as dificuldades encontradas na realização de suas atividades?

- * Dificuldade com os terceiros. “O controle fica nas mãos deles”;
- * Resistência de mudanças do pessoal interno;
- * Conseguir das unidades o que elas querem, ação de negócio;
- * Conseguir do setor o que eles querem;
- * Cultura de benefícios;
- * A rede demora a absorver as propostas.

38. Matriz SWOT – Forças/Fraquezas, Ameaças/ Oportunidades

- * Força: atendimento personalizado ao cliente;
- * Fraqueza: ser de uma só empresa (patrocinada);
- * Ameaça: a entrada da medicina de grupo;
- * Oportunidades: aumentar o número de patrocinadores.

39. Matriz BCG

- * Estrela: Plano Pleno Abacaxi: outros 2 planos e a remuneração por produção.

40. As cinco forças de Porter.

- a. Concorrência já existente.
- b. A entrada de novas concorrências.
- c. O poder de negociação dos clientes.
- d. O poder de negociação dos fornecedores.
- e. O aparecimento de produtos substitutos.

- * Governo é a principal preocupação;
- * A força dos 3.800 credenciados x 50.000 vidas;
- * Concentração do mercado;
- * Não sabe;
- * Não há concorrência; há pressão das prestadoras.

Quadro II – METRUS

1. Como você descreve o mercado de assistência médico-hospitalar hoje, para as operadoras? E no futuro?

- * Crise financeira, devido aos custos crescentes da assistência médico-hospitalar;
- * O atendimento de urgência é colocado como sendo da rede pública;
- * A autogestão não está focada no lucro;
- * O mercado é fechado;
- * Preocupação com a ANS – “regras cada vez mais complicadas para as operadoras”;
- * Médicos (maiores prejudicados) - estão contidos em sua remuneração. Visão/ maneira sofrível de concorrência;
- * Modelo de hoje reproduz o produto de consumo: crise à vista;
- * Mercado fechado;
- * É viável seu crescimento;
- * As operadoras não têm controle das prestadoras de serviços.

2. Quais as vantagens da operadora em formato de autogestão? E as desvantagens?

- * Vantagens: Foco no benefício e na qualidade. Proximidade com o paciente;
- * Serviço não é restrito/não dificulta o acesso/gerente não é treinado para dizer não;
- * Só falta “carregar o paciente no colo”;
- * É limitado;
- * Desvantagem: abuso dos serviços. Necessidade de compreensão por parte do usuário. Atende parcela pequena da população.

3. Como estão evoluindo as operadoras na modalidade autogestão (em que direção)?

- * Programas de prevenção;
- * Sentimento de ter uma certa verticalização – hospital próprio, não pode ficar somente como financiador;
- * Espremida pela “medicina do grupo” – a grande ameaça;
- * Segmento vai aumentar;
- * Mercado estagnado / Criam-se mercados através das aquisições;
- * Plano a longo prazo – poder de controlar custos. O hospital para de dar sustentabilidade e integração vertical.

4. Como são as relações e a divisão de poder entre o conselho de administração/deliberativo e a direção da operadora? Como é a fiscalização das ações corporativas da operadora?

- * Conselho Deliberativo (Indicado e eleito) bem ativo. Os três diretores são do Metrô;
- * Área de Planejamento e Conformidade. Secretaria de Previdência Complementar – exige a Governança Corporativa;
- * A empresa é ávida por “customização”. Ficam fáceis a fiscalização e a prestação de contas;
- * Auditoria externa (contábil e financeira). TCE (Tribunal de Contas do Estado) – Conselho fiscal. INSS – Conselho Deliberativo e ANS;
- * O maior fiscal é o participante;
- * As relações entre Conselho e Diretoria são próximas. O Comitê de Gestão tem empregados e reúne-se mensalmente;
- * Área de conformidade – análise de riscos;
- * ANS e o Conselho fiscal; empresa ávida por customização. Ficam fáceis a fiscalização e a prestação de contas;
- * Comitê de Gestão tem a função de “pegar” o sentimento do participante. Está parametrizado e regulamentado.

5. Como funciona a área de informática? Banco de dados? Senhas e informações gerenciais? Grau de terceirização.

- * Desenvolvimento de *softwares*;
- * Comprou o direito de utilizar *softwares*.

