



EAESP

GV PESQUISA

**ESTRATÉGIA, ESTRUTURA E
COMPETÊNCIAS: ESTUDO DE CASO DE
TRÊS OPERADORAS DE PLANOS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE, MODALIDADE
AUTOGESTÃO**

Relatório 17/2008

DJAIR PICCHIAI

“A verdade não se revela de forma absoluta em um ou outro texto, teórico, interpretativo da realidade objetiva. Cada interpretação contém uma físcia da verdade”.

J. Habermas

AGRADECIMENTOS

À GV Pesquisa pelo apoio material.
Às três operadoras participantes da pesquisa: Sabesprev, Metrus e Fundação Cesp,
representadas por seus dirigentes e funcionários.
Às monitoras Anne Caroline Oliveira Ramos
(CEAHS), Bárbara Novack (CEAG) e Alessandra Pereira (CEAHS) pelo apoio operacional.
A todos que compartilharam desta pesquisa, pois foi uma experiência extremamente
gratificante a realização da mesma.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Apresentação
Importância
Objetivos
Justificativa

I - CARACTERIZAÇÃO DAS OPERADORAS

1. Sabesprev Saúde
2. Metrus – Instituto de Seguridade Social
3. Fundação Cesp

II) CONCEITOS

1. Estratégia
 1.1 Planejamento estratégico
2. Estrutura
3. Competências
 3.1 – Modelos gerenciais
 3.2 – Papéis gerenciais
 3.3 – Competências

III) METODOLOGIA

IV) DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

4.1 Entrevistas resumidas
4.2 Quadros de competências declaradas
4.3 Considerações sobre as operadoras
 4.3.1 Sabesprev
 4.3.2 Metrus
 4.3.3 Fundação Cesp

V) CONSIDERAÇÕES FINAIS

BIBLIOGRAFIA

LISTA DE FIGURAS

- I.Mensuração da estratégia
- II.Planejamento estratégico
- III.As cinco forças competitivas de Porter
- IV.Estratégia, Competências organizacionais e Individuais
- V.Competência, Aprendizagem e Estratégia
- VI. Competências como fonte de valor para o indivíduo e para a organização
- VII.Divisão dos papéis nos quatro modelos
- VIII.Perfil ineficaz
- IX.Perfil eficaz

LISTA DE QUADROS

- I.Caracterização das operadoras participantes
- II.Resultado – Operadoras – modalidade em Autogestão – Sabesprev
- III.Resultado – Operadoras – modalidade em Autogestão – Metrus
- IV.Resultado – Operadoras – modalidade em Autogestão – Fundação Cesp
- V.Competências – Sabesprev
- VI.Competências – Metrus
- VII.Competências - Fundação Cesp

LISTA DE TABELAS

- I. Beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade da operadora (Brasil – 2000-2007)
- II.Tipo das operadoras – por custos
- III.Distribuição das operadoras por faixa de beneficiários
- IV.Porte das operadoras – modalidade autogestão - por número de beneficiários
- V. Porte das operadoras – por número de funcionários
- VI.Porte das empresas – por receita operacional bruta anual
- VII.Características dos quatro modelos gerenciais

LISTA DE ORGANOGRAMAS

- I.Os Conselhos – Sabesprev
- II.Estrutura organizacional – Sabesprev
- III.Estrutura organizacional – Metrus
- IV.Estrutura da Gerência Metrus Saúde
- V.Estrutura organizacional - Fundação Cesp
- VI.Estrutura da área da saúde - Fundação Cesp

QUADRO DE SIGLAS

ANS	Agência nacional de saúde suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCG	<i>Boston Consulting Group</i>
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CESP	Companhia energética de SP
CGPC	Conselho de gestão e Previdência Complementar
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CRM	Conselho Regional de Medicina
GMS	Gerência Metrus Saúde
IDEC	Instituto Brasileiro de defesa do Consumidor
MF	Ministério da Fazenda
MSB	Metrus Saúde Básico
MSE	Metrus Saúde Especial
MSI	Metrus Saúde Integral
MSO	Metrus Saúde odontológico
PROCON	Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor
PSA	Pesquisa de Satisfação do Atendimento
RN	Resolução Normativa
SABESP	Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas empresas
SEST	Secretaria de Controle de Empresas Estatais
SIGBEN	É um software moderno que integra as áreas de saúde, de previdência e administrativa da empresa numa única plataforma
SPC	Secretaria de Previdência Complementar
SWOT	<i>Strengths, weaknesses, opportunities and threats</i>
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TI	Tecnologia da Informação
TISS	Troca de Informações em Saúde Suplementar
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

ANEXOS

Legislação – Lei dos planos de saúde complementar

Lei da criação da ANS

Estatuto Sabesprev

Estatuto Metrus

Estatuto Fundação Cesp

Questionário respondido pelos entrevistados – Operadoras – Modalidade em autogestão

Quadro de competências preenchido pelos entrevistados

Relação dos entrevistados

INTRODUÇÃO

Apresentação

Atuando como professor, pesquisador, executivo e consultor nas áreas de estratégia, estrutura organizacional e gestão de pessoas, constatei nestes anos de trabalho, como os conceitos de estratégias, estrutura e competências gerenciais necessitam estabelecer entre si uma relação muito forte de alinhamento, consistência e coerência. Esta necessidade aparece na literatura acadêmica, nas tomadas de decisões empresariais, na explicação de situações e problemas organizacionais e nos seus mais variáveis níveis de decisão na hierarquia organizacional, ou mesmo nas decisões em contexto de alta complexidade técnica.

As relações entre estes conceitos vem sendo estudada há algum tempo. Como historicamente estes conceitos recebem novos enfoques e contribuições, e as relações também se modificam na prática com o tempo, temos uma evolução teórica e prática. Em termos teóricos podemos dizer que os conceitos são categorias que evoluem, tentando explicar o contexto histórico e a realidade organizacional estudada. A prática fica na dependência das variáveis de contexto, como a tecnologia, a localização, a história, a cultura, a clientela, e outras e das experiências obtidas e acumuladas pelas organizações ao longo do tempo.

O alinhamento (direção do eixo; medindo; nivelando), a coerência (formando um todo lógico) e a consistência (firmeza; solidez) entre estratégia, estrutura e competências gerenciais formam um conjunto de conceitos importantes e relevantes no fortalecimento organizacional e eficácia gerencial das instituições, o que requer estudos contínuos. A busca da aplicação destes princípios de alinhamento, coerência e consistência requer um esforço de decisões e ações muito grande por parte das organizações e de seus gestores.

A formulação e a execução da estratégia, o desenho da estrutura organizacional, a alocação de recursos e o desenvolvimento das competências gerenciais obedecem a uma lógica que se inicia no olhar para fora da organização, como apreendido no conceito de estratégia competitiva de Porter (1980), ao mesmo tempo em que internamente, a organização vai capacitando e desenvolvendo seus recursos, como colocado pela teoria da visão baseada nos recursos da firma, *Resource Based View of the Firm* (RBV) de Barney (1991) e Penrose (1959) e também pelo conceito de competências essenciais de Prahalad (1995).

Os princípios de alinhamento, coerência e consistência entre estratégia, estrutura e competências aumentam a competitividade das organizações, pois fortalecem a operacionalização de seus recursos internos. A melhor funcionalidade interna e o aumento da competitividade de uma operadora de planos de assistência à saúde passam pela análise desses elementos, e suas inter-relações que fundamentam uma boa gestão. A descrição e análise da estratégia, da estrutura organizacional e de seus resultados e de seu quadro gerencial em termos de competências, nos fornecem informações relevantes para a compreensão da operadora de planos de assistência à saúde, de seus acertos, dificuldades e problemas de gestão.

A preocupação final é com a melhoria da eficiência (economia de meios e racionalização de processos), da eficácia (detenção de resultados e atingimento de objetivos) e da efetividade (maior interação com o ambiente, permanência e o impacto de atuação na sociedade) na utilização dos recursos, ou seja, como os recursos são utilizados, os resultados obtidos e os possíveis impactos no ambiente. Os limites são impostos pelas relações profissionais historicamente estabelecidas, pelo padrão de qualidade dos serviços desejados, pelos princípios éticos e humanitários nas relações de trabalho. A análise organizacional das operadoras não foi apenas econômico-financeira, de verificar suas receitas e despesas e a busca de maior superávit financeiro, também ganham relevância as variáveis organizacionais (estratégia, estrutura), profissionais (competências) e humanitárias (benefícios ao trabalhador). A análise buscou ser holística (visão conjunta do todo e das partes) e integradora (relação e interação entre as partes). É uma análise preponderantemente organizacional.

Muitas vezes o caminho estabelecido pela estratégia não tem o retorno desejado por problemas de estrutura. A estratégia é que deve determinar a estrutura para podermos ter um foco melhor na execução da

estratégia (CHANDLER, 1962; MINTZBERG, 1995). Os papéis a serem desempenhados pelas pessoas na estrutura não são claros, o trabalho em equipe se torna uma ilusão e a sinergia se perde (QUINN, 2003). A formulação da estratégia muitas vezes não é explicitada, o que acarreta problemas de execução. A execução é cada vez mais relevante, não basta apenas a boa formulação da estratégia. Sua operacionalização, seu controle e sua avaliação também são importantes (KAPLAN, 2004).

As estratégias são formuladas antes de serem implementadas, o planejamento é o processo central da formulação, e as estruturas organizacionais precisam ser projetadas para implementar essas estratégias (MINTZBERG, 1995).

As competências gerenciais foram analisadas obedecendo às características individuais dos funcionários (subjektividades e singularidades), suas competências individuais, mas olhando principalmente para a estratégia organizacional, conforme colocado por Fleury (2004).

Os modelos organizacionais adotados para execução da estratégia determinam os papéis gerenciais e estes, por sua vez, as competências gerenciais necessárias ao desempenho dos papéis. (QUINN, 2003). Os modelos organizacionais são padrões de comportamento observados dos colaboradores. São compostos por variáveis comportamentais e estruturais e pela relação entre elas. As competências gerenciais são determinadas a partir dos modelos adotados e dos papéis gerenciais esperados.

Não se trata apenas de um estudo normativo-diretivo, mas explicativo a partir de contextos concretos, utilizando categorias teóricas. É um estudo de campo que utiliza as categorias conceituais retiradas da literatura. O objetivo é verificar a aplicação dos conceitos no contexto de operadoras de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão.

Importância

Acreditamos na importância da realização de estudos empíricos, a partir da análise de casos. O estudo de organizações com base em categorias conceituais enriquece as teorias, apontando para as suas aplicações e dificuldades. A teoria permite que novos casos a consolidem. A teoria também nos ajuda na realização das análises, a explicar as variações de dados e as inter-relações dos conceitos.

Buscamos contribuir com o estudo de casos, com os dados e exemplos obtidos em campo nas três operadoras, aplicando os conceitos que vêm sendo colocados e analisados na literatura de estudos organizacionais.

As pequenas e médias empresas, objetos de nosso estudo, são elementos do aumento de competitividade e fortalecimento de nossa economia, além de gerarem empregos. Estudos de campo nestas empresas nos fornecem experiências e conhecimentos relevantes.

Este estudo de casos busca contribuir para aplicação dos conhecimentos acumulados, seu aperfeiçoamento e evolução com foco nas pequenas e médias empresas do setor. As dificuldades encontradas na prática são elementos importantes para uma avaliação das teorias.

Objetivos

Nosso objetivo foi avaliar a dinâmica das pequenas e médias empresas, na faixa de 20 a 100 funcionários, mas que movimentam grande quantidade de recursos financeiros. Utilizamos três operadoras de plano de assistência à saúde, modalidade autogestão, estudando os conceitos de estratégia, estrutura e competências gerenciais necessárias. Buscamos a compreensão dos relacionamentos desses conceitos, na prática de empresas de pequeno porte, segundo a classificação quanto ao número de funcionários (SEBRAE, 2008); pequeno, médio e grande porte, segundo o número de beneficiários (ANS, 2007) e média e grande empresa segundo o volume de recursos (BNDES, 2008). Consideramos as operadoras como empresas de pequeno e médio porte. (Tabelas IV, V e VI), levando-se em conta os três critérios.

Estudamos também o desenho da estrutura organizacional e caracterização do quadro gerencial; o estabelecimento dos fatores determinantes da estratégia utilizada e a estrutura adotada; e verificamos as competências organizacionais e gerenciais declaradas, à luz da estratégia e estrutura adotadas.

Justificativa

Trata-se de um estudo de caso de três operadoras de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão, constituindo-se numa amostra relevante e significativa para o setor, mas é uma amostra por conveniência. (Tabelas I, II e III).

Foram feitas descrições e análises individuais e coletivas das operadoras sobre suas estratégias, estruturas e competências gerenciais, procurando encontrar elementos explicativos da suas dinâmicas de atuação.

Definiu-se nosso entendimento sobre esses conceitos, usando a literatura sobre o assunto. Foi realizada também uma breve avaliação da literatura, que nos ajudou a entender melhor a dinâmica de atuação das operadoras.

Verificou-se no estudo de cada operadora como isto acontece na sua atuação, ou seja, como são utilizados estes conceitos, ou não, e as possíveis relações entre eles, na prática.

A literatura aponta para o alinhamento entre estrutura, estratégia e competências (FLEURY 2004,2006). Também descreve a necessidade de coerência e consistência das ações e decisões das organizações. (KAPLAN, 2004).

As variáveis cultura organizacional e história da instituição influenciam a aplicação dos conceitos por nós estudados. São variáveis contextuais que condicionam o modelo de gestão. A cultura e história organizacional, como também a personalidade dos líderes, o modelo de gestão historicamente construído, e o comportamento dos profissionais são variáveis complexas e difíceis de se modificar e se alinhar no sentido comportamental e cultural, mas com possibilidades para tanto, colocando-se como fatores dificultadores.

Nossa suposição foi de que as operadoras, por uma série de fatores (desde a estratégia não explicitada e clara, passando por modelos burocráticos de estrutura, até gerentes com competências não avaliadas) encontram dificuldades, em termos de barreiras técnicas e legais; estruturais; culturais e comportamentais; quando da tentativa de alinhamento, consistência e coerência entre a estratégia, estrutura e competências gerenciais como vantagem competitiva.

É certo que avançamos muito quando da formulação e implantação de estratégias, desenho de estruturas mais enxutas, focadas, e flexíveis, quanto à seleção de gerentes mais qualificados. É certo também de que os discursos dos gestores e dos acadêmicos estão à frente da prática, ou seja, a teoria avança mais rápido do que a prática. Ainda não se valoriza, na prática, as competências, as inteligências necessárias à boa gestão. Os interesses políticos e corporativos falam mais alto.

I) CARACTERIZAÇÃO DAS OPERADORAS

As operadoras classificam-se por modalidade (ANS, 2007) (Tabelas I e II), como segue:

Autogestão: entidades sem fins lucrativos, que operam serviços de assistência à saúde, destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas, e ex-empregados de uma ou mais empresas, ou ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes.

Cooperativa médica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei no 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Nessa modalidade, os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços.

Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde. São certificadas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS como entidades filantrópicas e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais.

Administradora: empresas que administram planos de assistência à saúde, financiadas por outra operadora. As administradoras de planos financiados por uma operadora não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não possuem beneficiários.

Seguradora especializada em saúde: nessa modalidade há a intermediação financeira de uma entidade seguradora, que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica ao prestador ou ao segurado, de acordo com condições contratuais.

Medicina de grupo: de uma forma geral, a maioria destas empresas não oferece assistência em serviços próprios, contratando serviços médicos de terceiros ou credenciando médicos, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e da terapêutica. Refere-se às demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.

A Tabela I mostra a distribuição dos beneficiários, por modalidade, nos últimos oito anos. Temos o crescimento maior das modalidades cooperativa médica e medicina de grupo e um pequeno crescimento da autogestão.

Tabela I – Beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade da operadora (Brasil – 2000-2007)

Competência	Total	Autogestão	Cooperativa médica	Filantropia	Medicina de grupo	Seguradora especializada em saúde
Dez/00	30.692.434	5.256.051	7.804.737	1.107.768	11.919.732	4.603.257
Dez/01	31.153.545	5.199.533	8.178.619	1.101.008	12.081.539	4.586.932
Dez/02	31.177.872	5.213.804	8.288.882	1.072.125	12.254.594	4.342.669
Dez/03	31.697.310	5.231.326	8.967.260	1.019.807	12.067.923	4.406.000
Dez/04	33.369.310	5.389.163	9.771.458	1.087.825	12.853.236	4.262.677
Dez/05	35.186.026	5.354.287	10.874.312	1.146.564	13.701.565	4.109.298
Dez/06	37.244.668	5.465.102	12.017.553	1.228.307	14.441.119	4.092.587
Set/07	38.342.198	5.490.489	12.734.087	1.311.384	14.559.410	4.246.825

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 09/2007 e Cadastro de Operadoras – ANS/MS – 09/2007

A Tabela II mostra os custos médios mensais das operadoras, por beneficiário coberto. Demonstra a competitividade dos custos do modelo de autogestão e das cooperativas, perante as demais.

Tabela II – Tipo das operadoras – por custos médios/beneficiários

Tipo de Operadora	% Empresas	Custo Bruto	Custo Líquido
Administradora de Planos	17%	R\$ 155,13	R\$ 130,11
Autogestão	10%	R\$ 98,87	R\$ 74,35
Cooperativa Médica	21%	R\$ 91,37	R\$ 76,14
Medicina de Grupo	19%	R\$ 117,79	R\$ 113,21
Seguradora	58%	R\$ 211,00	R\$ 185,02
Total	-	R\$ 134,43	R\$ 115,77

Fonte: UNIDAS, 2007

São três operadoras de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão a serem estudadas, a saber: Sabesprev, Metrus e Fundação Cesp, classificadas na Tabela III.

As três operadoras são entidades fechadas de previdência complementar, regidas pelas leis complementares 108 e 109/2001. Essas leis também regulam planos de assistência à saúde na modalidade autogestão.

Tabela III – Distribuição das operadoras por faixa de beneficiários

Faixa de beneficiários	N. de Autogestoras	%	Classificação
Inativas	53	17,09%	-
De 1 a 1.000	48	15,48%	-
De 1.001 a 10.000	131	42,25%	-
De 10.001 a 50.000	59	19,03%	Metrus
De 50.001 a 100.000	7	2,25%	Sabesprev
Acima de 100.000	12	3,87%	Fundação Cesp

Fonte: UNIDAS. 2007

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

Os participantes dos planos de assistência à saúde, administrados pelas empresas de autogestão necessariamente possuem representação nos órgãos deliberativos dessas operadoras, sendo co-responsáveis pela própria gestão da operadora. Isto, no nosso entender, fornece maior transparência às atividades das operadoras, permitindo um melhor alinhamento entre a estratégia e sua estrutura. Este aspecto é uma característica positiva das operadoras, modalidade autogestão.

Tabela IV – Porte das Operadoras – Modalidade Autogestão – Por números de beneficiários

Porte	Número de beneficiários	Classificação
Pequeno	até 19.999 beneficiários	-
Médio	entre 20.000 e 99.999 beneficiários	Metrus / Sabesprev
Grande	100.000 ou mais beneficiários	Fundação Cesp

Fonte: ANS – Cadastro de Operadoras 2007

Verificamos na Tabela IV o porte das operadoras, segundo o número de beneficiários.

Tabela V – Porte das operadoras – por número de funcionários

Porte	Número de funcionários	Classificação
Micro	até 9	-
Pequena	de 10 a 49	Metrus
Média	50-199	Sabesprev/ Fundação Cesp
Grande	>= 200	-

Fonte: SEBRAE 2008

Verificamos na Tabela V o número de funcionários com os quais a autogestão opera.

Tabela VI – Porte das operadoras – por receita operacional bruta anual

Porte	Receita Operacional Bruta Anual	Classificação
Microempresa	Inferior ou igual a R\$ 1.200mil	-
Pequenas empresas	Superior a R\$ 1.200mil e inferior ou igual a R\$ 10.500mil	-
Médias empresas	Superior a R\$ 10.500mil e inferior ou igual a R\$ 60 milhões	-
Grandes empresas	Superior a R\$ 60 milhões	Metrus Sabesprev/ Fundação Cesp

Fonte: BNDES, 2008

Verificamos na Tabela VI que, pelo critério de movimentação de recursos, as três operadoras se classificam como grandes empresas.

1. SABESPREV SAÚDE

A Sabesprev é uma entidade fechada de previdência complementar com fins previdenciais, assistenciais e não lucrativos. Foi criada em 1991, para garantir melhor qualidade de vida através da suplementação de aposentadoria aos empregados da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - Sabesp.

a) Composição dos órgãos de direção:

Descrição da estrutura diretiva: Conselho Deliberativo, Diretor Presidente; Diretoria de Gestão; Diretoria de Saúde e Diretoria de Previdência. (Organograma 1)

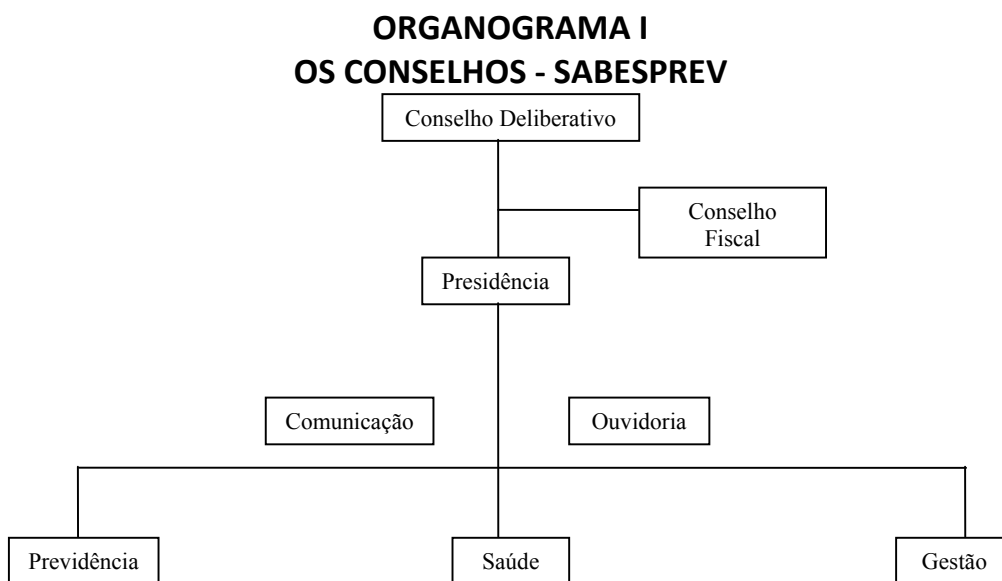
O Sabesprev Saúde é um produto da Sabesprev que está sob a responsabilidade de gestão de uma Diretoria de Saúde. Esta é composta de 4 Gerências: Saúde, Rede, Controladoria Médica (de fato) e Tecnologia da Informação. (Organograma II)

Conselhos: *a) Deliberativo* composto de: presidente, vice-presidente; membros titulares (4 membros) e membros suplentes (6 membros); *b) Fiscal* composto de presidente, membros titulares (3 membros) e membros suplentes (4 membros). Os conselhos deliberativo e fiscal são paritários, formados por representantes da patrocinadora e dos participantes.

As atribuições e responsabilidades de cada gerência estão definidas no manual de organização (anexo).

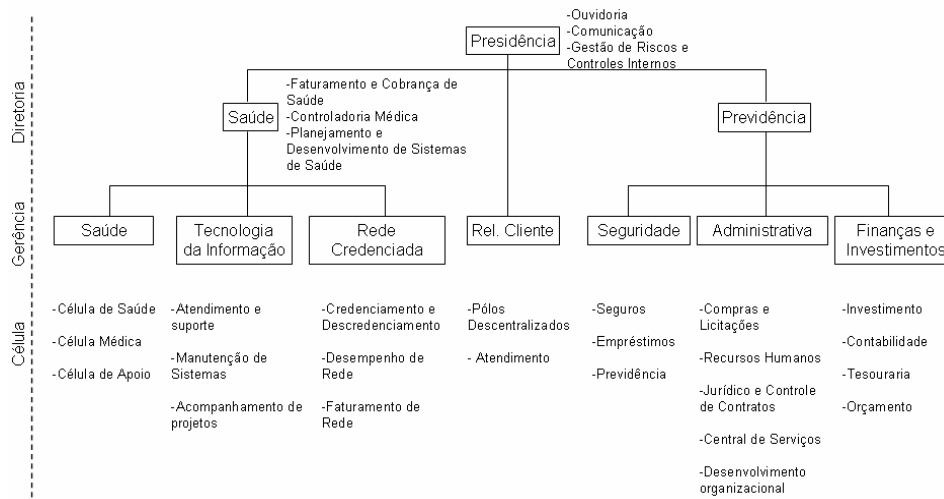
b) Organogramas

Os organogramas demonstram foco no controle e na fiscalização das atividades. As áreas da saúde e da previdência são áreas reguladas pelo Estado e pelas Agências Reguladoras.



Fonte: Sabesprev. 2008

ORGANOGRAMA II ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - SABESPREV



Fonte: Sabesprev. 2008

c) Responsabilidades presentes no Estatuto Social (anexo) Capítulo 1 Da Fundação

Art. 1º. A Fundação Sabesp de Seguridade Social – Sabesprev, doravante designada Fundação, instituída pela Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo – SABESP, é uma entidade fechada de previdência complementar, sem fins lucrativos, de fins previdenciais e assistenciais, com autonomia administrativa e financeira.

Art. 3º. A Fundação tem por finalidade básica a administração e execução de Planos de Benefícios de natureza previdenciária, nos termos deste Estatuto e dos respectivos regulamentos. Parágrafo Único: A Fundação poderá incumbir-se da prestação de serviços assistenciais, de acordo com as normas estabelecidas pelo Conselho Deliberativo, obedecidos os preceitos legais e regulamentares aplicáveis.

Art. 4º. A Fundação será regida pela legislação geral, pela legislação da Previdência e Assistência Social, no que lhe for aplicável e, em especial, pela legislação das entidades fechadas de previdência complementar, bem como por este Estatuto, pelos Regulamentos dos planos de benefícios, normas, instruções, planos de ação e demais atos aprovados por seu Conselho Deliberativo.

Art. 5º. A Fundação poderá firmar contratos, acordos, convênios e qualquer outro ajuste com entidades de direito público ou privado, objetivando o atendimento exclusivo de suas finalidades, respeitada a legislação vigente.

Art. 6º O prazo de duração de Fundação é indeterminada.

Parágrafo Único: A Fundação poderá ser extinta ou ter sua natureza alterada após deliberação da maioria dos integrantes do Conselho Deliberativo, sujeita à aprovação da Instituidora e do órgão regulador e fiscalizador.

Segundo o manual da organização, há correspondência entre a missão e as responsabilidades gerais de cada unidade com a missão e as responsabilidades gerais registradas nas descrições de cargos.

A Presidência responde pela definição das diretrizes estratégicas de atuação da Fundação, de acordo com os estatutos, regulamentos e legislação em vigor. Responde pelo planejamento estratégico da Fundação de curto e longo prazo, definindo os objetivos, planos de ação e metas.

A área de relacionamento com os clientes responde pelo gerenciamento do atendimento aos clientes da Sabesp, conforme diretrizes e metas estabelecidas. Apresenta sugestões de melhorias às gerências de produto, advindos da pesquisa de satisfação no atendimento pessoal ou via telefônica e realiza o processo de treinamento para as equipes.

Segundo o manual da organização, a área de saúde é responsável, entre outras atribuições, por formular e definir as políticas e diretrizes estratégicas e táticas, relacionadas aos processos e programas de promoção à saúde e de prevenção de doenças dos beneficiários. Garantir o suprimento adequado em termos de oportunidade, custos e qualidade dos processos de tecnologia da informação, de acordo com as diretrizes estratégicas estabelecidas.

d) Missão: Contribuir, de forma responsável, para que nossos clientes tenham uma qualidade de vida digna e saudável.

e) Visão: 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.

f) Valores: Orientar as ações de forma profissional, ética e transparente; manter relacionamento respeitoso e pró-ativo com os clientes; manter a integridade e sigilo das informações dos clientes; praticar gestão participativa; valorizar o capital humano interno na busca da excelência; manter sinergia, confiança e comprometimento nas relações com os patrocinadores, conselhos, parceiros e entidades representativas de forma a possibilitar benefícios recíprocos.

g) Atribuições: A Sabesp Saúde administra, a saber: os planos médicos, que são os planos básico, especial e pleno; e os planos odontológicos, que são os planos convencional, integral e master.

h) Sistemas de informação da Sabesp Saúde: Gerencia serviços terceirizados de informática, banco de dados e distribuição de senhas.

i) Planejamento estratégico: Há um realinhamento estratégico para 2008, considerando a continuidade do desenvolvimento de alguns planos de ação pendentes de 2007, bem como incorporando alguns novos, de acordo com as necessidades identificadas. Os objetivos e metas estabelecidos para 2008 estão retratados nos planos de ação definidos pelo realinhamento. Para a área da saúde estão previstos os seguintes planos de ação, a saber: a implantação de novos planos de saúde e o sistema de faturamento e cobrança.

j) Alianças estratégicas: São membros da Fundação: patrocinadoras; participantes - ativos e assistidos; dependentes. A Sabesp, os participantes (ativos e assistidos) e os dependentes não respondem pelas obrigações da Fundação, observada a legislação pertinente em vigor.

São patrocinadoras da Fundação: A Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo – Sabesp, a Fundação Sabesp de Seguridade Social – Sabesp, bem como outras pessoas jurídicas admitidas como tal, que venham a assinar o convênio de adesão previsto na legislação em vigor.

As Patrocinadoras são responsáveis pela supervisão e fiscalização das atividades da Fundação, devendo encaminhar o resultado das suas análises ao órgão regulador e fiscalizador.

Atualmente, os processos e as atividades da Fundação são desenvolvidos internamente, com recursos próprios, sem qualquer envolvimento com parcerias. Não há alianças estratégicas com outras instituições.

k) Planos de comunicação/ Relação com os clientes: Existe uma gerência específica que responde pelo relacionamento com clientes, via *call center* ou atendimento pessoal ou através de outros canais disponíveis, como: *net call*, pólos descentralizados, fale conosco. Tem também uma ouvidoria.

Há uma pesquisa de satisfação e relacionamento realizada pela própria operadora em junho de 2006. Este estudo compreendeu o universo de clientes dos produtos de saúde e previdência da Sabesp. Esta pesquisa verificou grau de clareza das informações, agilidade no atendimento, entre outros itens.

l) Orçamento de Investimentos: Estão previstos investimentos na área de tecnologia da informação, prevenção e gestão dos pacientes crônicos. Este orçamento é coerente com a estratégia estabelecida.

m) Indicadores e Parâmetros Utilizados: Segundo o relatório gerencial de dezembro de 2007, os indicadores utilizados pela Sabesprev são: consultas/beneficiários/ano, exames/beneficiários/ano, internações/beneficiários/ano. Há também indicadores em relação ao custo e glosa de auditoria

2. METRUS – Instituto de Seguridade Social

O Metrus – Instituto de Seguridade Social é uma entidade fechada de previdência complementar, constituída sob a forma de sociedade civil, sem fins lucrativos. Seu funcionamento foi autorizado através da Portaria nº 66, de 16 de fevereiro de 1993, do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, publicada no Diário Oficial da União de 18 de fevereiro de 1993, tendo iniciado suas atividades em 1º de abril de 1993.

Suas atividades são regidas de acordo com as Leis Complementares nºs 108 e 109, ambas de 29 de maio de 2001 e com o Decreto nº 4.942, de 30 de dezembro de 2003, que dispõem sobre o regime de previdência complementar e demais normas expedidas pelo Ministério da Previdência Social, por intermédio do Conselho de Gestão da Previdência Complementar – CGPC e da Secretaria de Previdência Complementar – SPC.

O Metrus administra, a partir de janeiro de 1999, em regime de autogestão, a saber: o Plano Metrus Saúde, integrado em seu programa assistencial, com custeio específico e com contabilização e patrimônio mantidos em separado em relação aos planos previdenciários.

a) Composição dos órgãos de direção:

Conselho Deliberativo: é o órgão máximo da estrutura organizacional e é responsável pelo direcionamento estratégico do Instituto. É composto de seis membros, três eleitos (beneficiários) e três indicados. Tem como função a supervisão e a orientação política - 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 - financeiro.

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. (Organograma III)

Comitê de Gestão Metrus Saúde: é o órgão de assessoramento da diretoria executiva do Metrus que 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 deste 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:

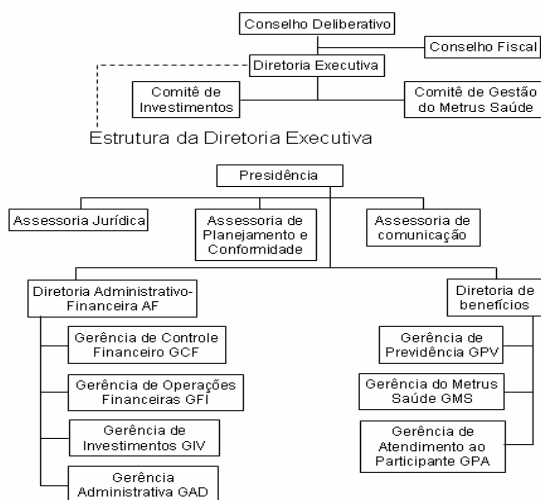
I – a qualidade dos serviços proporcionados pelo plano e o bom atendimento a todos os seus participantes;

II – uso adequado dos serviços pelos participantes, de modo a alcançar o melhor desempenho técnico e financeiro do plano. (Organograma III)

O comitê de gestão tem o papel de gerenciador de conflitos e procura ser pró-ativo.

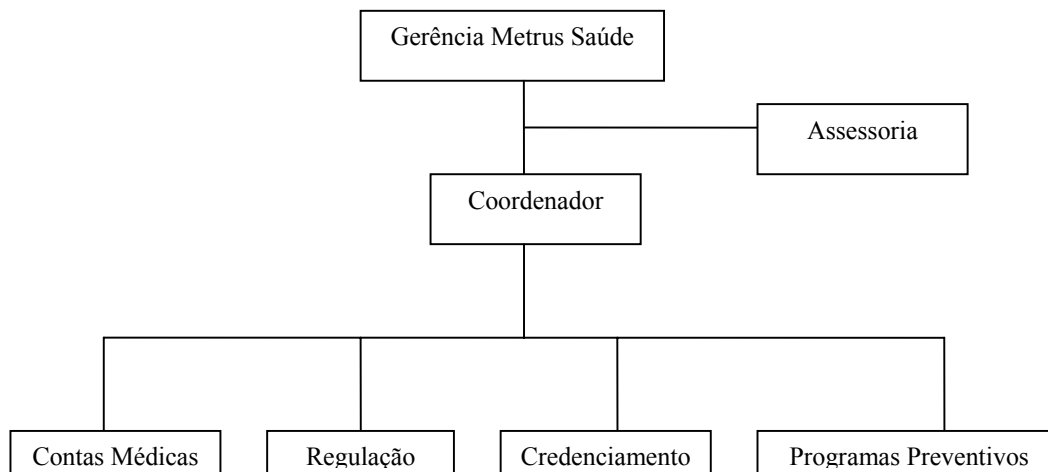
b) Organogramas:

**Organograma III
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - METRUS**



Fonte: Metrus – 2008

Organograma IV Estrutura da Gerência Metrus Saúde



Fonte: Metrus – 2008

O quadro de funcionários da Metrus Saúde compõe-se de: 18 ativos; 6 estagiários; 1 diretor, 1 gerente e uma assessoria. Portanto temos uma diretoria e uma coordenação e quatro áreas de atuação. (Organograma IV)

c) Responsabilidades: A missão do Metrus é proporcionar, aos participantes, renda complementar de aposentadoria, assistência à saúde e outros benefícios do mercado de seguridade social, com padrões elevados de qualidade e custos compatíveis.

Na forma de suas disposições estatutárias e regulamentares, o Metrus tem como objetivo principal a concessão de benefícios de natureza previdenciária, suplementando as prestações asseguradas pela previdência oficial e a promoção do bem-estar social, inclusive no que tange a serviços médicos e assistenciais, dos empregados participantes e seus grupos familiares da Companhia do Metropolitano de São Paulo – Metrô e de outras eventuais patrocinadoras.

d) Atribuições: A gerência Metrus de Saúde (GMS) é responsável por toda a área de serviços médicos e assistenciais tanto na parte técnica, quanto na parte administrativa. Administra o plano Metrus Saúde, integrado em seu programa assistencial.

e) Sistemas de informação: A Metrus é uma empresa de autogestão pura. Possui um banco de dados próprio, controlado pela GMS. O sistema de banco de dados é fornecido pela SIGBEN. Já o gerenciamento do mesmo (DBA) é feito através do Sistema Oracle. A administração dos dados (programação) no banco de dados é feita pela empresa Quest. A Crystal Reports, da empresa BO, é a responsável pela análise de dados e geração de relatórios (analista). Internamente foram desenvolvidas funcionalidades em Java e controles internos via Intranet.

Implantado no final de 2004, o sistema informatizado de gestão de saúde SIGBEN permitiu melhorias na gestão técnica dos planos médicos e odontológicos, propiciando segurança e acompanhamento constante dos serviços oferecidos, fornecendo informações de reconhecida qualidade a seus participantes. O sistema colaborou para a inversão da tendência de déficits do MSI – Metrus Saúde Integral, uma preocupação constante dos órgãos diretivo.

Voltado ao permanente aprimoramento do fluxo de informações, o Instituto substituiu seu banco de dados Oracle da versão 8.5 para a versão 9i. Também foi levantado e implantado seu certificado digital. Para maior comunicação interna, realizou-se a instalação da Intranet e o levantamento dos dados e configuração do Palm Top para a gerência do Metrus Saúde, visando a agilizar o repasse de informações pelos atendentes plantonistas.

Na área de Saúde foram treinadas as equipes para operar o novo módulo financeiro do SIGBEN. Também foi realizada a implantação do novo modelo de demonstrativo de despesas dos beneficiários, bem como efetuados ajustes nos processos de retorno dos valores cobrados por folha de pagamento e boletos. No mesmo segmento foi realizado o levantamento e a criação dos informes de rendimentos dos beneficiários e credenciados.

O treinamento dos colaboradores e a implantação do novo *site* do Metrus teve como objetivo a consolidação da comunicação de forma ágil e segura, permitindo o acesso à distância, de vários serviços que o Instituto proporciona em suas áreas de saúde e previdência. O *site* é dividido em oito partes, e para facilitar a identificação rápida de cada uma delas, as áreas foram identificadas por cores. Uma das novidades trazidas pela reformulação do *site* é a possibilidade de interação entre os participantes. Foi inserida uma coluna batizada como “Família em Destaque”, que periodicamente apresentará a história de um participante ativo ou assistido e suas famílias, numa forma de homenagear e prestigiar seus participantes, aproximando-os cada vez mais do Metrus.

Com a composição do quadro próprio de empregados, iniciada em 2005, foram adotadas as recomendações de organização, no sentido de adquirir e instalar equipamentos adicionais, prevendo que todo o usuário de aplicativos tenha a sua própria estação de trabalho. Em cada uma delas houve a substituição dos monitores CRT pelos LCD, devido à economia de energia elétrica e espaço que proporcionam. Assim, além do novo layout das gerências, foram trocados os cabamentos das redes elétricas, dados (cabos da rede) e voz (cabos de telefonia).

Foi criada a sala de processamento de dados, responsável pelo armazenamento e disponibilidade das informações, em meio eletrônico, das áreas Saúde, previdência e administrativas, o que conferiu mais segurança e estrutura adequada. Foi instalado um nobreak profissional com capacidade de suportar até 25 computadores durante duas horas, exclusivamente para a central de atendimento.

f) Planejamento estratégico: A manutenção do equilíbrio financeiro do Metrus Saúde Integral (MSI) é o principal destaque de 2006. Ele resulta de toda a mudança estrutural que o Metrus adotou com a profissionalização e modernização da gestão.

A Diretoria, seus Conselhos e Comitê de Gestão acompanharam passo a passo as várias medidas implementadas, com o objetivo de melhorar o acompanhamento da saúde de nosso participante, mantendo a qualidade do atendimento, assessorando o participante nas tomadas de decisão ou no planejamento de internações cirúrgicas, bem como medidas preventivas de saúde.

Foram várias iniciativas desenvolvidas no período, com o principal objetivo de fornecer ao participante subsídios para melhorar sua qualidade de vida. Dentre elas destaca-se o programa saúde & equilíbrio, lançado em parceria com o Metrô, com o objetivo de estimular uma postura mais ativa em relação à alimentação e atividades físicas. O programa iniciou-se com a realização de uma pesquisa eletrônica que fornecia recomendações nutricionais e de prática de atividade física individualizadas.

Para conferir ao Metrus Saúde Odontológico (MSO) a mesma qualidade dos serviços odontológicos do MSI, o Instituto redimensionou a rede e assumiu a gestão direta do MSO, dispensando a necessidade de empresa terceirizada. A mudança foi motivada pelo alto nível de insatisfação apresentado pelos participantes, detectado por meio de pesquisa. Para orientar o participante quanto às mudanças, o Instituto preparou o Guia de Credenciados do MSO, que também traz informações que facilitam o atendimento.

g) Alianças estratégicas: A Metrus Saúde não possui alianças. Apenas em regiões carentes, ela apresenta credenciamento com a Unimed.

Os principais recursos de que a entidade dispõe para seu funcionamento são representados por contribuições de suas patrocinadoras, de seus participantes e dos rendimentos resultantes das aplicações desses recursos em investimentos, sujeitas estas às normas emanadas do Conselho Monetário Nacional através do Banco Central do Brasil que disciplinam as aplicações dos recursos das Entidades de Previdência Complementar.

h) Planos de comunicação/ Relação com os clientes: O atendimento ao cliente é realizado através da gerência de atendimento, composta por dezenove funcionários, os quais estão distribuídos: 6 (call center), 5 (atendimento pessoal), 6 (plantão específico da GMS), 1 psicóloga e 1 assistente social. A psicóloga, a assistente social e os plantonistas oferecem atendimento específico da Metrus Saúde com relação a orientações, críticas, sugestões e realizam o trabalho no horário pós-comercial, aos sábados, domingos e feriados. Os demais funcionários trabalham de segunda a sexta-feira, em horário comercial.

Auto-serviço: E-mail: Atendimento personalizado e seguro. Este canal é usado para obter informações, solicitar esclarecimentos, informar alterações cadastrais, registrar elogios ou reclamações sobre prestadores da rede médica, enviar sugestões, etc.

Para o prestador da rede credenciada que necessite contato, estão disponíveis os seguintes serviços: Serviços ao Credenciado Telefones (011); solicitação de senhas de autorização; solicitação de impressos de guias; processamento de contas; cadastro de prestadores de serviços; área técnica médico-hospitalar e área técnica odontológica.

O portal Metrus está dividido em oito áreas: O Metrus (institucional), Atendimento, Previdência, Saúde, Investimentos, Empréstimos, Informativos e Gestão e Governança. Em constante atualização busca oferecer cada vez mais serviços e facilidades aos participantes e seus familiares. Também receberam novo projeto gráfico os jornais Metrus Informativo e Metrus Saúde, tornando-os mais leves, com conteúdo mais dinâmico, levando de forma clara informações de interesse ao participante sobre tudo o que acontece em seus planos previdenciários e de saúde, concessão de empréstimos, entre outros.

O Metrus investiu fortemente em tecnologia buscando essencialmente melhorias em seu relacionamento com o participante. Exemplo disso foi o aperfeiçoamento e modernização de sua Central de Atendimento, aperfeiçoando o relacionamento com seus beneficiários. As modalidades de atendimento estão divididas em quatro grupos: presencial, geradas na sede do Instituto, em espaço reservado ao atendimento; telefônico, relativo às ligações recebidas pelos atendentes; recepção, referente ao número absoluto de pessoas atendidas nas recepções; e a comunicação eletrônica, via e-mail. No total, essas modalidades somaram 136.481 atendimentos, o que significa uma média de 11.373 ao mês, segundo relatório anual 2006.

i) Orçamento de Investimentos: Orçamento de investimento é destinado a gastos assistenciais – planos de saúde; planos preventivos e reciclagem dos profissionais (cursos, congressos).

O Conselho Fiscal, conforme estabelecido pela resolução CGPC, emite semestralmente relatórios de controles internos visando a atestar a aderência da gestão dos recursos às normas internas, à Política de Investimentos, às premissas e hipóteses atuariais e à execução orçamentária.

j) Indicadores e Parâmetros Utilizados: Segundo o relatório anual de atividades de 2006, a média de titulares e beneficiários, neste período, foi de 7491 e 22382, respectivamente, para o plano MSI; a média de titulares e beneficiários, neste período, foi de 1949 e 2209 respectivamente, para os planos MSE e MSB.

A Metrus utiliza o índice de reclamações da ANS e pesquisas internas realizadas com participantes com empresas externas como indicadores de satisfação de seus clientes.

Dados gerais: total geral; número de titulares; número de beneficiários e custo per capita.