6. As estruturas consultivas e de execução da operadora são ideais no seu entender?

- * A estrutura hierárquica é mais que suficiente. Há dificuldade na área de informática;
- * Comitê de Gestão. Órgão de aconselhamento composto por funcionários dos sindicatos, por aposentados e patrocinadores;
- * Comitê de Investimento;
- * Separação das áreas administrativas, RHs, atendimento e controladoria da área de tecnologia da informação;
- * Necessita de um núcleo de informática e um núcleo de regulação;
- * A área de saúde tem 25 funcionários em um total de 100;
- * Regulação de procedimentos;
- * Qualificação do Trabalho. Secretaria da previdência Complementar.

7. Como é realizado o processo de formulação e execução da estratégia da operadora?

- * O orçamento dá o tom / ele é engessado;
- * Há metas por área e metas institucionais;
- * Planejamento estratégico informativo (subsídio);
- * Foi a medicina de grupo que determinou – influência sobre a ANS. TISS é uma loucura.

8. Como funciona o sistema de controle e avaliação de resultados da operadora? (Corporativo ou gerencial)?

- * RHs não tem. Os resultados funcionam em torno de áreas funcionais. Os funcionários têm participação nos resultados. As áreas possuem um conjunto de metas a serem atingidas;
- * Pesquisa para controlar a imagem;
- * Pelas pesquisas. A da ANS, apesar de bem avaliada, é muito vaga. Pesquisa de satisfação muito boa e feita por eles;
- * Não tem Balanced Scorecard. Tem relatórios. Custos ABC. Não tem resultado, nem métrica. Não tem necessidade.

9. Como é a relação da direção da operadora com a área de informações? E com o banco de dados?

- * Empresa terceirizada de informática fornece os aplicativos. Tem também TI próprio. Os aplicativos são sobre o banco de dados;
- * A conectividade é terceirizada.

10. Temos, na operadora, os chamados “conflitos de agência”?

- * Não tem “conflitos de agência”;

* Criação do Comitê do Metrus Saúde para casos que fogem da rotina

11. Quais são os marcos regulatórios importantes no seu entender?

- * ANS;
- * Lei 8666/93;
- * RN 13/2007; RN 14/2007 e RN 159/2007.

12. A operadora tem conselhos externos independentes?

Não. Há somente auditoria externa – contábil/financeira

13. Quais são os serviços terceirizados? E as parcerias?

- * Auditoria externa e sistemas de informação;
- * Não há parcerias;
- * Auditoria médica/ informática (conectividade);
- * Unimed/ auditor/ controle atuarial.

14. Quais as competências gerenciais que você assinala importantes numa operadora?

- * Conhecimento da Legislação;
- * Saber trabalhar em equipe;
- * Ter flexibilidade;
- * Conhecimento sobre prevenção;
- * Foco assistencial / respeito com o participante e com o prestador;
- * Conhecimentos técnicos/ protocolos clínicos/ acompanhamento econômico financeiro.

15. Quais as competências organizacionais de uma operadora?

- * Credibilidade, qualidade, transparência e inovação;
- * Atendimento do cliente;
- * Visão do mercado;
- * Clientela específica - “o cliente é participante”;
- * Seu principal ativo são as pessoas.

16. Quais as competências individuais dos profissionais de uma operadora?

- * Boa vontade, iniciativa, saber ouvir e comunicação;
- * Conhecimento do geral da saúde;
- * Pró-atividade;
- * Receptividade sobre os outros.

17. Qual a estrutura legal da autogestão?

- * Regimento interno;
- * Grupo fechado de empresas/ reservas fiscais têm vantagens.

18. Quem são os associados?

- * Não tem;
- * Metrô e Metrus.

19. Quem são os patrocinadores?

- * Metrô e Metrus.

20. Qual o investimento que os patrocinadores e/ou assistidos irão fazer? Como serão distribuídos?

- * Programa de Prevenção;
- * Arquitetura da TI – atendimento ao participante;
- * Prevenção em saúde / doenças crônicas.

21. Qual é a estrutura organizacional da autogestão? Anexar um organograma com os respectivos cargos, conselhos e funções de cada um deles.

* Organograma e o estatuto estão anexos. Têm no corpo do trabalho.

22. Quais os critérios de escolha dos membros do conselho deliberativo?

* Indicação e eleição: “Os conselheiros tem um curso preparatório”. “Como são eleitos, muitas vezes não estão preparados.”

23. Qual o grau de comunicação (e interdependência) entre a diretoria e o conselho?

* Comunicação é problema entre os gerentes (as gerências);

* Fácil.

24. Como as decisões são tomadas na operadora?

* Decisões técnicas - a gerência / decisões administrativas – a gerência e o Comitê de Gestão – essas decisões podem ser alteradas pelo diretor;

* Mais poder para os gerentes;

* O regulamento norteia as principais decisões.