Utilização (quantidade média): número de consultas/participante/ano; no exames/participante/ano; no exames/consulta/ano; no internação/participante/ano; média permanência hospitalar (dias) e no de diárias de UTI/ diárias totais (%).

Custo médio: consultas; exames; terapias; internação hospitalar e internação hospitalar/paciente/dia.

Cobertura (em R\$): cobertura médica per capita/ano; cobertura médica per capita/mês; cobertura odontol. Per capita/ano; cobertura adontol. Per capita/mês.

Estes indicadores são analisados individualmente para cada plano (MSI, MSE, MSB e posteriormente os referentes aos planos MSE e MSB são cruzados entre si.

Sobre os indicadores e parâmetros de produção e satisfação dos clientes, constatamos:

- indicadores físicos, financeiros, evolução dos fundos, rankings de despesas e indicadores de utilização (mensal).

- epidemiológicos (trimestrais). Estes relatórios contêm informações referentes a dados gerais (número de titulares, número de beneficiários), utilização (nº de consultas/participante/ano, nº de exames/participante/ano, nº de internações/participante/ano, nº de diárias de UTI/diárias totais), custo médio (em R\$ - consultas, exames, terapias, internações), cobertura (em R\$ - médica e odontológica).

- pesquisa de satisfação (anual).

- programa de qualificação da ANS (anual).

- pesquisa UNIDAS (comparativo anual).

- busca de dados em órgãos de defesa do consumidor (Idec, PROCON, Pró-Teste).

pesquisas qualitativas, relatórios gerenciais mensais (jornal Metrus Saúde (impresso e fornecido pelo site, no ícone informativos), pesquisas UNIDAS (www.unidas.org.br/pesquisa nacional 2006).

k) Objetivos e metas para 2008

Meta para 2008: programas preventivos; aquisição de um hospital referência. Estratégia para 2008: aumentar o número de programas preventivos, por meio de palestras; feiras de saúde, informativos no próprio site da empresa (ícone Saúde).

Sobre o plano de ação p/ 2008:

- nova avaliação atuarial para análise dos fundos e revisão de receitas.

- constituição de garantias financeiras exigíveis pela ANS (RN 160)

- aumento de faturamento eletrônico com a rede credenciada.

- implantação de autorizador on-line para odontologia.

- ampliação de palestras e atividades educativas e preventivas com o beneficiário.

- qualificação de profissionais internos.

3. FUNDAÇÃO CESP

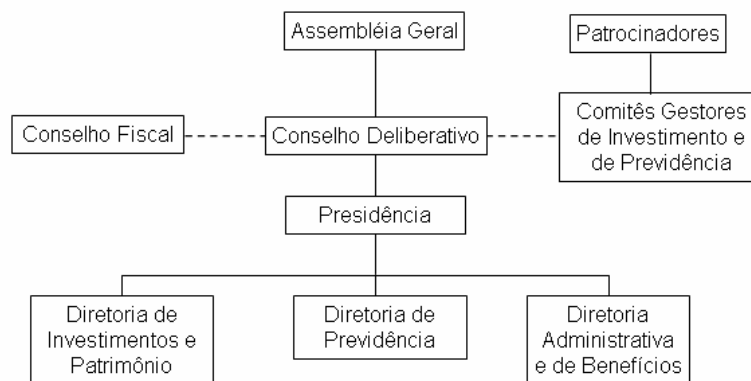
A Fundação CESP é uma entidade fechada de previdência complementar que administra planos de previdência e saúde para os colaboradores das grandes empresas do setor de energia elétrica do Estado de São Paulo. Foi criada em 1969, inicialmente com a finalidade de oferecer benefícios assistenciais e prestava serviços exclusivamente à Companhia Energética de São Paulo – CESP. Só passou a gerir planos previdenciários a partir de 1977.

a) Composição dos órgãos de direção: Descrição da estrutura diretiva: *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 ao seu 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. (Organogramas V e VI)

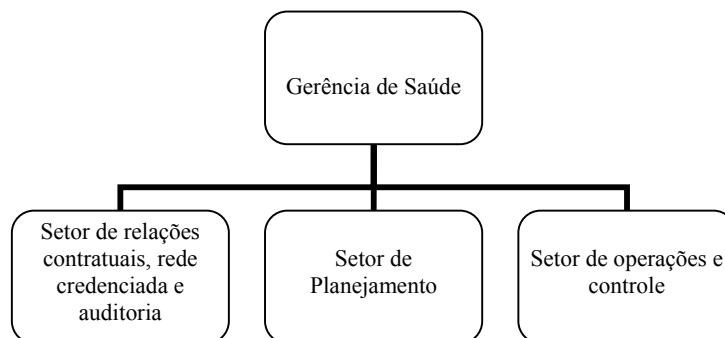
b) Organogramas:

Organograma V ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - CESP



Fonte: Fundação Cesp

Organograma VI Estrutura da Área da Saúde – Fundação Cesp



Fonte: Fundação Cesp

c) **Responsabilidades:** Desenvolver e administrar com eficiência e transparência planos de previdência complementar e de assistência à saúde, visando proporcionar as melhores soluções para atender às necessidades das patrocinadoras e dos participantes, contribuindo para a melhoria de sua qualidade de vida. A sua vocação já estava definida desde a sua concepção: prestar serviços que agregassem segurança, bem-estar e qualidade de vida à sua imensa comunidade de participantes. Ela é multipatrocinada e atende a 14 empresas.

d) 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.

e) Visão: Ser a empresa que valoriza, acima de tudo, uma vida mais digna às pessoas de quem cuidamos.

f) Valores: Competência, comprometimento, cooperação, credibilidade, ética, integridade, transparência e valorização das pessoas, são os valores reconhecidos institucionalmente.

g) Atribuições: Cabe à Fundação Cesp gerenciar os seguintes planos de saúde: planos de assistência médico-hospitalar, para os empregados das patrocinadoras e seus dependentes; para aposentados e familiares até 3º grau de parentesco; planos de benefícios de farmácia, órteses e próteses externas; e programas de assistência ao prestador de necessidades especiais.

h) Planejamento estratégico: Para o ano de 2008 constam no planejamento estratégico atuar na prevenção de doenças, gestão de pacientes crônicos e tecnologia da informação.

i) Alianças estratégicas: No Projeto Rede de Atendimento Preferencial (2006) estão envolvidos 60 profissionais da saúde. Segundo gerente de Gestão de Saúde da entidade, o objetivo desta iniciativa é assegurar aos usuários dos seus planos um atendimento de qualidade ainda superior, por meio do estabelecimento de parcerias estreitas com profissionais da área da saúde.

j) Planos de comunicação/ relação com os clientes: A Fundação Cesp desenvolveu estrutura própria para prestar serviços de atendimento a seus participantes. O principal objetivo é alinhar ações de acordo com as expectativas tanto dos participantes quanto dos patrocinadores. a) *Caixa Postal:* os participantes têm à disposição envelopes porte-pago para solicitar uma série de serviços pelos correios ou pelas caixas coletoras de documentos. Esse sistema proporciona autonomia, evitando que o participante se desloque até as lojas de atendimento na capital ou interior. b) *Disk-Fundação:* o atendimento telefônico da Fundação Cesp concentra cerca de 90% de toda a demanda relativa a informações e esclarecimentos de dúvidas sobre os produtos e serviços. c) *Central de Regulação:* esta central atende tanto participantes sediados em São Paulo e Grande São Paulo, quanto participantes sediados nas demais regiões do Brasil. d) *Central de Atendimento:* profissionais capacitados fazem o atendimento pessoal e personalizado de participantes, assistidos e recursos credenciados, esclarecendo suas principais dúvidas sobre produtos e serviços. e) *Lojas de Atendimento:* as regiões do interior do Estado, que concentram maior contingente de participantes, também contam com atendimento presencial. f) *Fale Conosco:* aqui o participante pode fazer suas consultas, reclamações, opiniões e até elogios. g) *Ouvidoria:* serviço destinado exclusivamente para atender às manifestações sobre os produtos e serviços com grau de complexidade de resposta além da instância técnica, que não foram atendidas por outro canal de atendimento. A Ouvidoria se reporta à presidência da entidade e atua de forma independente, ética e imparcial. É responsável também pela realização da Pesquisa de Satisfação do Atendimento - PSA, garantindo que a percepção dos participantes seja suporte para implementação de melhorias nos serviços prestados.

Pesquisa, realizada pela Omni Marketing, sobre satisfação em relação a produtos e serviços prestados pela Fundação CESP, revelou que participantes ativos, aposentados e pensionistas aprovam a atuação da entidade. O índice (86%), apurado em 2007, se manteve em patamar praticamente igual ao registrado em 2005 (87%). Integrada à rotina de pesquisas da Fundação CESP, o trabalho feito pela Omni foi coordenado e monitorado pela equipe da ouvidoria da entidade.

k) Orçamento de Investimentos: Existência de recursos para os planos descritos no planejamento estratégico para 2008.

l) Indicadores/parâmetros: Possui indicadores de gestão, epidemiológicos, financeiros e de produção.

Quadro I – Caracterização das operadoras participantes

	Sabesp	Metrus	Cesp
n. de funcionários	100	26	100
n. de beneficiários	57.488	24.848	117.635
Planos	Básico, Especial, Pleno e Odontológico	Integral, Especial, Básico e Odontológico	Plano de assist. médico-hospitalar, Plano especial de saúde e assistência odontológica
n. credenciados	3.800	3.000	7.000

Fonte: Operadoras participantes

II) CONCEITOS

Estratégia é uma palavra oriunda do vocabulário grego “strategos”. Significa o desempenho de uma posição de comando entendida como a arte do general, como as habilidades psicológicas e comportamentais com as quais o general exercia sua função (ou posição). (MOTTA, 1990). Na língua inglesa (1688) a estratégia envolve algo fora da visão do inimigo. No conceito está implícita a questão da concorrência e da disputa entre os participantes.

A estratégia é uma atividade que tem relação com o meio ambiente institucional e de mercado da organização, já que esta lida com o mercado (economia) e a sociedade (social/ política). No caso das operadoras, as agências reguladoras (ANS, ANVISA) assumem um papel importante, nesta relação com o mercado e a sociedade. As agências agem sobre as leis de mercado e regulam a relação público-privada. A participação das agências é muito complexa. Elas fiscalizam as operadoras dos planos, mas não as prestadoras de serviços (hospitais, laboratórios, etc). A estratégia, portanto, é uma atividade voltada para fora das operadoras, ou seja, como as operadoras lidam e se relacionam com os prestadores de serviços, seus beneficiários e as agências reguladoras.

A estratégia é um caminho para cumprir a missão e visão da organização; reforçar seus valores e crenças e atingir objetivos institucionais. Devemos procurar entender este caminho trilhado pelas operadoras ao longo do tempo, na construção de sua história e na formação de sua cultura. A regulação da relação entre as operadoras, os prestadores de serviços e os beneficiários, no estabelecimento dos planos de saúde, é a parte mais visível da formação dessa história e cultura organizacional das operadoras, identificando, portanto, sua estratégia.

A estrutura organizacional deve estar atrelada à estratégia adotada pela organização. Por sua vez, com o tempo a estrutura também influencia a estratégia adotada, quando de sua implantação. A estrutura das operadoras estudadas obedece a um padrão, ou seja, um gestor (diretor ou gerente) e três (ou quatro) gerentes de

área, conforme descrito no item anterior. (Vide organogramas II, IV e VI). Elas variam em quantidades de pessoal (número de profissionais) (Tabela V) e serviços terceirizados (quantidade e dimensão de serviços terceirizados).

As competências gerenciais são determinadas pelo modelo organizacional adotado e os respectivos papéis a serem praticados e desenvolvidos por seus gestores. O modelo de gestão das operadoras é focado preponderantemente no modelo de relações humanas e de sistemas abertos. (QUINN, 2003). A partir destes modelos é que são desenvolvidos os papéis e competências necessárias aos gerentes das operadoras.

1. Estratégia

Podemos entender estratégia, como formulação da missão e dos objetivos da organização, bem como o plano de ação para alcançá-los, considerando as forças e fraquezas internas, e os impactos das forças do ambiente e da competição. As Figuras I e II procuram demonstrar isto. Podemos afirmar que a estratégia caracteriza-se como um plano de vôo, com painéis de operações e controle. Temos também a constituição do mapa estratégico e de seus indicadores, instrumento de gestão estratégica de medição e controle.

Os valores e as crenças dos fundadores, líderes, gestores e membros da comunidade de interesses são determinantes no estabelecimento da visão, missão e objetivos das operadoras. Estes direcionam a empresa, dão consistência às suas decisões. A estratégia se materializa através de um processo de tomada de decisão. As decisões são de natureza qualitativa. As decisões e ações devem estar coerentes com a estratégia formulada.

A formulação da estratégia é, essencialmente, um processo de reflexão, 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 com a implantação da estratégia e deve haver consistência e coerência entre ambas e a estrutura. Esta coerência encontra limitações de natureza política corporativa e de valores pessoais. A política governamental para o setor (grau de intervenção), a corporação médica (recursos humanos estratégicos) e a população alvo são os elementos relevantes na definição da estratégia.

O conceito de arquitetura estratégica caracteriza-se por: definir claramente a estratégia de negócio; construir um core business como um componente estratégico; criar um mapa estratégico, identificando indicadores tangíveis e intangíveis; identificar os produtos no mapa estratégico; alinhar a estrutura com os “produtos”; desenhar sistemas de mensuração (*scorecard*); implementar o gerenciamento por indicadores; revisar continuamente as mensurações, comparando-as ao mapa estratégico. (Figuras I e II). O conceito de arquitetura estratégica, com seus componentes de uma forma geral, foi encontrado de forma fragmentada e dispersa nas atividades e discursos dos gerentes das operadoras. O mapa estratégico não foi encontrado nem em documentos, nem no discurso dos dirigentes entrevistados nas três operadoras.

Encontramos na literatura algumas definições sobre estratégia que justificam nossos princípios, a saber:

- como um padrão consistente de escolhas; um padrão de decisões na empresa que determina e revela seus objetivos e propósitos;
- como um posicionamento de ataque e defesa em relação aos concorrentes em busca de vantagens competitivas no mercado;
- padrão global de decisões e ações que posicionam a organização no seu ambiente e têm o objetivo de fazê-la atingir seus objetivos a longo prazo;
- padrão integrativo de decisões e ações, orientado por objetivos, que equaciona os recursos e capacitações organizacionais com as oportunidades e ameaças em seu ambiente externo;
- a empresa procura distinguir-se de maneira positiva da concorrência (OHMAE, 1982);
- caminho para chegar aos resultados previstos (KOTLER, 1993);

- padrão que integra as principais metas, políticas e ações de uma organização em um todo coerente (QUINN, 2001);

- padrão de decisões de uma empresa, que determina e revela seus objetivos, propósitos e metas (ANDREWS, 2001).

São conceitos que, em nível da teoria, reforçam a importância dos princípios de alinhamento, consistência e coerência.

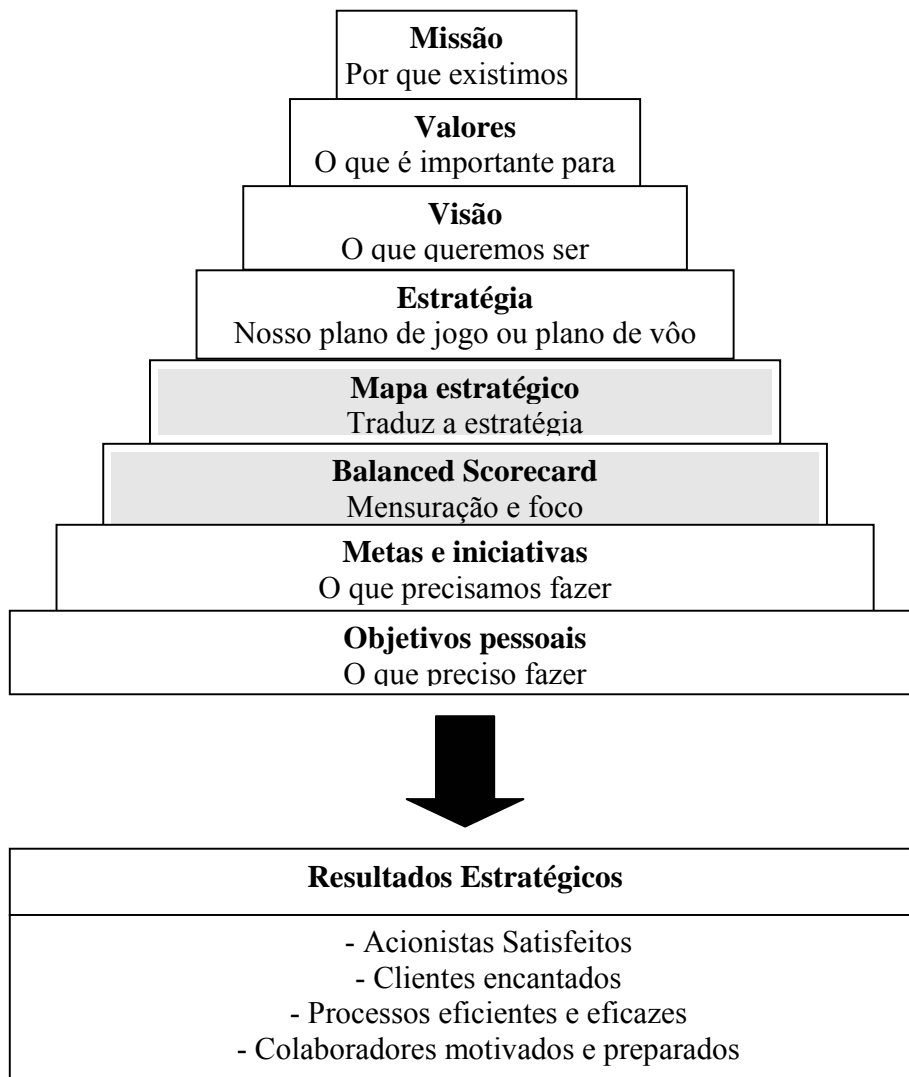
Mintzberg et al (2000) define dez escolas de pensamento em administração estratégica, ampliando os conceitos citados acima, a saber: **design**: estratégia como um processo de concepção (Selznik); **planejamento**: estratégia como um processo formal e sistemático (Ansoff); **posicionamento**: estratégia como um processo analítico (Porter); **empreendedora**: estratégia como um processo visionário (Schumpeter); **cognitiva**: estratégia como um processo mental (Simon); **aprendizado**: estratégia como um processo emergente (Prahalad); **poder**: estratégia como um processo de negociação (Allison); **cultural**: estratégia como um processo coletivo (Norman); **ambiental**: estratégia como um processo reativo (Freedman) e **configuração**: estratégia como um processo de transformação (Chandler)

Identificamos, nas três operadoras, segundo a classificação de Mintzberg, um pouco de cada uma dessas escolas, mas as mais preponderantes são as escolas de poder, dado o constante processo de negociação em que as atividades das operadoras estão envolvidas; ambiental, dada a sua contínua adaptação e reação ao meio ambiente em que atua; e a de configuração, dado o processo de transformação em que se encontram as operadoras.

Acreditamos também que as escolas de planejamento e de aprendizado podem oferecer às operadoras importantes contribuições para a sua maior eficiência, eficácia e efetividade de atuação. A primeira contribuição seria através da sistematização das informações e dos dados; a segunda seria com o desenvolvimento de competências organizacionais das operadoras.

A Figura I procura sintetizar o alinhamento e a mensuração da estratégia, conforme a metodologia de Kaplan (2004).

Figura I: Mensuração da estratégia



Fonte: Kaplan, 2004

A falta do mapa estratégico (tradução da estratégia) e do *balanced scorecard* (mensuração e foco) são indicadores das maiores dificuldades e necessidades das operadoras pesquisadas, quando da elaboração e execução de suas estratégias.

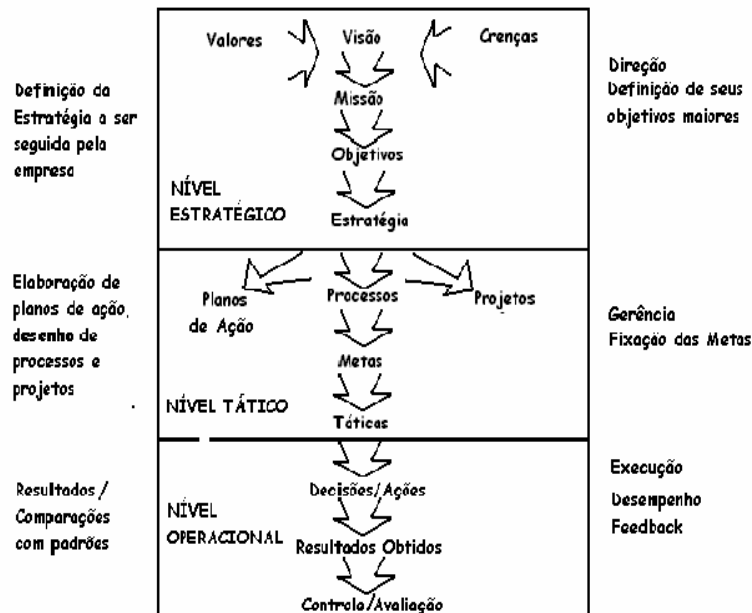
Utilizando a metodologia de Kaplan, teremos que desenvolver as relações de causa e efeito nas operadoras e suas respectivas métricas. As operadoras têm recursos internos (desde sua credibilidade, até recursos materiais) para tanto, mas é necessário desenvolver competências específicas ao se trabalhar com implantação e métricas de controle e avaliação das estratégias.

A habilidade de adotar um modelo de negócio e estratégias à medida que as circunstâncias mudam, de continuamente se ajustar a tendências capazes de abalar a força geradora de lucros de um negócio, de mudar antes que a necessidade de mudança se torne imperativa (resiliência) foi encontrada nas três operadoras, como uma característica positiva.

1.1. Planejamento Estratégico

As organizações com 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 (objetivo) e nos meios (processos) do trabalho realizado pela organização. É importante a coerência entre os três níveis (estratégico, tático e operacional) e o sentido de unidade na organização (Figura II). Esta coerência foi encontrada nas três operadoras, no discurso dos gestores, sendo um fator muito importante para o seu fortalecimento gerencial.

Figura II - Planejamento estratégico



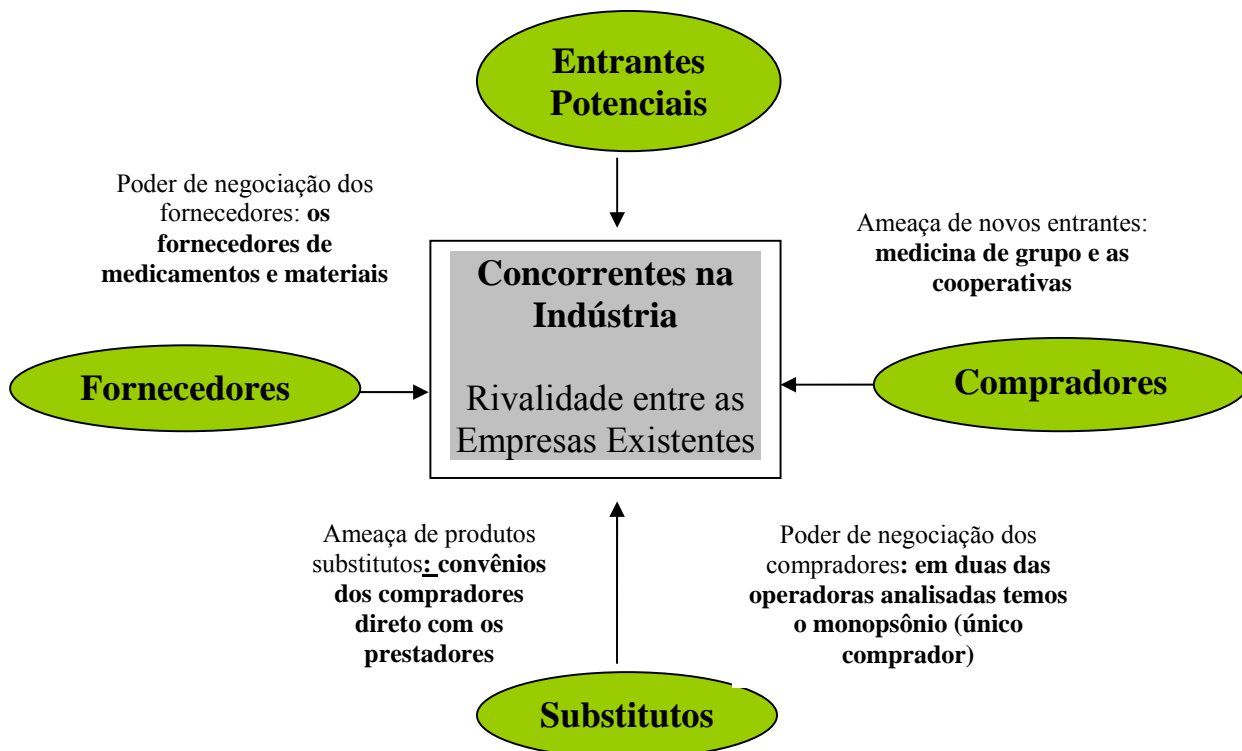
Fonte: concepção do autor

A análise SWOT (strengths, weaknesses, opportunities e threats) é a avaliação global da estratégia e de seus componentes conforme discriminados a seguir. *Forças* (strengths): variáveis internas e controláveis que propiciam uma condição favorável para a operadora em relação ao seu ambiente. *Fraquezas* (weaknesses): variáveis internas e controláveis que produzem uma situação desfavorável para a operadora em relação ao seu ambiente. *Oportunidades* (opportunities): variáveis externas e não controláveis que podem criar condições favoráveis para a operadora, desde que a mesma tenha condições e/ou interesse de usufruí-las. *Ameaças* (threats): variáveis externas e não controláveis. Os gestores das operadoras têm clareza com relação às suas ameaças e oportunidades. Reconhecem também suas forças e fraquezas, como apontadas no discurso das entrevistas. As fusões, as privatizações, o crescimento da concorrência, a regulação e os fornecedores são forças externas consideradas importantes e vistas mais como ameaças, do que como oportunidades. A qualificação profissional, a transparência de atuação e a qualidade dos serviços oferecidos são vistos como forças das operadoras. Já o excesso de burocracia é visto como uma fraqueza.

Uma das premissas a serem consideradas na estratégia é a de que uma empresa só pode controlar seu próprio destino se aprender a controlar o destino de seu setor. São as forças externas atuando. Neste sentido a transformação organizacional é um desafio secundário. O principal desafio é ser o autor da transformação do setor, segundo Prahalad (1995). A influência de novos conhecimentos e tecnologia na estrutura inter-organizacional requer novas formas para a coordenação da complexidade advinda de uma aliança. Novamente as forças externas atuando. O relacionamento cooperativo entre organizações e beneficiários visa o compartilhamento de riscos, de custos, de habilidades e de conhecimentos no processo de desenvolvimento de vantagens competitivas. Este é o atual momento da cadeia produtiva das operadoras, prestadoras e beneficiários.

O modelo de cinco forças de Porter, para análise das forças competitivas, pode ser representado pela Figura III. Este modelo é importante para a descrição e análise das forças e dos *players* (atores-jogadores) que compõem a concorrência. Este é o atual momento da cadeia produtiva das operadoras, prestadores e beneficiários.

Figura III: As cinco forças competitivas de Porter (1980)



Fonte: Estratégia competitiva (Porter, 2006)

Os fornecedores de insumos (material e medicamentos); a ameaça competitiva das medicinas de grupo, das seguradoras e das cooperativas; e a negociação com os prestadores de serviços são apontadas como as principais forças competitivas que compõem o mercado de atuação da autogestão.

No livro “Estratégia em Ação”, Kaplan e Norton (2004) mostram como as empresas adeptas bem-sucedidas seguem cinco princípios gerenciais para tornar-se “organização orientada para a estratégia”, a saber: traduzir a estratégia em termos operacionais; alinhar a organização à estratégia; transformar a estratégia em

tarefas de todos; converter a estratégia em processo contínuo e mobilizar a mudança por meio da liderança executiva. O significado da organização orientada para a estratégia é entendido como:

Resultados notáveis = Descrição da estratégia + Mensuração da estratégia + Gestão da estratégia. Encontramos certa dificuldade das operadoras em descrever e mensurar a sua estratégia, utilizando o conceito de mapa estratégico.

A filosofia desses três componentes citados acima é simples: não se pode gerenciar (terceiro componente) o que não pode se medir (segundo componente). Não se pode medir o que não se pode descrever (primeiro componente).

Isto demonstra a necessidade e a importância do mapa estratégico para o processo de governança corporativa.

Um dos requisitos-chaves da governança corporativa é a transparência da estratégia da organização bem como o do seu acompanhamento. Os conselhos de administração (ou deliberativos) das três operadoras têm sido, neste sentido, requisitados para 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 beneficiários. Se os ativos intangíveis (conhecimento, marca) da organização representam mais de 75% de seu valor, a formulação e a execução da estratégia devem tratar explicitamente da mobilização e do alinhamento dos ativos intangíveis. No caso das operadoras, refere-se à contratação de serviços em saúde, com qualidade (atenção à saúde, bem-estar dos beneficiários) e à gestão efetiva dos recursos (eficiência, eficácia e impacto na utilização dos recursos).

Os sistemas de mensuração chamam a atenção de todos. No entanto, para que exerçam 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. Encontramos, nas operadoras, indicadores e parâmetros, mas não sistematizados e organizados segundo o conceito de mapa estratégico.

A sabedoria convencional dos líderes ajuda na construção de um modelo holístico. Dispunha-se de doutrinas estratégicas sobre valor para acionistas, gestão de clientes, gestão de processos, qualidade, competências-chave, inovação, recursos humanos, tecnologia da informação, arquitetura organizacional e aprendizado, mas a criação de valor é indireta. Os ativos intangíveis, como conhecimento e tecnologia, raramente exercem impacto direto sobre os resultados financeiros, como aumento da receita, redução de custos e maiores lucros. As melhorias nos ativos intangíveis afetam os resultados financeiros por meio de cadeias, como as técnicas de gerenciamento da qualidade total, técnicas de seis sigma, etc, que podem melhorar diretamente a qualidade dos processos. Espera-se, então, que tais melhorias resultem no aumento da satisfação dos beneficiários, na medida em que atendam melhor as suas necessidades, inclusive as não sentidas.

Os ativos atuam em conjunto. Os ativos intangíveis sozinhos raramente criam valor. Eles não têm valor se isolados do contexto da organização e da estratégia. O valor dos ativos intangíveis emerge de sua combinação eficaz com outros ativos, tanto tangíveis quanto intangíveis. Aqui, nesta combinação de ativos, estão as competências organizacionais das operadoras.

Estratégia não é um processo gerencial isolado; é uma das etapas de um processo contínuo lógico que movimenta toda a operadora, desde a declaração de missão de alto nível, até o trabalho executado pelos empregados da linha de frente e de suporte. (KAPLAN, 2004)

2. Estrutura

A estrutura de uma organização é a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre essas partes. A estrutura organizacional deve estar atrelada à

estratégia da organização. Esta estrutura está condicionada pela estratégia a ser adotada (CHANDLER, 1962) e deve ser alterada de acordo com as necessidades do mercado. Por sua vez, a estrutura também influencia a implantação de estratégia ao longo do tempo. As estruturas das três operadoras apresentam muitas características comuns, em termos de quantidade de gerências e qualificação das atividades e funções desenvolvidas. O paradigma de funcionamento da estrutura organizacional das operadoras obedece aos mesmos princípios nas três. Tem uma estrutura hierárquica funcional especializada com órgãos colegiados.

O projeto organizacional da operadora deve combinar planejamento a longo prazo, enriquecimento do trabalho dos funcionários e desenvolvimento da estrutura, entre outros. Os elementos de uma estrutura devem ser selecionados para alcançar uma congruência interna ou harmonia, bem como uma congruência básica com a situação da organização (suas dimensões e idade, o 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). Verificamos, na maior parte das entrevistas, que a estrutura estaria ajustada às necessidades atuais das operadoras, no entender dos gestores. Foram apontadas também necessidades de desenvolvimento nas áreas de informação e informática, gestão de riscos e gestão de programas de pacientes crônicos. Apenas um gestor mencionou a necessidade da criação de um setor de controladoria e outro da área comercial, como novos componentes da estrutura organizacional.

Há cinco mecanismos de coordenação e os mesmos abrangem as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam suas tarefas. Segundo Mintzberg, eles são: *ajustamento mútuo*: o controle do trabalho permanece nas mãos dos operadores, com base no processo simples da comunicação informal. Normalmente é utilizado em organizações mais simples. O sucesso do empreendimento depende da habilidade dos especialistas de se adaptar, cada um com o outro, no decurso de suas “rotas”; *supervisão direta*: ocorre quando a organização começa a se desenvolver e crescer. A responsabilidade pelo trabalho dos outros e pelo monitoramento de vossas ações é delegada a uma pessoa, que passa a coordenar todo o esforço através de uma coordenação direta das outras pessoas. Este é o caso das operadoras; *padronização dos processos de trabalho*: existem três formas básicas de se conseguir padronização nas organizações: as habilidades (e conhecimentos) de quem executa o trabalho, os processos de trabalho em si mesmos e as saídas destes processos de trabalho. O que caracteriza a padronização é o fato das execuções serem específicas ou programadas; *padronização dos resultados*: neste caso os resultados são especificados. Uma vez que o operador saiba como realizar a tarefa, cabe à coordenação cuidar para que determinados resultados sejam atingidos; *padronização das habilidades (e conhecimentos) dos trabalhadores*: é utilizada quando nem o processo de trabalho, nem seus resultados podem ser padronizados. Neste caso, as habilidades e conhecimentos são padronizados a fim de ter um treinamento específico para a execução de determinado trabalho. Isto é o que mais aparece no diagnóstico realizado nas três operadoras. Mas, de forma geral, as operadoras utilizam um *mix* dos modelos de coordenação dada a sua complexidade organizacional.

Conforme o trabalho organizacional torna-se mais complexo, os meios que facilitam a coordenação parecem mudar do ajustamento mútuo para a supervisão direta e desta para a padronização, inicialmente dos processos de trabalho, depois para os resultados ou habilidades, finalmente revertendo para o ajustamento mútuo, novamente. (MINTZBERG, 1995). As operadoras não dependem de um único mecanismo de coordenação, podendo adotar um misto de todas as cinco formas de coordenação. São organizações que geram muita informação e dependem de conhecimentos especializados. O importante é realizar o *follow-up*.

As organizações são estruturadas a fim de apreender e dirigir sistemas de fluxos e determinar os inter-relacionamentos das diferentes partes. As cinco partes que a compõe, 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 organizações mais simples os operadores são grandemente auto-suficientes, 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; *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 o 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. Existe uma certa dificuldade de entendimento desta categorização, já que, historicamente, parte dos profissionais gestores são de formação médica e/ou outras profissões afins que não possuem administração em seus currículos, ou mesmo não tem especialização em gestão.

A organização pode operar sob diversas formas: *fluxo da autoridade formal*: refere-se ao fluxo do poder formal hierarquia abaixo. Apesar deste modelo de organograma já estar sendo considerado inadequado, o mesmo representa um retrato da divisão de trabalho e exibe as posições existentes na organização o agrupamento das mesmas em unidades e a forma como a autoridade formal opera sobre elas; *fluxos regulamentados*: é um modelo que dá mais ênfase à padronização, do que à supervisão direta; *fluxo das comunicações informais*: enfatiza o ajustamento mútuo na coordenação; *sistema de processo decisório ad hoc*: representa uma decisão estratégica desde seu início até seu fim; *sistema de constelação*: neste tipo de operação, os membros pertencentes à organização se agrupam por afinidades, não estando relacionada à hierarquia dentro da mesma. O fluxo de trabalho das operadoras obedece um mix das formas apontadas, o que leva, em alguns casos, à lentidão do fluxo de trabalho.

O comportamento de um indivíduo dentro da organização pode ser formalizado de três formas diferentes: pela posição, pelo fluxo de trabalho ou por regras.

Agrupar posições é o meio fundamental de coordenar o trabalho da organização e pode ter efeitos importantes: estabelecer um sistema de supervisão comum entre posições e unidades; caracterizar posições em unidade e sub-unidades que compartilhem recursos em comum; criar medidas comuns para medir o desempenho do conjunto; encorajar o ajustamento mútuo.

Para se agrupar posições em unidades, são necessárias seis bases: conhecimento e habilidades; processo de trabalho e por função; tempo (turnos); resultado; clientes; local. São necessários também, quatro critérios: - interdependência do fluxo de trabalho; interdependências de processo; interdependência de escala e interdependências sociais. As três operadoras têm um quadro de pessoal considerado de pequena dimensão, o que facilita estas interdependências.

A finalidade de um plano, ou sistema de planejamento, é especificar um resultado desejado – um padrão – enquanto que a finalidade de um controle, ou sistema de controle, é avaliar se tal padrão foi atingido, ou não.

A fim de interligar as posições, a superestrutura da organização e os sistemas, foram criados os instrumentos de interligação. Estes instrumentos devem atingir a coordenação de que a organização precisa, já que qualquer forma de padronização, por si só, não permite tal coordenação. O comitê de gestão encontrado na Metrus é um bom exemplo.

Os instrumentos de interligação representam esquemas desenvolvidos a fim de estabelecer contatos (interligações) entre os indivíduos e podem ser incorporados à estrutura formal. Eles são: *posições de interligação*: podem ser estabelecidas formalmente. A posição não tem autoridade formal, mas por estar no cruzamento dos canais de comunicação, tende a ter considerável poder; *forças-tarefa e comissões permanentes*: a força-tarefa é uma comissão formada apenas para realizar uma tarefa específica, sendo dissolvida após essa. A comissão permanente é um grupo interdepartamental mais estável, que se reúne regularmente para discutir assuntos de interesse comum; *gerente integrador*: este instrumento é criado quando há a necessidade de uma coordenação por ajustamento mútuo maior do que as outras formas de coordenação podem atender; *estrutura matricial*: base utilizada para agrupar todas as interdependências (MINTZBERG, 1995). Apesar das três

operadoras serem de dimensões pequenas com relação ao número de profissionais, elas trabalham com muita informação e conhecimentos especializados, necessitando destes instrumentos de interligação por obter maior eficácia gerencial.

Estudos indicam que os resultados das relações entre estrutura e desempenho dependem da inter-relação entre os parâmetros utilizados para tal. Por estes estudos, pode-se concluir que a estruturação eficaz requer um rigoroso ajuste entre os fatores situacionais (ambientais) e os parâmetros a serem delineados; a estruturação eficaz exige uma adequação interna entre os parâmetros.

As formas de estrutura organizacional, descritas por Mintzberg são, a saber: *estrutura simples*: é caracterizada pela pouca elaboração. Possui pequena ou nenhuma 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. É o caso das três operadoras. 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. Esta 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 *had 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 fluída, confusa, e que pode causar ambigüidade.

Identificamos, neste trabalho, a preponderância das características da burocracia profissional presentes na estrutura das operadoras, com conhecimento das regras, do saber técnico e da adhocracia, por causa dos projetos especiais constantemente propostos.

A contratação de serviços especializados, através da terceirização ou de trabalhos de consultorias, também altamente especializadas, foram encontrados nas três operadoras. Estes serviços terceirizados muitas vezes são estratégicos para o funcionamento das operadoras, sendo formas de incorporação de conhecimentos novos em gestão.

Não encontramos, nas três operadoras, setores de análise de riscos presentes em suas estruturas, como forma do desenvolvimento e fortalecimento da estrutura, com relação à estratégia adotada.

3. Competências

O termo competência tem origem no fim da Idade Média. Inicialmente restrito a 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 designar alguém capaz de pronunciar-se sobre certos assuntos. (BRANDÃO E GUIMARÃES, 2001).

No Renascimento tinha o seguinte entendimento: “... A capacidade de realizar determinado trabalho”. No senso comum significa: “designar pessoas qualificada para realizar algo”. Na literatura, competência é a capacidade de as pessoas gerarem resultados para a organização. (ZARAFIAN, 2001; DUTRA, 2002; LE BORTEF, 2003; FLEURY, 2004).

Hoje em dia o conceito passou a ter uma maior abrangência e a englobar os conhecimentos, as habilidades e as experiências voltadas para o exercício de uma função na empresa, a saber: a) o entendimento

que não se restringe somente as fronteiras do ambiente de trabalho; e b) a evolução do mundo do trabalho é caracterizada por flexibilidade, incertezas, transitoriedade, transversalidade que contribuem para a formação de um conceito mais dinâmico.

Podemos definir competência como as características demonstráveis de um indivíduo que incluem conhecimentos, habilidades e comportamentos ligados diretamente com a 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. Boyatzis (1982) identificou competências 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. Os principais expoentes destapodem ser destacados como McClelland (1973) e Spencer Jr e Spencer (1993).

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

Como competência é uma característica relacionada a performance superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação. McClelland diferencia competência de *habilidade* (demonstração de um talento particular na prática); de *aptidão* (talento natural de uma pessoa, que pode vir a ser aprimorado); e *conhecimento* (aquilo que as pessoas precisam saber para desempenhar uma tarefa).

Parry (1996) resume o conceito de competências como “um cluster de conhecimentos, *skills* e atitudes relacionados que afetam a maior parte de um *job*, que se relacionam como performance do *job*, que possa ser medida contra parâmetros bem aceitos, e que pode ser melhorada através de treinamento e desenvolvimento”.

No dicionário Webster (1981), encontramos a seguinte definição: qualidade ou estado de ser funcionalmente adequado ou deter suficiente conhecimento, julgamento, habilidades ou força para determinada tarefa. No dicionário Aurélio (1975), encontramos: capacidade para resolver qualquer assunto, aptidão, idoneidade; capacidade legal para julgar um pleito; performance superior.

A capacidade da pessoa assumir iniciativas, ir além das atividades prescritas (ZARIFIAN, 2001), a saber: ser capaz de compreender e dominar novas situações de trabalho; ser responsável e reconhecido por isso. Zarifian associa competência não a um conjunto de qualificações que credencia a pessoa a exercer determinado trabalho, mas sim as 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 domínios dessas competências: autonomia, responsabilização e comunicação. A formação em gestão e organização é que dá sustentação para as competências.

A competência individual encontra limites, mas não sua negação, no nível dos saberes alcançados pela sociedade, ou pela profissão do indivíduo numa época determinada. Este é um fator importantíssimo a ser considerado na contextualização das competências, ou seja, os saberes adquiridos pela sociedade .

Para Bortef (2003) competência é definida como 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. É um conjunto de recursos potenciais que o indivíduo possui. Saber mobilizar, combinar estes recursos é que reside a riqueza profissional do gestor. Temos que ressaltar a importância da experiência profissional acumulada pelo gestor da operadora nestes últimos dez anos de regulação.

Vandrell e Miranda (FLEURY, 2003), classificam seis tipos de competências, a saber: - *intelectual*: processos cognitivos internos necessários para simbolizar e representar idéias, imagens, conceitos, etc. (competência analítica, criativa ou meta competência); - *prática*: saber fazer, articular tomada de decisão e colocar em ação; - *interativa*: capacidade de participar como membros 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 a vida, a outras culturas, crenças, religiões, amor e educação; - *estética*: capacidade de distinguir entre o que há de bom e de ruim, no plano de valores, entre o belo e o feio.

Para Prahalad e Hamel (1990), competência é um conjunto de habilidades e tecnologias, e não uma única habilidade e tecnologia isoladas, que permitem a uma empresa oferecer determinado benefício. *Core Competences* (competências essenciais): capacidade de combinar, misturar e integrar recursos em produtos e serviços. Competências essenciais são os quesitos que o cliente e o mercado vêem como diferenciais em uma empresa e a torna competitiva no cenário analisado. São características estratégicas através das quais a organização adquire vantagem competitiva e agrega valor ao cliente. São difíceis de serem imitadas pela concorrência. Estes são conceitos que indicam os caminhos das operadoras, dados seus valores existentes e o valor que ela já agrega aos beneficiários, podendo agregar mais, de acordo com o desenvolvimento destas. O atendimento personalizado dado pela autogestão constitui-se em uma competência essencial.

Fleury (2004), define competências, 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. (Figura VI). O desenvolvimento de competências, pelas operadoras, também é uma forma de agregar valor aos seus funcionários e conseqüentemente aos beneficiários.

Temos a competição como uma disputa dinâmica entre competências buscando equilibrar duas realidades: a) a dinâmica e complexidade do mundo real; b) as capacidades cognitivas limitadas do homem diante do mundo. Isto reflete a importância dos talentos e suas capacidades de aprendizado rápido para as organizações.

As competências são percebidas como multidimensionais: dinâmicas, sistêmicas, cognitivas e holísticas. 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. Elas funcionam como *sistemas abertos*, com ativos tangíveis e intangíveis, são organizados sob uma lógica estratégica de realização de resultados. As competências são *cognitivas*, temos diferentes formas e padrões de construção de competências e de atividades de alavancagem. São *holísticas*, pois incorporam várias dimensões de saberes.