25. Quais são os conselhos?

* Fiscal e Deliberativo.

26. Quais os papéis desempenhados pelos diretores ou gerentes?

* Regulação dos planos / enquadramento. 2 - Controle. 3 - Propor alternativas e soluções;

* Próximo, absenteísmo e pontualidade;

* Parte administrativa e contas médicas.

27. Qual a periodicidade de reuniões e critérios para convocação de reuniões extraordinárias?

Reuniões mensais (contas) e semanais (rotina).

28. Como são os mandatos dos membros dos conselhos?

* Regime interno.

29. Como a autogestão é gerida? (no dia a dia da empresa)

* Democrática e transparente. Proativa e empreendedora;

* Ver o lado social.

30. Quais as competências que o corpo gerencial tem e quais deveria ter?

* Organização, planejamento e cumprimento dos prazos;

* Civil criminal e responde com o patrimônio.

31. Quais são as responsabilidades da direção ou do núcleo de autogestão?

* ANS e CRM: presta conta;

* Responsabilidade de relacionamento;

* A diretoria gera regras gerais. O comitê julga;

* Responsabilidade solidária.

32. Qual a autoridade da direção ou do núcleo de autogestão?

* Autoridade técnica do plano (gerente em saúde);

* Pagamento da folha/ margem.

33. Como o desempenho do diretor ou do corpo gerencial é avaliado?

* Através das metas;

* Pela forma de agir no dia a dia;

* Tem metas. Não tem avaliação;

- * Não tem avaliação;
- * No grupo, através da avaliação de metas anuais;
- * Técnico – administrativo – participativo.

34. Como você gostaria que sua gestão fosse lembrada daqui a 5 anos?

- * Aprendizagem e compartilhamento de conhecimento;
- * Contribuir para melhorar;
- * Saudades/ contribuição ética;
- * Arquitetura de informação/ plano de carreira;
- * Como um dos colaboradores.

35. Como você enxerga a estrutura da operadora? Está desatualizada? É suficiente?

- * Falta enfermeira e um núcleo de regulação;
- * Duas áreas: projetos de atuação preventiva e controle de doenças crônicas;
- * Tecnologia da informação.

36. Quais os benefícios conseguidos e os objetivos atingidos em sua gestão?

- * Estruturar a área; conseguir delegar e integrar a equipe;
- * Aumento do grupo funcional; Alterações das regras de aumento dos benefícios;
- * Preocupação com a ética; rigor técnico; governança participativa.

37. Quais as dificuldades encontradas na realização de suas atividades?

- * Falta de comunicação;
- * Falta de estrutura;
- * A infraestrutura de pessoal é carente;
- * Falta de pessoal/ menos execução e mais concepção;
- * Dificuldade externa – convivência de parceria com as prestadoras de serviço.

38. Matriz SWOT – Forças/ Fraquezas, Ameaças/Oportunidades.

- * Fraqueza: morosidade, comunicação interna e externa; poder; centralização, controle financeiro e prestadoras (hospitais); falta de sinergia;
- * Força: credibilidade; transparência; qualidade dos serviços e da rede credenciada;
- * Oportunidade: multi financiamento, multi patrocínio; novos patrocinadores;
- * Ameaça: não ter assistência à saúde; medicina de grupo; custos crescentes; quantidade de patrocinadores;

39. Matriz BCG.

- * Vaca leiteira: MSI (ativos – 22.000 vidas; 7.500 funcionários); Plano odontológico;
- * Não tem vaca leiteira;
- * Abacaxi: MSE (agregados e aposentados – 2.000 vidas); Aposentados;
- * Estrela: MSB (básico – 2.000 vidas); MSO (odontológico): vedete, (1.500 vidas);

40. As cinco forças de Porter.

- * Mercado Massificado: medicina de grupo, cooperativas e seguradoras;
- * Poder de negociação dos credenciados;
- * Material e medicamento são a principal pressão;
- * O poder de negociação dos clientes, o poder de negociação dos fornecedores e o aparecimento de produtos substitutos influenciam o processo decisório;
- * Novas concorrências: Unimed mais barata; poder de negociação com os fornecedores: encomenda.

Quadro III – FUNDAÇÃO CESP

1. Como você descreve o mercado de assistência médico-hospitalar hoje, para as operadoras? E no futuro?

- * Mercado médico-hospitalar estagnado e mercado odontológico em crescimento;

- * Empresas abaixam a qualidade dos planos de saúde (diagnóstico), para terem menores custos;
- * Privatização é o perigo;
- * Medicina de grupo – Impõe dificuldade dos recursos, tem escala, o mercado tem características agressivas e é um mercado competitivo;
- * Autogestão: busca o uso adequado, procura evitar fraudes. Atendimento humanizado; várias instâncias de comunicação com o usuário;
- * Mercado competitivo – acirrado – aprimoramento institucional;
- * Centralização nos grandes planos – tende à diversificação das operadoras de pequeno porte para atender os nichos de mercado. Razão da sobrevivência destas;
- * O mercado vai se concentrar lentamente. Não ficará mercado para os pequenos;
- * Classe C tem acesso aos planos de saúde dos hospitais cujo custo é mais acessível;
- * O mercado não cresce no interior. Pressão da Unimed.

2. Quais seriam as vantagens da operadora em formato de autogestão? E as desvantagens?

- * Vantagens: assistência ao usuário, atendimento humanizado, várias instâncias de comunicação; cobertura bastante ampla, não busca o lucro. O negócio é prestar assistência à saúde; planos personalizados; desenho do plano que melhor atende aos interesses; (flexibilidade); o custo é competitivo;
- * Desvantagens: Cultura administrativa é paternalista; o atendimento é a questão social; o funcionário faz parte do problema.

3. Como estão evoluindo as operadoras na modalidade de autogestão (em que direção)?

- * Crescimento lento;
- * Restrição das seguradoras e medicinas de grupo oferecem top para os executivos, enfermaria para o peão;
- * Competição pela captação de mão de obra especializada (profissional) - Oferecer o plano ao bom empregado;
- * Controle de custo é o foco atual das operadoras;
- * Concentração lenta.

4. Como são as relações e a divisão de poder entre o conselho de administração/ deliberativo e a direção da operadora? Como é a fiscalização das ações corporativas da operadora?

- * Quatro grandes instâncias:
 - 1º Conselho deliberativo e conselho fiscal
 - 2º Presidente
 - 3º Diretoria de previdência e diretoria de benefícios.
 - 4º Gerência Administrativa em saúde. (defende as propostas no conselho).
- * Muitos regulamentos e burocracia, mas é importante;
- * Fiscalização: Auditoria interna – os procedimentos normalizados nas relações conselho/operadora. b) Auditoria externa. C) auditoria dos patrocinadores d) conselho fiscal;
- * O conselho é soberano na aprovação e definição;
- * A direção tem abertura, porém o conflito acaba aparecendo (interesses);
- * Conflito organizacional. O Conselho é conflitante. Capital x trabalho (representantes);
- * Dupla fiscalização: SPC e ANS.

5. Como funciona a área de informática? Banco de dados? Senhas e informações gerenciais? Grau de terceirização.

- * Ponto de estrangulamento – meu objeto de trabalho é a informática. Banco de dados – informação. Superestimação do “byte”;
- * Capacidade de informação, não de dados;
- * Processamento de rotinas – operacional – Informática – ATT Scan. Ferramentas “não atendem às necessidades”;
- * Desgaste com a terceirização. Hoje é própria;
- * Terceirização do atendimento, senhas e o processamento do faturamento;

6. As estruturas consultiva, deliberativa e de execução da operadora são ideais no seu entender?

- * A saúde sobrecarrega a área de benefícios. Ter uma diretoria de saúde;
- * A ANS troca de informação na saúde suplementar/ TISS (é um documento que padroniza): vai reduzir custo; Área administrativa dentro da área de negócios;
- * A ANS legisla sobre operadoras, não legisla sobre prestadoras de serviços (hospitais, clínicas).

7. Como é realizado o processo de formulação e execução da estratégia da operadora?

- * Plano de ação e metas. (a gerência de saúde trabalha na formulação do plano de ação). 80%meta satisfação;
- * As metas que são definidas na assembleia;
- * Pesquisa de satisfação do usuário;
- * Controle de custo e qualidade;
- * Subsídio técnico é dado pela gerência.

8. Como funciona o sistema de controle e avaliação de resultados da operadora? (Corporativa ou gerencial).

- * Controle através de indicadores;
- * Não há controladoria;
- * Através de metas / as metas são anuais. Bônus anual com base no plano de metas. Tem a avaliação de desempenho.