Três elementos complementares e interdependentes do conceito de competência, a saber:

a) conhecimento: o conhecimento corresponde a informações que, ao serem reconhecidas e integradas pelo indivíduo em sua memória, causam impacto sobre seu julgamento ou comportamento. Refere-se ao saber que a pessoa acumulou ao longo da vida, algo relacionado à lembrança de conceitos, idéias ou fenômenos;

b) habilidade: está relacionada a aplicação produtiva do conhecimento, a capacidade de utilizar conhecimentos em sua memória em uma ação. Podem ser habilidades: *Intelectuais* – “processos mentais” em uma organização; *Motoras ou manipulativas* – exigem coordenação neuromuscular;

3) atitude: a atitude refere-se a aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho. Diz respeito a um sentimento ou à predisposição de uma pessoa, que determina a sua conduta em relação aos outros, ao trabalho ou a situações.

As tipologias das competências podem ser:

1. competências organizacionais: como capacidades especiais que uma organização tem no intuito de atingir seus objetivos estratégicos. São adquiridas ao longo do tempo pela organização, através da composição de diversas competências individuais, processos internos e uma cultura organizacional. São, a saber: capacidade de inovar (Google); capacidade de integrar recursos (Embraer); agilidade, transparência e segurança (Fedex);

cordialidade, diversidade de atrações e segurança (Hopi Hari). As operadoras têm que procurar identificar as suas e desenvolvê-las. Nossa suposição é de que as competências organizacionais das operadoras são os sistemas de controles, a gestão dos riscos e o conhecimento do setor da saúde.

2. competências individuais: são as que tornam o indivíduo único: flexibilidade, adaptação a novas idéias, foco no futuro, rompe paradigmas, capacidade de transformar idéias em produtos, etc.; saber agir, saber aprender, se engajar; mobilizar recursos, integrar conhecimentos díspares e complexos; iniciativa, assumir riscos, ter visão estratégica, responsabilidade. Estas são competências universais.

As competências podem ser classificadas em:

a) da empresa: - processo: conhecer o processo de trabalho; - técnicas: conhecer especificamente o trabalho a ser realizado; - serviços: que impacto este produto terá sobre o consumidor; - autonomia: autonomia, responsabilização e comunicação;

b) competências profissionais, temos, segundo Fleury (2004): saber agir: saber o que fazer e por que faz. Saber julgar, escolher, decidir; saber modificar recursos: criar sinergia e mobilizar recursos e competências; saber comunicar: compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos; saber aprender: trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais, saber se desenvolver; saber assumir responsabilidade: ser responsável assumindo os riscos e as conseqüências das suas ações, sendo por isso reconhecido; saber se engajar e se comprometer: saber empreender, assumir riscos, comprometer-se; ter visão estratégica: conhecer e entender o negócio da organização, seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas.

Ruas (2000) coloca os recursos das competências e os desdobramentos possíveis na seguinte classificação, a saber:

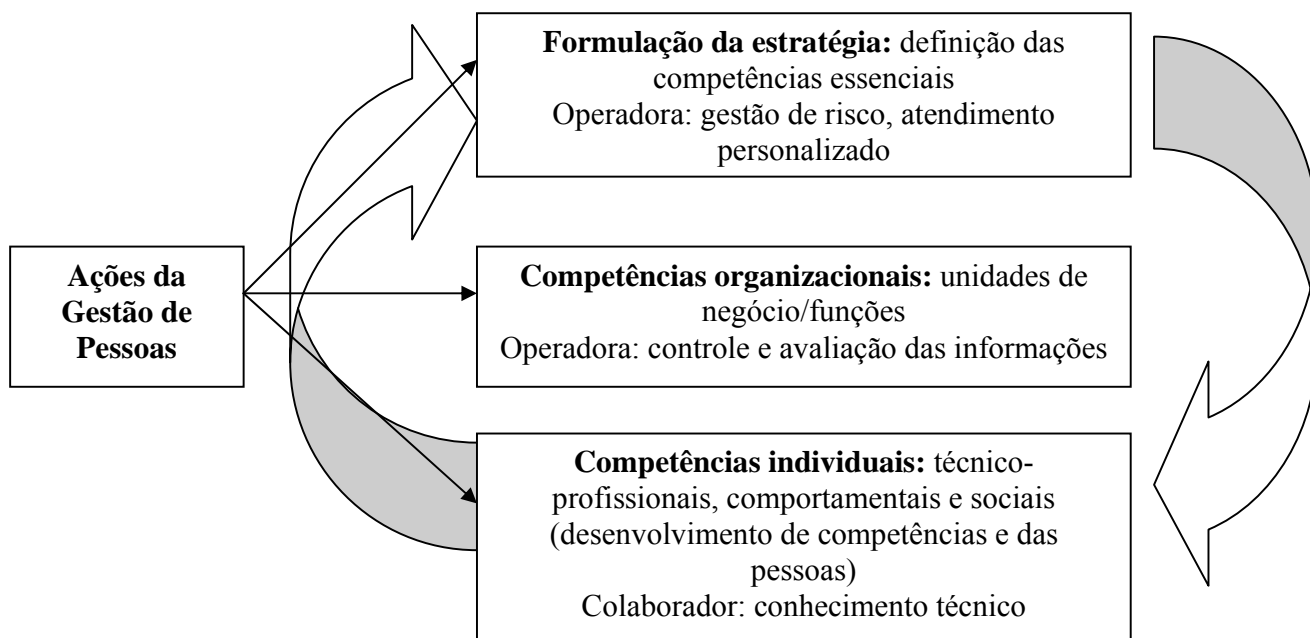
1. *saber – conhecimento*: a) conhecimento do ambiente: conhecer os elementos do ambiente, a fim de poder atuar de maneira adequada; b) conhecimentos gerais e teóricos: saber compreender e analisar as situações em que atua e tratá-las sistematicamente (método); c) conhecimentos operacionais: conhecer os métodos, procedimentos e normas associados a suas atividades;

2. *saber fazer (habilidades)*: a) experiência profissional associada: saber colocar em ação os conhecimentos adequados à situação;

3. *saber ser/ agir*: a) 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); b) atributos pessoais: atributos que permitem agir, comprometer-se e relacionar-se de forma adequada em sua atividade.

Para Mills et al (2002) existem recursos e competências, daí a importância de criar categorias distintas, propõem as seguintes: - *competências essenciais*: fundamentais para a sobrevivência da organização e centrais em sua estratégia; - *competências distintas*: reconhecidas pelos clientes como diferenciais em relação aos competidores, conferem à organização vantagens competitivas; - *competências de unidades de negócio*: pequeno número de atividades-chave (entre três e seis) esperadas pela organização das unidades de negócio; - *competências de suporte*: atividades que servem de alicerce para outras atividades da organização. Por exemplo: a construção e o trabalho eficientes em equipes podem ter grande influência na velocidade e qualidade de muitas atividades dentro da organização; - *capacidade dinâmica*: condição da organização de adaptar continuamente suas competências às exigências do ambiente.

Figura IV: Estratégia, Competências Organizacionais e Individuais



Fonte: concepção do autor

A Figura V procura representar as relações entre os conceitos de recursos, competência, aprendizagem e estratégia.

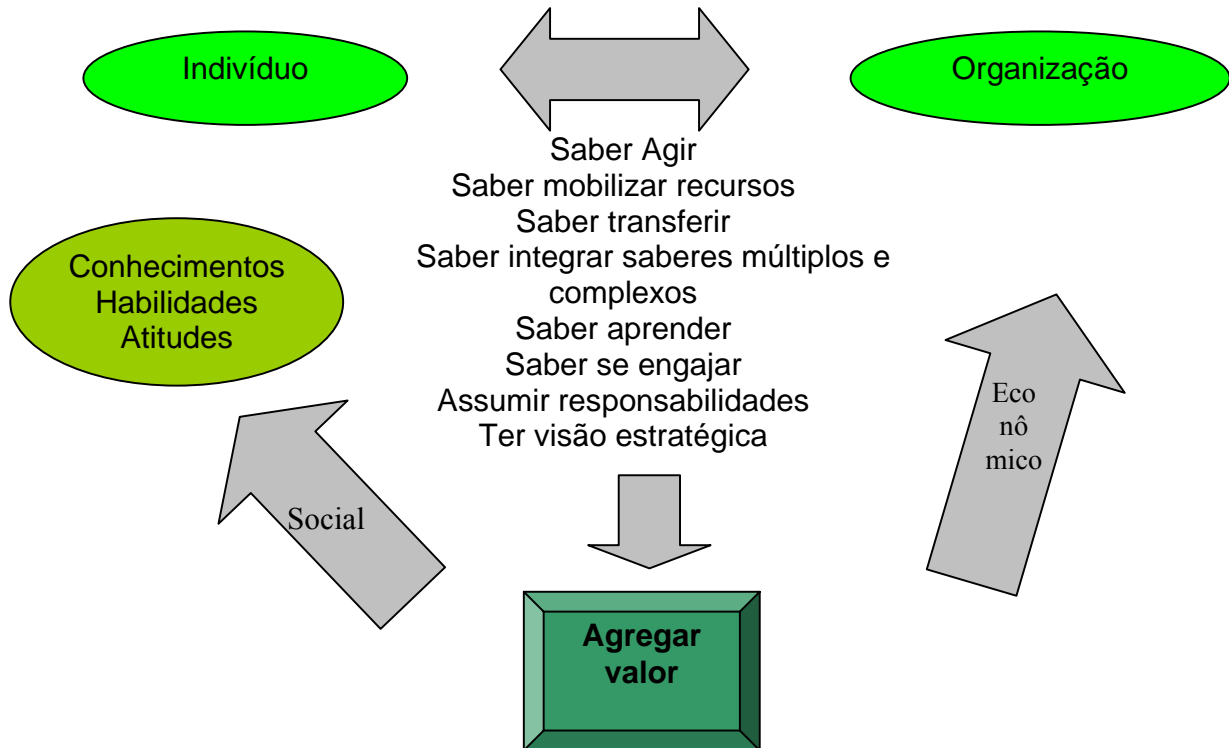
Figura V: Competências, Aprendizagem e Estratégia



Fonte: Fórum – Alinhando estratégia e competências. RAE. Vol 44, nº1 – jan/mar/2004

O conceito de competências é entendido como conhecimento e qualificação dos funcionários. Não é feita a relação do conceito de competências com performance e resultados. Os papéis gerenciais de uma forma geral são entendidos e definidos, mas com relação as suas competências gerenciais respectivas, encontramos um pouco de dificuldade conceitual e de percepção por parte dos gestores. O mercado é visto como restritivo, os custos de assistência são crescentes e as empresas têm um aumento nos seus custos de manutenção dos planos. Incorporação de novos materiais, tratamentos e medicamentos, aumento de expectativa de vida, alto índice de utilizações dos serviços, pelos participantes, dos participantes são apontadas como causas do desencadeamento de custos crescentes. As competências organizacionais das operadoras devem ser entendidas e desenvolvidas com base neste diagnóstico, procurando enfrentar estes problemas.

Figura VI – Competências como fonte de valor para o indivíduo e para a organização



As competências devem agregar valor econômico para a organização e valor social para o indivíduo.

Fonte: M.T.L., Fleury, 2002

3.1. Modelos Gerenciais

Conforme Quinn et al (2003), modelos são representações de uma realidade, que é mais complexa. Os modelos nos auxiliam a representar, comunicar idéias e compreender melhor, os fenômenos mais complexos do mundo real.

Os modelos utilizados em gestão estão em constante evolução, e identificar o que melhor se aplica à empresa não é uma tarefa simples, pois isto requer um profundo estudo do contexto interno e externo da organização e o conhecimento das características dos modelos a serem utilizados.

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 orientados 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.

Avaliando as operadoras, este modelo de gestão aparece nos documentos analisados, e principalmente na análise do discurso dos gestores. Tirando o conceito de lucro, que não se aplica a uma fundação, os demais são e devem ser praticados pelas operadoras.

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

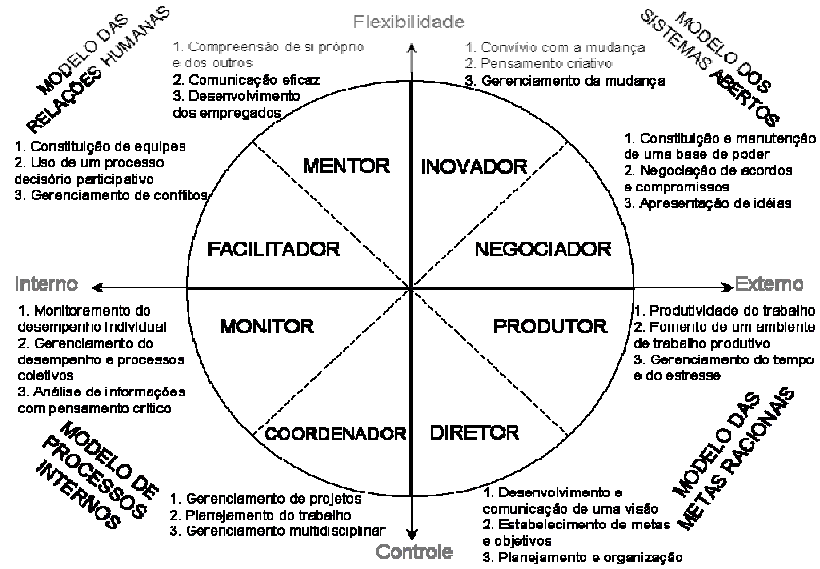
averiguar se o setor está fazendo sua parte. O papel de monitor requer cuidado com detalhes, controle e análise. Como coordenador, espera-se que o gerente dê sustentação à estrutura e ao fluxo do sistema. Entre as características comportamentais do coordenador estão a organização, coordenação dos esforços da equipe, enfrentamento de crises e logística. O modelo de processos internos destaca-se a burocracia profissional, onde os critérios de eficácia são a estabilidade e continuidade, baseando-se na premissa que a rotinização promove estabilidade. A função do gerente consiste em ser um monitor tecnicamente competente e coordenador confiável. Estas características fazem parte do escopo de trabalho e do modelo de gestão das operadoras.

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, neste 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. Sem dúvidas este é o modelo de gestão preponderante das três operadoras.

Os papéis de inovador e negociador pertencem ao modelo dos sistemas abertos. Os inovadores costumam ser visionários. Neste 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. Devem ter astúcia política, capacidade de persuasão e influência e poder. O modelo de sistemas abertos aparece devido à necessidade de compreender em administrar um mundo em rápida transformação e de intenso conhecimento. Os gerentes vivem em ambientes altamente imprevisíveis, dispondo de pouco tempo para dedicar-se à organização e ao planejamento, forçados a tomar decisões rápidas. 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 o gerente como inovador criativo e um negociador usando o poder de influência na organização. As operadoras são fortes na cultura de negociação, faz parte de seu core business, mas pouco inovativas, no sentido em que ficam presas à hegemonia das operadoras que lideram o setor e têm seu foco no papel de controle.

Portanto o modelo de competências gerenciais desenvolvido por Quinn o qual se baseia em quatro modelos gerenciais divididos em oito papéis através da figura II, podemos observar estes papéis e as competências requeridas para o desempenho destes.

Figura VII – Divisão dos papéis nos quatro modelos



Fonte: Quinn et al, 2003

Na Tabela VII temos as características dos modelos gerenciais de Quinn.

Tabela VII – Características dos quatro modelos gerenciais

	Metas racionais	Processos internos	Relações humanas	Sistemas abertos
Símbolo	\$	◇	○	
Crítérios de eficácia	Produtividade/lucro	Estabilidade, continuidade	Compromisso, coesão, moral.	Adaptabilidade, apoio externo.
Teoria referente a meios e fins	Uma direção clara leva aos resultados produtivos	Rotinização leva à estabilidade	Envolvimento resulta em compromisso	Adaptação e inovação contínuas levam à aquisição e manutenção de recursos externos.
Ênfase	Explicitação de metas, análise racional e tomada de iniciativas.	Definição de responsabilidade, mensuração, documentação.	Participação, resolução de conflitos e criação de consenso.	Adaptação política, resolução criativa de problemas, inovação, gerenciamento de mudança.
Atmosfera	Econômico-racional: "lucro líquido"	Hierárquico	Orientado a equipes	Inovadora, flexível
Papel do Gerente	Diretor e produtor	Monitor e coordenador	Mentor e facilitador	Inovador e negociador/mediador

Fonte: Quinn et all, 2003

3.2. Papéis Gerenciais

Nas pesquisas de Quinn, uma das bases teóricas para este estudo, é citado que cada modelo tem o oposto percebido, e o fato do indivíduo compreender e apreciar cada um dos quatro modelos sugere que ele aprendeu algo no âmbito organizacional e aprofundou sua complexidade cognitiva no tocante à liderança gerencial.

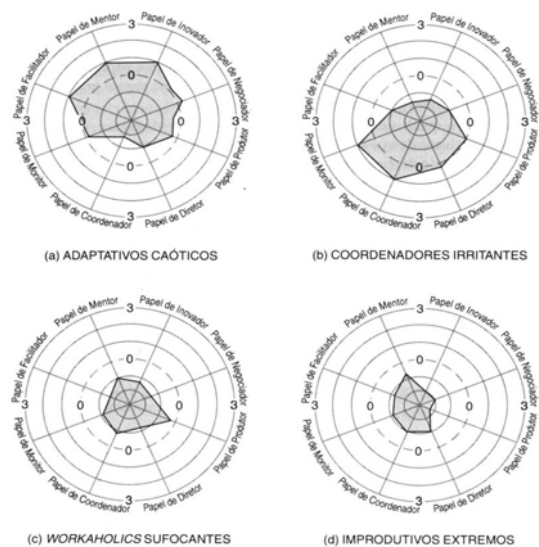
Quinn coloca que no papel de diretor o esperado é que este explicita as expectativas organizacionais por meio de processos; defina problemas e selecione alternativas; gere regras e forneça instruções. No papel de produtor, define-se que este seja orientado para tarefa, mantenha o foco no trabalho e exiba um alto grau de interesse, motivação, energia e ímpeto pessoal. Como monitor, identifica o gerente que deve saber o que se passa em sua unidade, isto é, determina se as pessoas estão cumprindo as regras e averigua se o setor está fazendo sua parte, em síntese, o monitor é um analista. Na vertente do coordenador, a expectativa é de que o gerente dê sustentação e estrutura ao fluxo do sistema; nesse papel, o profissional deve ser digno de confiança e crédito. No quadrante facilitador, espera-se que o gerente fomente esforços coletivos, promova a coesão e o trabalho em equipe e administre conflitos interpessoais. É de suma importância o uso de técnicas para solucionar conflitos, e para obtenção de colaboração e participação nos problemas do grupo. No quadrante superior esquerdo, identificamos o papel do mentor, o qual dedica-se ao desenvolvimento das pessoas mediante uma orientação cuidadosa e de empatia. Este profissional é solícito, atencioso, afável, aberto e justo, escutando reivindicações, transmitindo apreciação e distribuindo elogios e reconhecimento.

Os papéis de inovador e negociador refletem os valores dos sistemas abertos. Como inovador, o gerente é encarregado de facilitar a adaptação e a mudança, prestando atenção ao ambiente em transformação, identificando tendências significativas, conceitualizando e projetando mudanças necessárias. Retrata ainda que, desse gerente, espera-se que seja sonhador e criativo, capaz de enxergar longe, vislumbrar inovações e

apresentá-las de forma convidativa e de convencimento. No papel de negociador é colocado como tendo a capacidade de gerar acordos e compromissos com as pessoas.

Ao ordenar o estudo sobre os oito papéis de liderança, Quinn observa que os gerentes talvez precisem adquirir diferentes competências para galgarem novos patamares da organização. Assim, para tornar-se um gerente capaz é preciso não só habilidade para desempenhar os oito papéis mencionados, mas também é necessário que o gerente tenha condições de mesclar e equilibrar os diferentes papéis. Conforme estudo de Quinn, os perfis ineficazes podem ser identificados na Figura VIII e os eficazes na Figura IX, como:

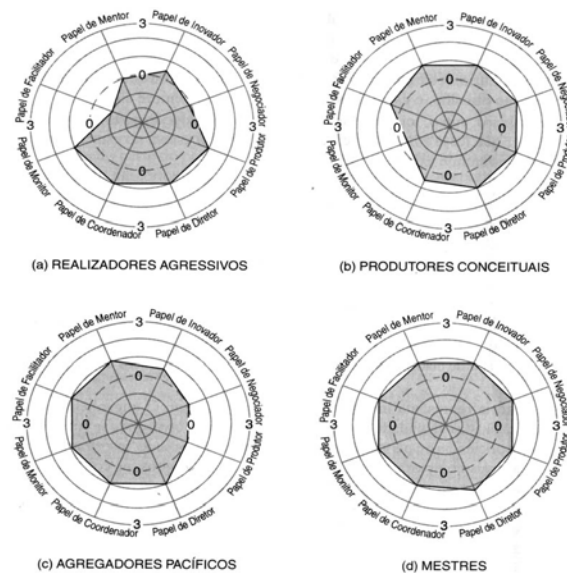
Figura VIII - Perfil Ineficaz



Fonte: Quinn et all, 2003

Na Figura VIII, nota-se que em algumas situações, o gerente tem alta aceitação como facilitador, mentor, inovador e negociador; em contrapartida, baixo desempenho nos quadrantes inferiores (monitor, coordenador, diretor e produtor).

Figura IX - Perfil eficaz



Fonte: Quinn et all, 2003

As três operadoras têm, nos papéis de mentor, facilitador, negociador, monitor e diretor, características muito claras de atuação de seus gerentes. Os papéis de produtor, de coordenador e de inovador aparecem com menor intensidade, dadas as características de atuação das operadoras.

3.3. Competências

Cada um dos oito papéis de liderança do quadro de valores concorrentes (Figura VII) compreende três competências específicas e intrínsecas, que, como os valores, ao mesmo tempo complementam aquelas com que fazem fronteira e contrastam com aquelas que se opõem.

O papel de mentor significa um conselheiro ou guia de confiança, um orientador. Espera-se que o gerente seja prestativo, atencioso, sensível, acessível, receptivo e justo, o líder deve escutar, apoiar as solicitações legítimas e expressar apreciação e reconhecimento. Deve também demonstrar um alto grau de autoconsciência e levar em consideração a influência exercida por seus atos, sobre os de seus subordinados. As competências desse papel são:

a) Compreensão de si mesmo e dos outros

Autoconhecimento, que pode ser baseada pelo modelo de cinco fatores, como grau de neurose (quando a pessoa tende a se preocupar muito e com frequência sente-se ansioso, inseguro ou inativo), extroversão (referindo-se ao grau de sociabilidade, loquacidade e gregarismo manifesto nas interações com os outros), receptividade a novas experiências (trata-se de quanto pro ativo é o sujeito na busca de novas experiências), agradabilidade (enfoca o quanto as pessoas são de boa índole e confiam nos outros) e conscienciosidade (está associada ao grau de organização e persistência de cada um). Ou pode basear-se no indicador de tipos de Myers-Briggs, que apresenta padrões mais ou menos previsíveis como: introversão - extroversão (grau com cada um tende a buscar idéias para decisões dentro de e fora de si), sensação - intuição (aborda o que prestamos atenção em nossa coleta de dados) e pensamento- sentimento (trata do uso que damos as informações).