9. Como é a relação da direção da operadora com a área de informações? E com o banco de dados?

- * Relações com as contratadas:
 - Processamento de contas;
 - Planejamento epidemiológico (médico e enfermeiro);
 - TI (nós);
 - CRC (regulação);
- * Responde às necessidades;
- * Boa. Dependência do banco de dados.

10. Temos, na operadora, os chamados “conflitos de agência”?

- * Não tem conflitos de agências internos, mas tem externos entre as agências que regulamentam. (ANS e SPC);
- * Tem conflito – interesses são múltiplos – briga de poder.

11. Quais são os marcos regulatórios importantes no seu entender?

- * SPC – Ministério da Fazenda;
- * Lei da Cobertura 1998 (cobertura ampla);
- * ANS (2000);
- * RN 167/07;
- * TISS vai ser uma revolução;
- * RN 137 e 160/07;
- * O processo de privatização em 1994 foi o grande marco.

12. A operadora tem conselheiros externos independentes?

- * Não;
- * Não tem área comercial. O gerente de saúde vai em busca dos clientes.

13. Quais são os serviços terceirizados? E as parcerias?

- * Auditoria externa (médica);
- * Regulação – empresa terceirizada;
- * Digitação;
- * Programas de monitoramento de crônicos (empresa terceirizada).

14. Quais as competências gerenciais que você assinala importantes numa operadora?

- * Formação em gestão de saúde; conhecimento do mercado; ousar na relação com o prestador de serviços;
- * Gestão de pessoas;
- * Liderança.

15. Quais as competências organizacionais de uma operadora?

- * Custo benefício e custo efetividade. Fundamental conhecer a saúde do usuário;
- * Conhecimento de mercado, regulamentação dos serviços, conhecimento das prestadoras de serviço;
- * Cria as formulações técnicas;
- * Gerenciamento de regulamento;

* Visão e estratégia de negócio.

16. Quais as competências individuais dos profissionais de uma operadora?

- * Dedicção e comprometimento;
- * Isto não é competência (desconhecimento sobre como trabalhar as competências – Comentário Djair);
- * Flexibilidade, comunicação e negociação;
- * “Ter conhecimento da saúde”;
- * Jogo de cintura / versatilidade.

17. Qual a estrutura legal da autogestão?

- * Atende, mas vai passar por uma revisão de processos;
- * Tem no regimento interno.

18. Quem são os associados?

- * Não tem;
- * Conveniados: empresas elétricas de outros estados, CDHU.

19. Quem são os patrocinadores?

- * Tem quatorze patrocinadoras, entre elas a CPFL, CESP CTEP, EMAE e a ELEKTRO.

20. Qual o investimento que os patrocinadores e/ou assistidos irão fazer? Como serão distribuídos?

- * Tecnologia da informação;
- * Ampliação dos programas de crônicos;
- * TISS é colocada como uma solução;
- * Reformular o programa odontológico.

21. Qual é a estrutura organizacional da autogestão? Anexar um organograma com os respectivos cargos, conselhos e funções de cada um deles.

- * Organograma no corpo do trabalho.

22. Quais os critérios de escolha dos membros do conselho deliberativo?

- * Indicação e eleição (vide estatuto).

23. Qual o grau de comunicação (e interdependência) entre a diretoria e o conselho?

- * Reunião mensal (só me reúno para apresentar propostas);
- * Atraso no envio das informações, repercussão negativa;
- * Tranquilidade;
- * É boa e rápida.

24. Como as decisões são tomadas na operadora?

- * De cima para baixo e de baixo para cima;
- * Manual de delegação.

25. Quais são os conselhos?

- * Órgão máximo é a assembleia geral.

26. Quais os papéis desempenhados pelos diretores ou gerentes?

- * Resolver a questão estrutural;
- * Definição do modelo da rede/ negociação;
- * Interface entre conselho/estrutura e colaboradores;
- * Cumprimento de prazos, pagamentos, créditos e obtenção de resultados.

27. Qual a periodicidade de reuniões e critérios para convocação de reuniões extraordinárias?

* Mensais.

28. Como são os mandatos dos membros dos conselhos?

* Estatuto.

29. Como a autogestão é gerida?

- * Proximidade entre o RH e o usuário é o grande diferencial;
- * Através dos conselhos e associações.

30. Quais as competências que o corpo gerencial tem e quais deveriam ter?

- * Não tem: criatividade, proatividade, empreendedorismo e planejamento;
- * Tem: conhecimento de mercado. Não tem planejamento.