A chave para compreendermos e ajudarmos os outros é a expansão contínua de nossa própria consciência de tudo aquilo que menos desejamos saber a nosso próprio respeito. Integridade, segurança e auto-aceitação reforçam a capacidade de praticar a empatia (principal competência para ajudar os outros crescerem). A empatia implica colocarmo-nos de fato no lugar do outro e procurar honestamente enxergar o mundo de seu ponto de vista.

b) Comunicação eficaz

Comunicação é a troca de informações, fatos, idéias e significados. A comunicação pode ser utilizada para informar, coordenar e motivar as pessoas, no entanto não é fácil ser um bom comunicador. Alguns empecilhos à comunicação interpessoal efetiva, referentes à capacidade dos envolvidos de enviar e receber mensagens são: a falta de articulação, segundas intenções, status, hostilidade e diferentes estilos de comunicação. Esclarecer quem é o receptor, saber qual é o seu objetivo, analisar o clima, rever a mensagem em seu íntimo antes de dizê-la, comunicar-se usando palavras e expressões com que seu interlocutor esteja familiarizado, fazem parte das ações para uma comunicação eficaz.

c) Desenvolvimento dos empregados

O desenvolvimento dos empregados ocorre por duas abordagens, a primeira é a delegação, que busca o aprimoramento das competências e habilidades dos empregados oferecendo-lhes oportunidades para assumirem mais responsabilidades, esta envolve três elementos essenciais: responsabilidade, autoridade e prestação de contas. A segunda é a avaliação de desempenho, que visa dar aos empregados o feedback acerca de seu desempenho. É encarada como uma ferramenta para facilitar o aprimoramento dos empregados, elucidar expectativas e incrementar a performance.

Os papéis de mentor e facilitador pertencem ao modelo de relações humanas, nestes quadrantes as metas almejadas são o comprometimento e o moral. Assim sendo, é função do gerente ajudar cada um a desenvolver suas próprias habilidades, ao mesmo tempo congregando essas individualidades únicas na construção do time, tendo portanto, como foco o desenvolvimento tanto dos indivíduos quanto do grupo ou equipe.

O papel de facilitador concentra-se no relacionamento entre o líder gerencial e seu grupo de trabalho. Nessa função, o gerente fomenta o esforço coletivo, cria coesão e moral e administra os atritos interpessoais. As principais habilidades do facilitador exigem que equilibrem as necessidades individuais com as da coletividade, de modo a criar um clima positivo no grupo de trabalho. As competências desse papel são:

a) Construção de equipes

O líder gerencial, no papel de facilitador, deve direcionar esforços para ajudar um grupo de pessoas a se transformar numa equipe de trabalho. Grupos e equipes de trabalho possuem peculiaridades como: o grupo estar comprometido com uma meta ou propósito em comum; os membros do grupo necessitam de papéis e responsabilidades claros e interdependentes; há uma estrutura de comunicação que fomenta o compartilhamento de informações, o grupo deve ter um senso de prestação mutua de contas.

O facilitador tem como responsabilidade esclarecer o papel de cada um dos subordinados, definir claramente o que se espera de cada componente do grupo, livrando-se de ambigüidade ou conflitos de papéis. Da mesma forma, os líderes precisam aprender como compartilhar seu poder, entender que é aceitável que não saibam tudo e descobrir o que os empregados e a organização esperam deles.

Os papéis de tarefa e manutenção do grupo são indispensáveis para o bom funcionamento das equipes. No papel tarefa, os comportamentos giram em torno do que a equipe deve alcançar (missão). No papel manutenção de grupo (ou orientados para o processo), os comportamentos concentram-se em como o time realizará tarefa (incentivo e feedback)

b) Uso da tomada participativa de decisões

As técnicas de gestão participativa partem do pressuposto de que os funcionários devam ter a oportunidade de contribuir para decisões que afetam suas vidas. As organizações que adotam essa abordagem têm vantagem competitiva, principalmente em ordem econômica. Os funcionários sentem-se mais motivados e desenvolvem um senso mais aprofundado de compromisso organizacional. Porém, há ocasiões em que essa participação é inviável ou inapropriada, além disso, cabe aos líderes gerenciais decidirem o que deve ser levado em conta ao envolver os funcionários.

Os processos decisórios diferem com relação a quantidade de autoridade concentrada nas mãos do patrão e na dose de liberdade concedida aos empregados.

As boas reuniões cumprem o propósito a que se destinavam, e nelas verifica-se uma adequada contribuição de todos os participantes. O bom gerenciamento de uma reunião é a capacidade de manter o foco, garantindo oportunidade de participação efetiva de todos. Os líderes devem certificar-se de que todos envolvidos compreenderam as intervenções dos demais e sentem que seus pontos de vista foram ouvidos.

c) Administração de conflitos.

Cada tipo de atrito pode ter conseqüências positivas ou negativas. O conflito de relacionamento tende a produzir maus resultados, e o conflito de tarefa pode acarretar decisões efetivas. O desafio para nossas concepções e idéias pelo questionamento, em vez da aceitação incondicional, faz com que confiemos nos companheiros de trabalho.

O papel de monitor: para a manutenção de uma equipe de alta performance o monitoramento é muito importante para o desempenho individual e coletivo. As competências desse papel são:

a) Monitoramento do desempenho individual

Como monitorar o desempenho individual dos funcionários? Que informações utilizar? O funcionário deve ser monitorado no seu modo de atuar, realizar o trabalho solicitado, trazendo resultado para a organização.

b) Gerenciamento do desempenho e processos coletivos (administrar processos essenciais)

O que são processos essenciais: Estes são aqueles processos que agregam valor ao produto ou serviço da organização. Avaliando processo coletivo é possível avaliar como este influencia sobre o todo da organização, quais são suas partes críticas, onde estão suas etapas limitadoras ou que podem ser melhoradas. Estas etapas do processo e os processos em si devem ser avaliados de forma objetiva e com constante “feedback”.

c) Administração de informações por meio de pensamento crítico

Para ficar mais fácil de expor e analisar as idéias, estas precisam ser apresentadas pelos membros da equipe com clareza, devem conter o máximo de informações (de forma crítica e objetiva) e deve haver uma linha de raciocínio lógico.

Não importa como vêm estas informações, mas como você lida com elas, deve selecionar quais informações devem ser lidas e por quem, definindo prioridades.

Os papéis de monitor e coordenador fazem parte do modelo dos processos internos, no qual os fins almejados são a estabilidade e o controle e os meios presumidos para atingi-los, estão relacionados a rotinização, mensuração e documentação. Neste quadrante, a preocupação é a manutenção do fluxo de trabalho e de informações sem sobressaltos, espera-se que os líderes gerenciais monitorem a situação que os cerca e façam uso de ferramentas analíticas para controlar os processos. O modelo parte do pressuposto de que ao gerar as estruturas organizacionais, tais como: regras, políticas e procedimentos, o gerente pode empenhar-se por mantê-las em equilíbrio.

O papel de coordenador: tem seu foco primário na eficiência do fluxo de trabalho, não implicando necessariamente que o gerente tome todas as decisões referentes ao planejamento e fluxo de trabalho, nem que todo o trabalho precise ser estruturado numa rotina, mas sim que é de sua responsabilidade cuidar de que as pessoas certas estejam no lugar certo na hora certa, a fim de cumprir a função correta. As competências desse papel são:

a) Gerenciamento de projetos

Estão inclusas nesta competência: o planejamento de projetos, ou seja, a definição dos pré-requisitos do trabalho, definição de volume de trabalho, definição dos recursos de trabalho; e o monitoramento de projetos, que inclui, monitoramento dos progressos, comparação entre as previsões e a realidade, análise de impacto e as adaptações.

b) Planejamento do trabalho

Existem duas principais vertentes na reestruturação do trabalho: a) foco no cargo individual: modelo baseado em 5 características ou dimensões essenciais (leque de competência, identidade da tarefa, relevância da tarefa, autonomia e feedback), que promoveriam 3 estados psicológicos críticos (valor percebido do trabalho, responsabilidade percebida pelos resultados do trabalho e conhecimentos dos resultados concretos do trabalho), capazes de influenciar os resultados pessoais e profissionais; b) potencial motivacional do trabalho= valor percebido do trabalho X responsabilidade percebida pelos resultados do trabalho X conhecimentos dos resultados concretos do trabalho.

A partir dos critérios acima, vários modelos de reestruturação do trabalho foram propostos como: ampliação de tarefas, rotação de tarefas e enriquecimento de tarefas.

Foco em grupos de trabalho auto-gerenciados. São consideradas na atualidade uma das forças cada vez mais populares e presentes no mundo empresarial. Durante a estruturação deste tipo de grupo deve-se determinar a quantidade de treinamento multifuncional a ser aplicada, ou seja, se os membros do grupo devem ser treinados para desempenhar todas as funções atribuídas ao grupo, ou espera-se que cada um contribua com competências e responsabilidades exclusivas, que são mais apreciadas, mas não são reproduzidas por todos os outros.

c) Gerenciamento multifuncional

Trata-se do gerenciamento das equipes de trabalho citadas acima, e tem por diretrizes básicas: esclarecimento de metas e a declaração de missão, granjeando a adesão da equipe; criação de uma massa crítica de liderança; manutenção da equipe e de seus membros pela responsabilidade do desempenho coletivo; manutenção da equipe multifuncional com o menor tamanho possível dentro de uma representação funcional crítica; fornecimento à célula multifuncional informações relevantes e sempre atualizadas; treinamento dos envolvidos no trabalho em equipe e em gerenciamento de processos; esclarecimento de expectativas dentro e entre as equipes e estimulação dos membros da equipe a mudarem de papel.

Os papéis de monitor e coordenador fazem parte do modelo dos processos internos, no qual os fins almejados são a estabilidade e o controle e os meios presumidos para atingí-los estão relacionados a rotinização, mensuração e documentação. Neste quadrante, a preocupação é manutenção do fluxo de trabalho e informações sem sobressaltos, espera-se que os líderes gerenciais monitorem a situação que os cerca e façam uso de ferramentas analíticas para controlar os processos. O modelo parte do pressuposto de que ao gerar as estruturas organizacionais, tais como: regras, políticas e procedimentos, o gerente pode empenhar-se por mantê-las em equilíbrio.

O papel de diretor: sob muitos aspectos reflete a essência da definição de liderança. As competências desse papel são:

a) Desenvolvimento e comunicação de uma visão

Pode-se dizer que visão é condição *sine qua non* para liderança. O líder ajuda os demais a enxergar o que tem a sua frente mediante ao foco que possui. Para aumentar a eficácia da visão existem certos temas como: mudança, seja qual for o motivo, ambiente, cliente, mercado, produto, aceitar a necessidade da mudança é fundamental; estabelecer metas, objetivos e colocar o foco nas pessoas, tanto internas como externas.

O líder tem que ter influência, ter satisfação do emprego, motivação, comprometimento, lealdade, compreender os valores da organização, orgulhar-se da empresa. Assim, para desenvolver e comunicar a visão de maneira eficaz, os líderes devem identificar, estruturar e desenvolver uma visão que apele para um objetivo comum, capaz de conquistar todos os subordinados; comunicar tal visão nos âmbitos estratégico, tático e pessoal, apresentando-a assim de uma forma tão concreta que as pessoas possam se visualizar dentro dela, e, conhecer e acreditar pessoalmente na visão, de modo a poderem demonstrar de modo genuíno, que suas palavras refletem suas convicções pessoais.

b) Estabelecimento de metas e objetivos

O passo lógico seguinte ao desenvolvimento e comunicação de uma visão é a formulação de planos organizacionais, metas e objetivos específicos, com vistas à consecução da referida visão.

A definição de metas ocorre em todos os níveis da organização, entretanto variam conforme o nível hierárquico em que se dão. Nos patamares mais elevados de liderança gerencial tende a girar em torno da visão. O foco é estratégico e direcional, envolvendo a decisão mais básica e fundamental da organização: a escolha de missões, estratégias e alocações genéricas de recursos. O conjunto dessas escolhas estratégicas-visionárias é que vai moldar de maneira geral o futuro da empresa.

Nos escalões inferiores da gerência e supervisão, o estabelecimento de objetivos tende a ser mais tático, com uma ênfase primária na implementação e execução de decisões tomadas conforme a visão estratégica ou planejamento direcional.

c) Planejamento e organização

O planejamento e a organização são movidos pela visão e estratégia articuladas. Não existe planejamento perfeito, todos possuem vantagens e desvantagens relativas. A visão e estratégia determinam os critérios para escolher entre os prós e contras de cada um. Sugere-se o “modelo em estrela” como um quadro de referências para a estruturação das organizações. O modelo identifica cinco categorias ou elementos a considerar no processo de planejamento: estratégia, estrutura, processos, recompensas e pessoas.

No âmbito organizacional, a divisão das atividades entre os funcionários é denominada de departamentalização, e podem ser divididas por função, divisão ou matriz.

É importante mencionar que as organizações podem ser denominadas como verticais ou horizontais. As verticais são dotadas de vários níveis hierárquicos, enquanto as horizontais são aquelas com menos camadas. Em geral, as primeiras tendem a mostrarem-se menos eficientes que as segundas, em ambientes complexos como as operadoras.

Na esfera das metas racionais, o complemento para o papel de diretor é o papel de produtor. As competências desse papel são:

a) Trabalho produtivo

Existem quatro práticas úteis, indissociáveis da consecução do desempenho ideal: definição de metas, engajamento total e imersão na atividade, hipersensibilidade e consciência da atividade durante seu desenrolar e capacidade de desfrutar da experiência imediata, em tempo real.

b) Fomento a um ambiente de trabalho produtivo

Existem dois aspectos críticos do fomento a um ambiente de trabalho produtivo, o primeiro é o sistema de recompensa e o segundo é como motivar os outros.

As organizações baseiam o contrato psicológico com seus funcionários no reconhecimento da importância e do valor do capital humano, ou seja, contrato de empregabilidade: desenvolver as competências e aplicá-las de maneira que ajudem a empresa a vencer e comportar-se de acordo com os novos valores essenciais, assim será proporcionado um ambiente de trabalho desafiador, apoiando para seu desenvolvimento e recompensas proporcionais à sua contribuição.

Para fomentar um ambiente de trabalho produtivo, é preciso atentar para todo o universo de potenciais fatores do ambiente de trabalho, cuja importância e influência dependem muito do contexto particular e dos indivíduos específicos envolvidos.

c) Administração do tempo e do estresse/ Equilíbrio de demandas concorrentes

A questão do estresse (e de sua administração) vem crescendo em importância para as organizações e seus gerentes. Além de afetar a saúde física, o estresse pode prejudicar a capacidade e disposição dos funcionários para cumprir as suas atribuições, na medida em que reduz suas habilidades cognitivas, nível de energia e motivação, capacidade de se relacionarem com os colegas, além dos prejuízos para as organizações.

As causas do estresse são variadas, podendo ser por situações de vida estressante ou mesmo por características de personalidade. Existem estratégias para administrar o estresse, a primeira medida é esclarecer os valores, posteriormente prestar atenção na saúde física, utilizar de técnicas de relaxamento, criar sistemas de apoio pessoal e fazer pausas para ajudar restaurar energias.

Em relação à administração do tempo também podemos utilizar estratégias, como planejar e estabelecer prioridades regularmente e analisar de que forma estamos gastando o tempo.

O papel de negociador: O negociador apresenta e negocia idéias com eficácia; nas organizações ideais só dão certo as pessoas enxergarem benefícios aplicados. As competências desse papel são:

a) Construção e manutenção da base do poder

O poder costuma ser definido como a capacidade de mobilizar pessoas e recursos para conseguir que as coisas sejam feitas. O poder pessoal depende das impressões pessoais que causamos nos demais, o poder do especialista baseia-se na perícia técnica em determinado campo ou área e o poder de relacionamento ou capital social dá-se devido a pessoas e informações que temos acesso. O negociador deve ser capaz de influenciar ao controlar, deve ter capacidade de influenciar supervisores e subordinados, com técnicas diferentes para os três casos, pois estes têm visões diferentes.

b) Negociação de acordos e compromissos

O papel mais importante neste ponto é o diálogo, um processo de resolução de divergências mediante cuidadoso compartilhamento de pontos de vista. A primeira condição é o objetivo mútuo, as metas devem ser claras e explicadas desde o início.

c) Apresentação de idéias

Uma apresentação eficaz deve pautar-se em alguns pontos: 1. Objetivo: deve ser sempre claro, definido e não partir do pressuposto de que o público deve tomar consciência do mesmo; 2. Audiência: compreender o modo de conduzir a apresentação de um ponto a outro; e 3. Recursos: ajudam na preparação da apresentação, dão um bom suporte, uma seqüência ao acesso aos dados o polimento do apresentador.

O papel de inovador é um dos mais instigantes, mas menos compreendidos dos oito papéis de liderança. Seu foco está na capacidade de adaptação e resposta ao ambiente externo. A mudança hoje é inevitável em todos os aspectos da vida organizacional. Em muitos casos a transformação e a inovação são desejáveis, indispensáveis para o funcionamento, crescimento e sobrevivência das organizações. Esse modelo encara a mudança como uma oportunidade desafiadora de crescimento e desenvolvimento positivos tanto para a organização quanto para seus funcionários. As competências desse papel são:

a) Convívio com a mudança

É baseado na aceitação pessoal e no convívio com a mudança. É necessária uma mudança de atitude com relação à mudança e um esforço consciente no sentido de eliminar a resistência psicológica a ela.

b) Pensamento criativo

A criatividade é uma maneira de pensar que envolve a geração de novas idéias e soluções.

Existem três dimensões da criatividade, a saber: *Habilidades referentes ao domínio*: são aqueles associados aos conhecimentos básicos e especializados indispensáveis ao pensamento criativo; *Habilidades*

criativas: são aquelas que permitem aos indivíduos associar conceitos até então independentes e a conceber novas maneiras de pensar; *Motivação de tarefas*: refere-se à existência de um ambiente organizacional de fomento à criatividade dos empregados.

A criatividade requer que se saiba como trabalhar com outras pessoas criativas e empregar técnicas que maximizem a probabilidade de elas produzirem soluções não convencionais.

c) Gerenciamento da mudança

Precisamos mudar para atingir metas e objetivos, tais como aumentar nossa eficiência, enxugar custos, competir por dinheiro e recursos, promover avanços tecnológicos, cumprir regulamentações governamentais, incrementar os serviços prestados para os clientes e responder às pressões do público. Embora empreendamos essas alterações e adaptações em reação a transformações sociais, não necessariamente elas são inesperadas ou impostas; pelo contrário, decidimos promovê-las a fim de cumprirmos de modo mais efetivo a missão da organização, que atua num mundo dinâmico e volátil.

Cinco tipos de mudanças têm grandes chances de provocar resistência por parte dos funcionários, na medida em que estes acreditam que elas afetarão seus comportamentos profissionais habituais.

1. Mudanças que afetem as demandas de conhecimento e competência.
2. Mudanças associadas a perdas econômicas ou de status.
3. Mudanças sugeridas por outros.
4. Mudanças que envolvam riscos.
5. Mudanças que acarretem uma ruptura das relações sociais.

III) METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de três operadoras de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão. Os dados e informações foram obtidos através de:

- a) levantamento da estrutura da operadora através da análise documentos (estatutos, regimentos internos, organograma e legislação pertinente);
- b) levantamento dos processos críticos de funcionamento da operadora, através de entrevistas com os gestores;
- c) aplicação de um questionário sobre competências, a ser preenchido pelos gestores;
- d) descrever a estratégia adotada a partir da análise das entrevistas realizadas com os gestores;
- e) levantar as informações disponíveis na literatura sobre o tema

A metodologia se constitui nas análises de documentos, leis, estatutos e regimentos internos e estruturas organizacionais das instituições. Realizaram-se também, entrevistas com os principais gestores das operadoras através da aplicação de um roteiro com 40 perguntas. Foram feitas várias visitas, com conversas informais e observação direta do dia a dia da operadora, constituindo-se um estudo de campo.

A natureza de análise dos dados obtidos em campo é qualitativa e exploratória.

Através dos conceitos obtidos na literatura, resumidos e sintetizados, realizaremos a análise dos dados e das informações obtidas.

O roteiro da entrevista e o questionário respondido pelos gestores sobre competências estão anexos.

Nossa questão central é “Como gerenciar estrategicamente as operadoras através de sua estrutura adotada e suas competências gerenciais?”, “Qual é a estratégia a ser seguida?”, “Qual a estrutura adotada?”, “Quais são os processos críticos?” (Sistemas de informações gerenciais, banco de dados, indicadores epidemiológicos, análise de risco e controle de qualidade). “Quais as competências gerenciais praticadas?”. 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.

IV) DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

4.1. Entrevistas resumidas

Quadro II - Resultado – Operadoras – Modalidade em Autogestão 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 9656/98;
- * 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 inter pessoal 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 seis membros, sendo que 50 % são indicados e 50 % são eleitos;

* São seis titulares e seis suplentes.

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

* Há pouca comunicação entre ambos. Há uma assembléia 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 oito 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 financeiros, 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;

* Através de 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;

* Infra-estrutura adequada, TI e processos;

* Estructurei 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 infra-estrutura.

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 eles 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 III - Resultado – Operadoras – Modalidade em Autogestão
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”. Fica fácil 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. Fica fácil 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?

* Regimento interno.

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

* Democrática e transparente. Pró-ativa 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 IV - Resultado – Operadoras – Modalidade em Autogestão **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 cujos 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. Super estimação 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 assembléia 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, pró-atividade, empreendedorismo e planejamento;

* Tem: conhecimento de mercado. Não tem planejamento.

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

* Co-responsabilidade 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 contribuía 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 farra;

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

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

- ser co-responsável 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 idéia é tirar do pronto socorro. (é mais caro);

* Seção de operação e controle = 39 funcionários;

* Fundação Cesp = 100 funcionários.

4.2. Quadros de competências declaradas

Quadro V – Competências Sabesprev

	O que deveria ter	O que tem
Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação de sistemas e processos TI; • Capital humano em constante processo de desenvolvimento; • Comunicação interna do topo para a base; • Gestão de riscos para negócio; • Manual organizacional; • Política de recursos humanos; • Políticas e metodologias claras de avaliação de desempenho; • Processos e rotinas atualizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • A política existente é falha/ incompleta; • Capital humano em constante processo de desenvolvimento; • Comunicação vertical; • Cultura organizacional melhor definida; • Existe um processo formal de comunicação entre a diretoria e as equipes; • Gestão de riscos focado em TI/negócio. • Políticas de governança corporativa; • Processo de comunicação ajustada entre diretor/gerentes; • Processos/rotinas com necessidades de revisão periódica; • Sistema informática não atende as necessidades atuais; • TI atende às necessidades básicas; • TI em processos de evolução;
Gerenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências para a tomada de decisões estratégicas; • Gestão de pessoas; • Gestão de resultados; • Planejamento estratégico modelo bem desenvolvido com cultura disseminada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimentos técnicos focados na infra estrutura e sistemas de informação; • Empreendedorismo – processo em desenvolvimento; • Existe, mas necessita de aprimoramento no seu foco e execução; • Gestão de contratos. • Gestão de pessoas adequada; • Gestão de resultados; • Os gestores procuram realizar a gestão, mas sofrem por conta da deficiência da política; • Planejamento estratégico + PPR em fase de desenvolvimento • Planejamento estratégico em processo evolutivo. Ainda carente em seu aprimoramento; • Práticas de gerenciamento de projetos e pessoas;
Individuais	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação interna mais intensa; • Conhecimento; • Criatividade; • Desenvolver soluções; • Disposição para assumir desafios e responsabilidades com comprometimento. • Flexibilidade; • Foco no cliente; • Iniciativa; • Negociação; • Team work (trabalho em equipe); • Trabalho por processos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Constante desenvolvimento profissional e capacidade de identificar soluções; • Desenvolvimento profissional; • Evolução pessoal; • Flexibilidade e criatividade no desempenho das funções; • Ilhas de processos (“eu fiz a minha parte”); • Iniciativa; • Lento processo de mudança; • Negociação com foco no cliente e na empresa; • Senso crítico, inovador e empreendedor; • Trabalho em equipe.

Fonte: Gestores da Sabesprev

Quadro VI - Competências Metrus

	O que deveria ter	O que tem
Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidade, • Gestão para novos patrocinadores; • Inovação e empreendedorismo, apesar do engessamento, por ser uma instituição de previdência fechada; • Maior independência para as decisões institucionais • Rapidez na tomada de decisões e motivador; 	<ul style="list-style-type: none"> • Administração transparente; • Boa comunicação; • Credibilidade; • Credibilidade no segmento; • Inovação; • Participação ativa da empresa e dos empregados; • Participação paritária de representantes da patrocinadora e participantes; • Qualidade; • Segurança; • Seu principal ativo são as pessoas; • Transparência.
Gerenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da legislação; • Maior interação entre as demais gerências; • Maior poder de decisão; • Mais agilidade e poder nas decisões em sensível; • Manter-se atualizado; • Reconhecimento; • Saber ouvir; • Saber trabalhar em equipe; • Ter flexibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criatividade; • Desenvolvimento de novos projetos e atividades; • Estrutura mais adequada à gestão, porém ainda em construção; • Inteligência; • Liderança.
Individuais	Boa vontade, iniciativa, saber ouvir, comunicação, pró-atividade, comprometimento e bom senso;Elaboração de rotinas funcionais; Delegação de atividades; Mais organização;Mais habilidade para relacionamento entre áreas	<ul style="list-style-type: none"> • Comodidade; • Equipe motivada; • Incentivo ao aprimoramento profissional por intermédio de cursos, congressos, etc; • Possibilidade de qualificação profissional, através de incentivos financeiros(subsídios em anos) • Respeitar horários; • Trabalho em equipe.

Fonte: Gestores da Metrus

Quadro VII - Competências Fundação Cesp

	O que deveria ter	O que tem
Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • A flexibilidade na governança • Aprovação das normas e procedimentos baseada em avaliação prévia da área de auditoria; • Bom relacionamento com os clientes; • Capacidade de adequação de sua natureza jurídica, visando propiciar a expansão; • Capacidade de implementar novos produtos; • Capacidade tecnológica para suportar a gestão de planos de previdência e saúde com excelência, oferta de produtos desenhados sob medida, suporte à expansão; • Conhecimento da legislação/regulamentação; • Custo Benefício • Custo efetividade • Definição de missão/valores/metasp • Desenvolvimento de tecnologia/sistemas; • Gestão de pessoas; • Gestão de processos; • Planejamento e organização; • Plano de comunicação; • Posicionamento de mercado; • Visão de mercado. 	<ul style="list-style-type: none"> • A estruturação organizacional “departamental” dificulta a atuação integrada com vistas à excelência de determinados produtos; • A gestão dos planos está calcada no sistema informatizado que ainda está em aperfeiçoamento; • Aprovação das normas e procedimentos sem avaliação prévia da área de auditoria; • Bom relacionamento com os clientes; • Capacidade de implementar novos produtos; • Comportamento ético; • Comprometimento; • Conhecimento da legislação/regulamentação; • Credibilidade; • Definição de missão/valores/metasp. • Dificuldade de atendimento às exigências de dois órgãos reguladores (ANS e SPC); • Governança muito dependente de decisões do conselho deliberativo; • Inovação; • Limitação para a ampliação de clientes, dada a condição de obrigatoriedade de adesão à Previdência, para contratação de administração de assistência à saúde; • Posicionamento de mercado; • Qualidade de produtos e serviços; • Transparência;
Gerenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Atuação estratégica; • Capacidade de alinhar os conceitos, atitudes dos colaboradores, bem como a motivação para visão e missão; • Capacidade de decisão; • Competência; • Conhecimento da legislação; • Conhecimento de mercado; • Criatividade; • Equilíbrio entre o resultado das metas e os itens comportamentais; • Estratégia de comunicação; • Expertize; • Flexibilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia limitada; • Capacidade de decisão; • Competência; • Comunicação; • Conhecimento; • Decisão; • Empreendedor; • Expertize; • Gerenciamento de risco pouco adaptado às necessidades; • Não tem criatividade; • O alinhamento dos conceitos vem sendo progressivamente incorporados em termos de ciência. Ainda não é

	<ul style="list-style-type: none"> • Formação em gestão de Saúde; • Gerenciamento de risco bem adaptados às necessidades; • Inovação; • Liderança; • Maior autonomia; • Ousar relação com o prestador de serviços; • Planejamento; • Relacionamento inter-pessoal; • Relatórios de performances e resultados; • Trabalho em equipe; • Visão estratégica; • Visão sistêmica. 	<p>consensual a sua aplicabilidade nas atividades do dia-a-dia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderança; • Pró- atividade, • Realiza esta atividade de gestão de pessoas e promove política de recursos humanos propensa à conjugação das habilidades individuais; • Relacionamento inter-pessoal; • Relatórios insuficientes; • Resultado das metas possui peso muito maior na avaliação; • Visão sistêmica;
Individuais	<ul style="list-style-type: none"> • Boa vontade; • Comprometimento; • Comprometimento com a visão e a missão, com a excelência, com os valores, além dos princípios éticos básicos; • Comprometimento com os resultados da empresa e com os reflexos das suas ações; • Comunicação; • Conhecimento; • Dedicção; • Flexibilidade; • Foco no cliente; • Habilidade/talento; • Iniciativa; • Liberação com os relatórios de checagem para todos os pagamentos e cobranças; acompanhamento das atividades com base em cronograma das etapas (real x realizado), incluindo as etapas de controle; • Negociação; • Planejamento/organização; • Relacionamento inter-pessoal; • Saber ouvir; • Trabalho em equipe; 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento das atividades com base em cronograma das etapas (real x realizado), incluindo as etapas de controle, mas de forma parcial; • Competência; • Conhecimento; • Cultura assistencialista e compromisso focado somente na sua atividade; • De forma geral o comprometimento é percebido nos colaboradores. Há ainda o que avançar em termos da excelência e relacionamento entre áreas; • Foco no cliente. • Habilidade/talento; • Habilidade de trabalhar sob pressão; • Iniciativa; • Liberação sem relatório de checagem para todos os pagamentos e cobranças; • Negociação; • Relacionamento inter-pessoal;

Fonte: Gestores da Cesp

4.3. Considerações sobre as operadoras

A estratégia adotada deve ser explicitada, discutida e constantemente avaliada pelas operadoras. Ela é uma atividade da operadora preponderantemente voltada para fora, portanto também depende do ambiente, principalmente dos processos de regulação, de incorporação de tecnologia e de criação e gestão do conhecimento e da informação. Todos estes elementos são dinâmicos, estão em constante mudanças e

desenvolvimento. Muitas vezes as operadoras prendem-se a uma forma de pensar e agir e não percebem as mudanças do ambiente, e principalmente as alterações das necessidades dos beneficiários, dos fornecedores e dos prestadores de serviços.

As operadoras procuram focar suas atividades nos interesses dos beneficiários, buscam atender tanto suas necessidades, como também atender aos interesses das prestadoras de serviços assistenciais. Estes interesses, muitas vezes, são conflitantes com as necessidades dos beneficiários. A qualificação da informação, o desenvolvimento da tecnologia e das competências é o caminho da gestão desses conflitos e os processos a serem construídos pelas operadoras. As agências, por sua vez, através da regulação, buscam uma racionalidade maior no equilíbrio do mercado e procura também uma melhor qualificação das informações e das relações público-privado.

Constatou-se que a modalidade autogestão em assistência à saúde tem maiores índices de satisfação por parte tanto dos beneficiários, quanto das empresas prestadoras de serviços assistenciais. Isso é o que demonstram os indicadores das pesquisas citadas. Elas ocupam o primeiro lugar na satisfação das empresas que contratam os serviços. O índice de satisfação das organizações com as autogestões chega a 51%, superando largamente os índices referentes às seguradoras (21%), das administradoras de planos (13%), cooperativas médicas (11%) e medicinas de grupo (7%). A constatação está registrada na 22ª Pesquisa de Benefícios, realizada pela consultoria Towers Perrin em 2003, que ouviu dirigentes de 216 empresas de vários ramos de atuação. Os documentos analisados e as entrevistas realizadas com os gestores corroboram com esta pesquisa, ratificando-a com relação ao item satisfação.

A modalidade de autogestão é uma solução para a assistência à saúde dos beneficiários de instituições que possuem uma grande escala populacional. Nessa modalidade, a empresa e os beneficiários do plano pagam apenas pelos serviços utilizados. Não existe mercantilização nem as sucessivas renegociações contratuais e seus prejuízos decorrentes. Seus custos são menores (Tabela II). Isto é colocado pelos gestores das operadoras nas entrevistas sobre a qualidade do atendimento e sobre a relação com os clientes, sejam as empresas prestadoras de serviços de assistência à saúde e/ou os beneficiários.

As competências organizacionais das operadoras são importantes para a definição das competências gerenciais e individuais dos colaboradores. Elas têm um *know-how* de regulação, *expertise* na gestão da rede de prestadores e beneficiários. 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, ativos); 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). As operadoras necessitam um melhor entendimento e alinhamento entre as competências organizacionais e gerenciais e suas estratégias. Sabemos que as pessoas estão inseridas em todos os recursos, independente da forma como são classificadas, e conseqüentemente as pessoas estão na geração e sustentação das competências organizacionais.

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 (beneficiário); o programa de saúde é concebido de acordo com as características e necessidades da organização compradora dos serviços (estabelecimento de parcerias com os compradores); a garantia de qualidade, de abrangência, de economia e a burocracia reduzida (para o beneficiário) proporcionam satisfação e conseqüentemente maior adesão dos beneficiários (fidelização do 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 na necessidade do cliente); 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 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. Estas colocações demonstram o alinhamento da autogestão com os interesses dos beneficiários. Elas também são comprovadas pelas pesquisas junto aos beneficiários e prestadores de serviços assistenciais.

A modalidade autogestão ganhou força através do exercício da política de recursos humanos de determinadas empresas que visavam assegurar a boa saúde de seus trabalhadores, possibilitou a essas empresas recrutar e reter os melhores profissionais. O plano de saúde é um bom atrativo para a manutenção dos talentos nas organizações. É um benefício de complementação salarial valioso.

A modalidade autogestão, por não ter finalidade lucrativa e tendo um fim específico qual seja, prestar assistência à saúde dos seus participantes, passou a ser mais respeitada pelo mercado e pelos órgãos regulamentadores.

O ambiente político/social das operadoras é muito regulamentado. Tem várias instituições reguladoras (ANS, ANVISA, MF) que interferem na sua operacionalização, estrutura e estratégia. A regulamentação passa a ser, também, um custo administrativo que deve ser absorvido por elas.

Uma restrição importante encontrada nas operadoras foi a necessidade de outras formas de financiamento, ou seja, outras patrocinadoras além das já existentes. Isto é apontado como um dos fatores limitativos da estratégia das operadoras modalidade autogestão e sempre citado como uma oportunidade para o seu crescimento.

As operadoras têm na utilização e arranjo dos seus recursos, a oportunidade de obter vantagens competitivas no mercado, isto é evidenciado na análise de sua estrutura e do quadro gerencial. O arranjo do conhecimento (capital intelectual), da informação e das tecnologias de informação, aliado às competências gerenciais, parece ser um bom caminho para a estratégia de atuação das operadoras modalidade autogestão.

4.3.1 – Sabesprev

A Sabesprev não visa o lucro e tem seus gastos diminuídos devido a não ter despesas com corretagem, gastos com propagandas e publicidade, etc, segundo seus gestores. Isto lhe dá uma vantagem em termos de custos com relação às medicinas de grupo e as unimed, podendo cobrar preços menores por seus serviços. Tem, portanto, maiores margens para obtenção de um equilíbrio financeiro.

Por outro lado ela tem alguns produtos deficitários, como o plano dos aposentados, que é deficitário financeiramente, mas que cumpre uma finalidade social e de exemplo de valorização dos recursos humanos da empresa contratadora, através da oferta do salário indireto, que é o benefício de assistência à saúde.

Os gestores da Sabesprev acreditam que as operadoras estão evoluindo na direção das atividades de medicina preventiva e do tratamento e controle de doenças crônicas dos seus beneficiários. Além do benefício para o beneficiário, estas atividades buscam a redução de custos da própria operadora.

Por ser um grupo fechado, mantém o foco nos resultados, em termos de melhor assistência à saúde e prevenção, já que a população assistida é bem delimitada. Esta delimitação permite um tratamento diferenciado aos beneficiários.

Os pontos de excessiva burocratização dos processos internos (devido à legislação e à necessidade de controle) são grandes entraves a seu desenvolvimento organizacional e gerencial da Sabesprev, enquanto instituição.

Uma das alternativas apontadas para enfrentar a concentração do mercado é uma maior união das operadoras modalidade autogestão, para poder fazer frente à competição com as medicinas de grupo e as

unimeds. O multipatrocínio, o gerenciamento de doenças crônicas, o gerenciamento de riscos e o controle de custos também são apontados como alternativas para o crescimento e fortalecimento da Sabesprev.

Atualmente a estrutura da Sabesprev corresponde aos resultados obtidos e às suas necessidades, segundo parte de seus gestores. Na estrutura as propostas de atuação partem das gerências, que clamam por maior autonomia. No entanto constatamos a falta de uma área de risco e de uma célula de planejamento e desenvolvimento nesta estrutura.

Internamente a Sabesprev procura se reestruturar em busca de um desenho organizacional, incorporando mudanças mais significativas nas áreas de informática (informação com qualidade é estratégica), de estatísticas (melhorar a qualidade e a disponibilidade dos dados e das informações) e um setor de controle dos custos.

A terceirização é uma necessidade estratégica tanto para a redução de custos, como para a contratação de serviços especializados, importantes, e cuja instituição não tem escala para ter serviços próprios. Os serviços terceirizados são a informática, a auditoria de campo, o atendimento *home-care*, a fisioterapia, o oxigênio e o curativo.

As dificuldades de mudanças internas apontadas pelos gestores são três: a resistência à mudança; a cultura de uma instituição que tem cara de beneficente, mas não é; e a demora de respostas dos prestadores de serviços assistenciais.

As competências individuais, gerenciais e organizacionais ainda não estão claras para o grupo gestorial. Confundem competências com conhecimento e as competências das pessoas com as da organização. Esta questão é estratégica, pois tem relação com a melhoria da competitividade da operadora no mercado.

Na análise através da matriz SWOT constatamos o seguinte: as *forças* são o atendimento personalizado e a competência do grupo gerencial; as *fraquezas* são a confusão entre negócio e benesse; o fato da operadora ter um único patrocínio, a terceirização da informática e a imaturidade do corpo gerencial; as *ameaças* são a diminuição dos beneficiários e a entrada de medicina de grupo; e a *oportunidade* é o multipatrocínio.

Uma das desvantagens da autogestão apontadas pelos entrevistados é a prestação de serviços ser vista como benesse e não como uma retribuição de uma relação profissional aos funcionários da Sabesp. Esta visão da prestação de serviço como negócio, no sentido de uma atividade profissional, que tem custos, é um elemento presente no discurso dos gestores durante as entrevistas; desta maneira, o conhecimento de riscos e de oportunidades são competências gerenciais consideradas importantes na estratégia da operadora.

Encontramos uma tendência à diminuição do número de funcionários, com a terceirização das empresas contratadoras, diminuindo conseqüentemente a escala de benefícios e as receitas. Daí a importância do multipatrocínio e da agregação de um número maior de beneficiários.

A análise através da matriz BCG adaptada, o problema (produto deficitário) é o plano para aposentados, enquanto que os pontos positivos em termos de equilíbrio financeiro são o plano pleno e o plano de ativos. Pelo lado qualitativo de gestão de pessoas, todos os planos cumprem suas finalidades, qual seja, ser um benefício para o funcionário.

Utilizando o conceito das forças competitivas de Porter, temos na pressão sofrida pelos prestadores de serviços, na concentração do mercado e na regulação do governo as principais forças atuantes no funcionamento do mercado, segundo os gestores da Sabesprev.

O poder de negociação das empresas compradoras (patrocinadoras) e dos fornecedores representam uma forte ameaça à autogestão, segundo os entrevistados. As empresas contratantes buscam serviços com menor custo e os fornecedores querendo aumentar o preço cobrado pelos insumos.

Uma oportunidade citada com freqüência pelos gestores é o aumento do número de patrocinadores, porém não foi percebido o alinhamento entre esta proposta e a estratégia da instituição pesquisada, em termos de ação concreta a curto e médio prazo.

Os diretores e gerentes são responsabilizados pelos resultados financeiros e a expectativa é que a autogestão seja conduzida como “um negócio”, no sentido de uma relação mais profissional de suas atividades e interesses com os beneficiários.

Identificamos que um fator que gera insegurança em relação ao gerenciamento é a forte regulação estatal. Acredita-se que isto pode levar a uma restrição de mercado, como também ao seu engessamento. Isto, de certa forma, contradiz o colocado anteriormente sobre a falta de regulação.

4.3.2 – Metrus

Segundo os gestores da Metrus, o setor de assistência médico-hospitalar está em crise, devido aos seus altos custos, que ocorrem de forma crescente.

A leitura do mercado pelos gestores é de que a assistência à saúde virou um produto de consumo. Tem-se um abuso na utilização dos serviços por parte dos beneficiários. Isto, aliado à falta de controle sobre as prestadoras de serviços, que só continuam sendo prestadoras de serviços enquanto ganham, tornam seus custos ainda maiores.

Não temos subordinação hierárquica na prestação de serviços (terceirização). Esta é uma característica intrínseca do processo de terceirização. Prestar serviços em troca de um contrato temporário, com remuneração corrigida, vale enquanto tiver interesses de ambas as partes. Não é uma parceria em que os dois parceiros correm o risco do negócio e os dois procuram ganhar com a relação, criando uma relação de confiança e estabilidade.

O mercado é visto como restrito, com poucas patrocinadoras, duas no caso da Metrus. Assim mesmo alguns gestores acreditam que o crescimento seja viável, em termos de novos patrocinadores.

Os médicos neste mercado são vistos como os principais prejudicados, pois seus honorários são decrescentes, se comparados às demais despesas da operadora, como as despesas com os materiais e com os medicamentos.

A operadora não está focada no lucro. O beneficiário é visto como um rei. Os serviços são de fácil acesso para os beneficiários. O foco é no benefício e na qualidade da assistência. Portanto não necessariamente a operadora tem um baixo custo. Há falta de escala de serviços para redução de custos. A verticalização, a compra de hospitais pelas operadoras é colocada como uma forma de redução de custos.

A estratégia para o futuro é o multipatrocínio, para ganhar escala. Foi sugerida, inclusive, uma Fundação em nível federal, para poder ter escala, e com isso ter redução de custos. Verificamos, nas entrevistas e informações obtidas, a dificuldade de conseguir este multipatrocínio.

A inovação constatada na estrutura da Metrus são os comitês, o de gestão e o de investimento. São para resolver os conflitos e as questões que envolvam uma visão mais ampla. Temos também a participação dos beneficiários nos conselhos, o que dá mais transparência à gestão da operadora.

A estrutura é enxuta, mas tem demandas com relação à criação dos núcleos de informática e regulação. Também foi constatada a falta de pessoal de enfermagem para auditoria. No entanto, para os gestores, a estrutura organizacional presente na operadora é considerada suficiente. O comitê de gestão faz parte da estrutura e está parametrizado e regulamentado e exerce um papel importante na gestão da Metrus Saúde.

No momento a Metrus passa por um processo de separação entre as áreas de administração e de informática, o que é plenamente concebível dada a complexidade e importância das duas áreas. A informática, a parte terceirizada, não tem sistemas personalizados, para a Metrus. Isto é apontado como um problema pelos gestores.

A Metrus possui contrato com uma empresa terceirizada de informática que fornece os aplicativos referentes ao banco de dados à mesma, apesar dela ter uma área de TI própria. É considerada uma área

estratégica. Os gestores acreditam que deveria haver um núcleo de informática na estrutura e estão tomando decisões neste sentido.

Temos a prática, na operadora, de muitos serviços especializados terceirizados, como a auditoria, a informática e o controle atuarial.

A operadora não tem controle sobre as prestadoras de serviços de assistência à saúde como um todo, e também não está focada no lucro. Apresenta, como vantagens, o foco no benefício e na qualidade, além da proximidade com o beneficiário. As principais desvantagens são os abusos na entrega dos serviços e a necessidade de compreensão por parte dos beneficiários.

Os gestores acreditam que o modelo da autogestão está estagnado no mercado, está espremido pela medicina de grupo e pelas cooperativas e está sentindo a verticalização das ações e das decisões destas, no mercado.

Segundo os gestores, as relações entre os conselhos e a diretoria são de proximidade, não havendo conflitos entre eles.