31. Quais são as responsabilidades da direção ou do núcleo de autogestão?

- * Corresponsabilidade com a prestação de serviços;
- * Renovação da área. Ligação com o conselho;
- * Satisfação do usuário. No chão da loja estão as verdades;
- * SAC; presencial; telefônico (70%); escrito; por produto;
- * Por metas em cascata;
- * 10% comportamental, 20% chefia e 70% especialidade;
- * Paga bônus ao funcionário, pelo atingimento das metas;
- * Gerenciamento dos planos.

32. Qual a autoridade da direção ou do núcleo de autogestão?

- * Maior autoridade dentro da saúde;
- * Delimita a rede (contratação e revisão);
- * Segue a lei da previdência para fazer a análise de risco.

Obs.: O programa de riscos é feito por empresa terceirizada – Risk-Office

33. Como o desempenho do diretor ou do corpo gerencial é avaliado?

- * Avaliação em função de metas;
- * Avaliação comportamental e comprometimento funcional;
- * Negociação com os colaboradores.

34. Como você gostaria que sua gestão fosse lembrada daqui a 5 anos?

- * Reestruturação da rede, rede referenciada, direcionar o atendimento, contato maior com o cliente, fidelização, paciente é importante;
- * Estrutura organizacional dividida em área administrativa e área de negócios;
- * “Concepção dos planos”.

35. Como você enxerga a estrutura da operadora? Está desatualizada? É suficiente?

- * Atualizada;
- * Revisão de toda a estrutura.

36. Quais os benefícios conseguidos e os objetivos atingidos em sua gestão?

- * Equacionamento financeiro;
- * Resolveu programas de litígio no conselho e o plano é reconhecido - 85% de aceitação. Visão técnica de alta qualidade;
- * Abertura de canais em termos de relacionamento.

37. Quais as dificuldades encontradas na realização de suas atividades?

- * “Cultura Organizacional” e relacionamento com as empresas patrocinadoras da Cesp – autogestão;
- * Não consegue focar no projeto: muitas atribuições;
- * “Volume” de trabalho; Componentes programados x atividades rotineiras.

38. Matriz SWOT – Forças/Fraquezas, Ameaças/Oportunidades.

- * Força: ser humano, nome no mercado, qualidade e custo são equacionados; flexibilidade;
- * Fraquezas: comunicação; dificuldade de ampliação dos beneficiários e visão paternalista; demanda administrativa;
- * Ameaças: Limite de custo (cirurgia plástica), planos mais baratos, concorrência seguradora e diminuição dos custos; custos administrativos;
- * Oportunidades: Melhorar este custo com entrada de novas empresas patrocinadoras. Mudar o estatuto e oferecer para o mercado e prevenção de saúde; antecipação dos fatos.

39. Matriz BCG.

- * Abacaxi: ANS (recurso financeiro), idoso, saúde e o volume de transações com as prestadoras, aposentados;
- * Vaca leiteira: plano executivo, plano dos ativos e a cobrança interna dá um norte (direção), plano faixa dos jovens.

40. As cinco forças de Porter.

Concorrência já existente

A entrada de novas concorrências

O poder de negociação dos clientes

O poder de negociação dos fornecedores

O aparecimento de produtos substitutos

* Concorrência no mercado: - Materiais de alto custo pressionam o mercado;

- prestadores de serviços;

- laboratórios que não tem concorrência;

- Fornecedores de prótese;

- os materiais e medicamentos antes contribuíam com 40% dos custos e hoje contribuem com 60%. Os honorários médicos antes eram 12% dos custos, hoje são 10%.

* Grandes empresas, comprando os hospitais;

* Planos locais e redes locais - motivos de acesso (interior do estado);

* O aparecimento de produtos substitutos é a principal ameaça;

* Entrada de novos concorrentes.

OBS:

* Plano participação - limite do grau de parentesco - 3º grau. ANS;

* Fluxo de informações via Unimed é misturado. Call center;

* Saúde não pode trabalhar acima do script. Tem que ter o serviço e plano não vai falir;

- caso 3.000 vidas / 1 caso dobrou a despesa;

- com a ANS houve melhoras, antes era uma farrá;

- reserva funciona como capital - garantir que não gaste com outras coisas;

- tem que ter a reserva, o plano não vai falir;

- ser corresponsável sem restringir;

- 120.000 - 10.000: classificado de alto risco (plano de prevenção);

* Autorização x faturamento 2.500 - 20%;

* Rede preferencial -> alguns contratados -> direcionados - a ideia é tirar do pronto socorro. (é mais caro);

* Seção de operação e controle = 39 funcionários;

* Fundação Cesp = 100 funcionários.