O processo de formulação e execução da estratégia é regido pelo orçamento. Estão previstas metas por área e metas institucionais para o ano de 2008, o que demonstra uma certa métrica na formulação e na criação da estratégia. A avaliação e o controle de resultados da Metrus é realizada pelas áreas. As mesmas possuem um conjunto de metas a serem seguidas e os funcionários têm participação nos resultados, pelo atingimento das metas.

A avaliação de satisfação dos clientes é realizada por pesquisas internas e externas feitas periodicamente e apontam para um bom nível de satisfação dos mesmos.

Segundo os gestores, a Metrus não tem os chamados “conflitos de agência”, além de possuir um comitê para casos emergenciais, que possam gerar conflitos.

Para os gestores, os marcos regulatórios mais importantes para a operadora são: a ANS, a lei 8666/93, as RN 13/2007, 14/2007 e 159/2007.

A operadora não possui conselhos externos independentes, nem parcerias com outras instituições. Possui, sim, uma auditoria externa contábil e financeira. A operadora não tem associados. Tem o Metrô e o Metrus como patrocinadores. O investimento feito por estes patrocinadores, em 2008, será destinado ao programa de prevenção e ao programa de pacientes crônicos.

Os entrevistados apontam, como competências gerenciais necessárias importantes, o conhecimento da legislação, o saber trabalhar em equipe, a flexibilidade, o conhecimento sobre prevenção, o foco na assistência, os conhecimentos técnicos, o saber fazer e o acompanhamento econômico/financeiro. Os mesmos apontam, como competências organizacionais necessárias e importantes, a credibilidade, a qualidade, a transparência e a inovação, o atendimento do cliente, a visão do mercado e o foco na clientela. Como competências individuais, os mesmos apontam a boa vontade, a iniciativa, o saber ouvir, a comunicação, o conhecimento geral da saúde, a pró-atividade e a receptividade sobre os assuntos.

Os entrevistados acreditam que a comunicação entre a diretoria e o conselho é boa. As decisões são norteadas pelo regimento. As decisões técnicas são tomadas pela gerência, enquanto que as decisões administrativas são tomadas pela gerência e pelo comitê de gestão. Estas decisões podem ser alteradas pelo diretor. Cabe aos diretores ou gerentes os papéis de regulação dos planos, enquadramento dos mesmos, controle, proposição de alternativas e soluções, administração da parte médica e das contas médicas. As reuniões são semanais (as de rotina) e mensais (para análise de contas). A Metrus é gerida de forma democrática e transparente, segundo seus gestores.

Para os entrevistados, o corpo gerencial apresenta as seguintes competências: a organização, o planejamento e o cumprimento dos prazos.

Alguns gerentes apontam que o corpo gerencial deveria ter responsabilidade civil e criminal e responder com o patrimônio. As responsabilidades da direção, ou do núcleo de autogestão são a responsabilidade de relacionamento e a responsabilidade solidária. O mesmo tem autoridade técnica e de pagamento da folha.

Baseando-se na análise da matriz SWOT, as *forças* são a credibilidade, a transparência, a qualidade e a rede credenciada; as *fraquezas* são a morosidade, a comunicação, a centralização e o controle financeiro; as *ameaças* são os custos crescentes, a quantidade de patrocinadores e a limitação das prestadoras; e a *oportunidade* é o multipatrocinio.

Através da análise da matriz BCG adaptada, o problema (produto deficitário) é o plano para aposentados, enquanto que os pontos positivos são o plano de ativos (mercado estabilizado, mas com bom retorno financeiro) e o plano odontológico (mercado em crescimento).

Baseando-se nas forças competitivas de Porter, o poder de negociação dos fornecedores, ou seja, os materiais e os medicamentos são a principal pressão, em termos de custos, sofrida pela operadora. O poder de negociação dos clientes e o aparecimento de produtos substitutos também influenciam o poder decisório. Há também o aparecimento de novos concorrentes, como a Unimed e a medicina de grupo, que têm planos mais baratos.

4.3.3. – Fundação Cesp

Na perspectiva dos gestores da Fundação Cesp, o mercado de assistência médico hospitalar está estagnado. O mercado de assistência odontológica está em crescimento, mas o peso entre eles torna este crescimento pouco significativo em termos financeiros para a operadora.

Existe uma competição pela mão de obra especializada (profissional) no mercado. Oferecer planos para estas categorias é muito atrativo para as operadoras, em termos de contribuição paga e gastos incorridos. A medicina de grupo impõe dificuldades neste mercado competitivo, pois oferece planos com menor cobertura, a um menor custo.

As operadoras baixam a qualidade dos planos de saúde oferecidos a seus funcionários, como forma de reduzir seus custos. Isto aumenta o mercado de plano de baixo custo. As medicinas de grupo têm escalas, têm melhores condições de oferecer estes planos de baixo custo. As unimeds também exercem pressão neste mercado, principalmente no interior. O mercado é visto com a tendência de concentração e diversificação das operadoras de pequeno porte, para atender os nichos de mercado.

A Fundação Cesp, através de seus planos, busca um atendimento humanizado, tendo várias instâncias de comunicação com os beneficiários, e planos personalizados, o que é positivo. Por outro lado, a assistência torna-se uma benesse dada aos funcionários. A cultura da operadora é paternalista em relação ao tratamento dado aos beneficiários e deveria haver uma maior profissionalização neste relacionamento.

Uma das estratégias para o futuro é a redução da “cobertura de conforto” (gastos com hotelaria, por exemplo), como forma de reduzir os custos da assistência à saúde.

A gerência em saúde defende as propostas no conselho da Fundação. O conselho é soberano na aprovação e definição. A direção tem abertura e é participativa. A formulação do plano de ação é realizada pela gerência. As metas são definidas na assembléia. A gerência dá o subsídio técnico. A direção decide. O controle é feito através de indicadores. Não há controladoria. O conflito de interesses acaba acontecendo. O Conselho é conflitante, tem representantes do capital e do trabalho. Temos também o conflito da dupla fiscalização (SPC e ANS) da operadora.

A informática é vista como um ponto de estrangulamento, devido ao atendimento das múltiplas necessidades de funcionamento da operadora. Ela é vista como uma ferramenta de trabalho, que é estratégica para a organização. A informática já foi mais terceirizada e houve muito desgaste neste processo.

A troca de informações entre as operadoras, prestadoras e a ANS deve ser muito facilitada com a redução de custos, através da implantação da TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar). Vai padronizar esta troca de informações, melhorando sua qualidade – precisão.

A área administrativa está dentro da área de negócios da operadora. Isto é visto como um problema para os gestores. O gerente se sobrecarrega com atividades meio, dificultando o cumprimento de seu papel.

A Fundação tem conflitos externos de interesses. Eles são múltiplos. São quatorze empresas patrocinadoras. Há também conflitos internos, com as agências que regulamentam (ANS e SPC). A operadora não tem associados, mas tem conveniados, que são as empresas elétricas de outros estados e a CDHU.

Para os gestores, os marcos regulatórios mais importantes são a APC, a Lei de cobertura 1998, a ANS (2000), a RN 167/07 e o processo de privatização de 1994.

A operadora não possui conselheiros externos e possui auditoria externa, regulação, digitação e programas de monitoramento de crônicos como serviços terceirizados.

Para os gestores, as competências gerenciais mais importantes são: a formação em gestão de saúde, o conhecimento do mercado, a gestão de pessoas, a ousadia com relação à prestação de serviços e a liderança. As competências organizacionais mais importantes são o conhecimento da saúde do usuário, o conhecimento do mercado, o conhecimento dos prestadores de serviços, o gerenciamento do regulamento e a visão estratégica do negócio. Já as competências individuais mais importantes são: a dedicação, o comprometimento, a flexibilidade, o poder de comunicação e de negociação, o ter conhecimento sobre a área da saúde e a versatilidade.

Os investimentos feitos pela Fundação Cesp, em 2008, serão destinados à tecnologia de informação, à ampliação dos programas de crônicos e à reformulação do programa odontológico, que são coerentes com seus objetivos e estratégias adotadas.

A operadora é gerida através dos conselhos e das associações e o RH mantém proximidade com os usuários, sendo este o grande diferencial de gestão.

Os diretores ou gerentes são responsáveis pela resolução da questão estrutural, pela definição do modelo da rede de negociação, pela interface entre conselho/estrutura e colaboradores e pelo cumprimento de prazos, pagamentos, créditos. As decisões são tomadas tanto de baixo para cima, quanto de cima para baixo e através da utilização do manual de delegação.

O desempenho do diretor ou do corpo gerencial é avaliado em função das metas, do comprometimento funcional, da negociação com os colaboradores e através de uma avaliação comportamental.

Parte dos entrevistados acredita que a estrutura da operadora está atualizada, enquanto a outra parte acredita que a mesma precisa de uma revisão, com a implantação das áreas de controladoria e comercial.

Através da análise da matriz SWOT, as *forças* da operadora são a marca, a qualidade dos serviços, os custos equacionados e a credibilidade; as *fraquezas* são a comunicação, a dificuldade de ampliação dos beneficiários e a visão paternalista; as *ameaças* são os limites de custos, a existência de planos mais baratos e a concorrência das seguradoras; e as *oportunidades* são a melhora do custo através da entrada de novas empresas patrocinadoras, a antecipação aos fatos e a prevenção de saúde.

Através da análise da matriz BCG adaptada, os problemas (produtos deficitários) estão na ANS, no plano de aposentados e no volume de transações com as prestadoras, enquanto que os pontos positivos seriam os planos executivo, dos ativos e a cobrança interna norteando a operadora.

Baseando-se no conceito das forças competitivas de Porter, as principais preocupações enfrentadas pela Fundação Cesp são os planos e as redes locais, devido ao excesso; a pressão sofrida pela compra de materiais de alto custo; a falta de concorrência entre os laboratórios; a compra de hospitais por grandes empresas e o aparecimento de produtos substitutos.

V) CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que aprendemos é que só olhar para o concorrente e tentar fazer melhor não é uma boa estratégia. O olhar para fora deve ser amplo e profundo, descartando as idéias preconcebidas e procurando o novo. A operadora deve estar atenta para a inovação (criatividade, motivação, recursos e competências). A inovação é um processo permanente que deve estar presente em todas as áreas da operadora, ou seja, na sua estrutura, na sua estratégia, nos seus profissionais e nas suas competências. A inovação tem que fazer parte do DNA das operadoras. As operadoras modalidade autogestão ainda têm na medicina de grupo/seguradora um referencial para seu modelo de gestão. Isto tem sua lógica e pertinência. O tamanho destas as torna líderes do mercado, e desta forma ditadoras das regras de funcionamento do mesmo. Temos por exemplo, a sinalização de compra de hospitais, por parte das operadoras autogestão, como estratégia. Não só comprar os serviços de assistência, mas também realizá-los. Esta verticalização é colocada como estratégica pelas operadoras como alternativa do controle de custos. A pergunta é: “Será que as operadoras têm escala de serviços para tanto? Não é uma tendência das medicinas de grupo de maior porte?” “Será que esta estratégia é válida para a autogestão de menor porte?”.

A inovação é um processo permanente que deve estar presente em todas as áreas da operadora. Tem que fazer parte das atividades operacionais. O papel dos gestores é criar um ambiente propício para a inovação. Os gestores das operadoras têm clareza disto, mas as ações neste sentido praticadas pelas operadoras não reforçam esta intenção, pelo menos em nível de execução. O papel de controle e suas respectivas competências (QUINN, 2003) é uma atividade inerente às operadoras e aos seus gestores, inibindo, de certa forma, o papel da inovação em gestão.

As operadoras de planos - modalidade autogestão são fundações, são instituições que pela sua natureza e origens, tem um componente político-profissional muito forte. Foram fundadas para atender “os benefícios” de um universo de profissionais de uma ou mais empresas. A cultura organizacional dessas operadoras traz no seu interior, a cultura das estatais, do nosso modelo de desenvolvimento das décadas 60, 70 e 80. Este foi um período de muitas benesses para os funcionários e empresas estatais, em termos de salários, benefícios e investimentos. Temos o exemplo da criação da SEST (Secretaria de Controle das Empresas Estatais), na década de 80, pelo governo federal, com o objetivo de controlar as estatais, os fundos de pensão a elas ligados e também os salários e benefícios dos funcionários.

As operadoras, no seu estilo gerencial, têm o perfil dos seus gestores, papéis e competências como negociadores de conflitos, controladores, atendimento às necessidades dos beneficiários e articuladores institucionais. Ficam evidenciados, principalmente, os modelos de relações humanas e de sistemas abertos, e suas competências nos seus respectivos papéis no conceito adotado por QUINN (2003).

A lei dos planos de saúde de 1998 e a criação da ANS em 2000, que definiram papéis do público e privado na relação de prestação de serviços, são apontadas como os grandes marcos regulatórios do setor, no entender dos gestores das operadoras.

A estratégia é fortemente influenciada pela regulamentação estatal (ANS, MF e ANVISA). A legislação é complexa e às vezes é conflitante, o que dificulta a definição de estratégia.

A amplitude e a complexidade das atividades das operadoras interferem na fiscalização operacional dos planos de autogestão, por parte da ANS. Não podemos engessar esta relação com excessos de regulamentação e torná-la muitas vezes burocráticas, sem a geração de valor para a sociedade. A fiscalização interfere no desenho organizacional das operadoras, suas estruturas organizacionais ficam mais onerosas, para dar respostas a esta fiscalização.

A análise do risco e sua gestão são elementos colocados como fundamentais no estabelecimento da estratégia pelos gestores. Isto demanda uma melhor estrutura organizacional por parte das operadoras. Ou seja, uma estrutura melhor especializada e instrumentalizada.

A estrutura da operadora tem características de uma burocracia profissional especializada, com forte necessidade de controle interno. O controle (monitoramento) é um dos papéis gerenciais do modelo de processos internos. Por outro lado as operadoras têm mais abertura e transparência nas suas atividades com a presença dos órgãos colegiados participando de decisões estratégicas. Estes órgãos coligados têm a presença de representantes dos beneficiários.

O mercado é visto como restritivo, os custos de assistência são crescentes, e as empresas compradoras de planos têm um aumento nos seus custos de manutenção dos planos. Isto foi claramente apontado nas entrevistas com os gestores e na avaliação dos trabalhos e indicadores sobre o tema.

As operadoras dos planos de autogestão encontram na terceirização dos quadros de funcionários das patrocinadoras e no processo de privatização das estatais, ameaças a sua continuidade, fato claramente identificado pelos gestores da Sabesp, da Metruss e da Fundação Cesp.

O entendimento da gestão corporativa e dos seus controles ocorre de forma a obediência a princípios legais e metas e objetivos institucionais. Encontramos indicadores estratégicos institucionalizados, e alguns estudos na explicação do momento atual das operadoras. Não encontramos os mapas estratégicos nas três operadoras analisadas.

A escolha estratégica da operadora deve ser efetuada a partir do mapeamento de seus recursos, das suas competências organizacionais e gerenciais e do meio ambiente. O relacionamento intensivo, melhorando a qualidade e a quantidade de informações, com os *stakeholders*, as empresas, os empregados, os fornecedores, os prestadores e o Estado é fundamental. Os documentos analisados e as entrevistas com os gestores apontam nessa direção e demonstram consistência e coerência de suas ações, dentro da estratégia estabelecida (de uma forma geral). Mas apontam, também, para a necessidade da construção de uma arquitetura estratégica e de um mapa estratégico para gestão.

O conceito de competências é entendido como conhecimento e qualificação dos funcionários. Não é feita a relação do conceito de competências com performance e resultados. Os papéis gerenciais, de uma forma geral, são entendidos, e definidos, mas com relação as suas competências gerenciais respectivas, encontramos um pouco de dificuldade conceitual e de percepção por parte dos gestores.

Encontramos certa dificuldade na identificação pelos gestores, das competências organizacionais das operadoras. Sabemos que as competências organizacionais são formadas a partir das competências individuais e gerenciais juntamente com a utilização dos recursos organizacionais. A aprendizagem é intrínseca a esse processo de relação entre as competências e os recursos internos. Nesta relação criam-se novas competências individuais em círculo virtuoso, é um processo dinâmico, processo este que caracteriza as organizações que aprendem a aprender.

As ações preventivas de saúde são valorizadas pelas áreas de gestão de pessoas das empresas e estimuladas pela ANS. Fazem parte dos programas das operadoras como forma de redução de custos e são consideradas estratégicas. Mas conhecer detalhadamente os usuários de uma carteira e adotar medidas de prevenção customizadas (solução). Esta prática ainda está sendo estudada e começando a ser implantada e é estratégica, segundo os gestores.

Conhecer detalhadamente os usuários de uma carteira e adotar medidas de prevenção customizadas (solução) são colocadas como medidas estratégicas e exige um reforço na estrutura organizacional das operadoras. A prática ainda está em seu início, considerando o total da população a ser coberta. A estrutura organizacional para esta estratégia ainda está sendo constituída e as competências necessárias das pessoas, desenvolvidas. A questão é saber até quanto os ganhos com as atividades de prevenção trarão resultados efetivos, melhorias na qualidade de vida dos beneficiários e superarão os seus custos de implantação. O intangível da antecipação aos custos potenciais tem que se levar em conta.

A questão que se coloca é a de que a autogestão, ou melhor, a prestação de serviços de assistência à saúde não é o *core business* da empresa que pretenda criar uma empresa para tanto e, portanto, procura simplesmente contratar o serviço através da terceirização. No entanto o benefício que a autogestão oferece aos funcionários é o de melhor qualidade de serviços, aumentando a qualidade do benefício oferecido, contribui para a satisfação do funcionário. O discurso e a prática da área de RH ficam prejudicados, pois as empresas contratadoras dos planos sempre cedem, optando por planos com custos menores.

Os planos de saúde corporativos estão em expansão, tanto para pequenas quanto para grandes empresas. Crescimento maior das seguradoras dentre as operadoras (2003) e da autogestão (2007) (ANS 2007). Mas a autogestão está tendencialmente estabilizada nos últimos anos, mostrando uma estagnação do mercado.

Os dados finais de 2007 divulgados pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, indicam que o segmento de planos odontológicos deve chegar perto da média anual de crescimento de 18,5% no seu número de associados, obtida entre 2001 e 2006. O número impressiona se comparado ao segmento médico-hospitalar, que tem crescido a taxas de 3,6% ao ano em média no mesmo período. O crescimento é positivo, mas muitas críticas são realizadas pelos beneficiários, com relação à qualidade do serviço. A estratégia é a reformulação desses planos, visto que as mensalidades pagas não cobrem seus custos.

A incorporação de novos materiais, tratamentos e medicamentos, o aumento de expectativa de vida e o alto índice de utilizações dos participantes são apontados como os responsáveis pelo aumento dos custos da assistência prestada pelas operadoras. Estas são as forças de mercado e as forças sociais atuando, mercado/sociedade, onde as operadoras terão que utilizar técnicas inovadoras de gestão para poder enfrentar seus impasses com maior efetividade. O desenvolvimento das competências organizacionais, das competências gerenciais e de estruturas flexíveis, focadas, sinérgicas, aliadas à clara definição de estratégias e às suas métricas de desempenho, é um bom caminho a ser trilhado como resposta a essas forças, a essas dificuldades e impasses.

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE. Câmara de Saúde Suplementar. Acesso em 21.04.2008. disponível em www.ans.gov.br

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar: -- Rio de Janeiro: ANS, 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar – beneficiários, operadoras e planos: -- Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BARNEY, J.B. *Firm resources and sustained competitive advantage*. Journal of Management. V.17, nº 1, p 99-120, 1991.

BOYATZIS, R. E. ; McCLELLAND, D. C. Leadership motive pattern and long-term success in management. Journal of Applied Psychology, Washington, v. 67, iss. 6, p. 737-44, Dec1982.

BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. A. *Gestão de Competências e Gestão de desempenho humano: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo?* Revista de Administração de Empresas. São Paulo, V. 41, nº 1, p 8-15, jan/mar 2001

CHANDLER, A. *Strategy and Structure*. The History of the American Industrial Enterprise Cambridge, Mass. MIT Press.1962.

DUTRA, Joel S et al. *Competências. Conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna*. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

DUTRA, Joel S et al. *Gestão por competências. Um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas*. São Paulo: Editora Gente, 2001.

FERNANDES, Bruno H.R. et al. *Construindo o diálogo entre competência, recursos humanos e desempenho Organizacional*. RAE. Vol.46. Número 4, out/dez 2006.

FERREIRA, Aurélio B.H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* 1ª ed.:1975.

FLEURY, M.T.L et al. *As pessoas na organização*. São Paulo: Editora Gente 2002.

FLEURY, Afonso.FLEURY, Maria T. L. *Alinhamento de competências e estratégia*. RAE. Vol 44, nº 1. São Paulo. 2006.

HEWITT ASSOCIATES. Consultoria, Terceirização, Planos de Compensação e Soluções Integradas de Recursos Humanos. Acesso em 11.04.2008. disponível em: www.hewittassociates.com

HOUAISS, Antonio. *Dicionário Universitário Webster*. São Paulo: Editora Record, 1998.

KAPLAN, Robert. S. NORTON, David P. *Organização orientada para a estratégia*. Rio de Janeiro: 2ª ed. Editora Campus. 2001.

KAPLAN, Robert. S. NORTON, David P. *Mapas estratégicos. Convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis*. Rio de Janeiro: Editora Campus. 2004.

KAPLAN, Robert.S. NORTON, David P. *A estratégia em ação: Balanced Scorecard*. Rio de Janeiro: Editora Campus. 22ª edição. 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, v.42, nº 1, pg 36-49. São Paulo. Jan/março 2002.

McCLELLAND. D. C. *Testing for competence assesement methods history and state of the art*. Boston Hay: Mcber Research Press, 1973.

MERCER. Consultoria, Terceirização e Investimentos para Fundos de Pensão. Acesso em 21.04.2008. disponível em: www.mercer.com.br

METRUS. Relatório Anual de Atividades. São Paulo.2006

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND,B; LAMPEL,J. *Safári de Estratégias: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre. Bookman, 2000.

MINTZBERG, Henry. *Criando Organizações Eficazes – Estruturas em cinco configurações*. São Paulo. Editora Atlas, 1995.

MOTTA, Paulo R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro. Campus.1990

PICCHIAI, D. *Planejamento Estratégico*. São Paulo: EAESP – FGV. 2006.

PENROSE, E. *The Theory of Growth of the Firm*. London: Basil Blackwell.1959

PORTAL DO MARKETING. *Trabalhos sobre marketing, liderança, motivação, psicologia e vendas*. Acesso em 01.04.2008. disponível em www.portaldomarketing.com.br

PORTER. Michael. *Estratégia competitiva. Técnicas para Análise de indústrias e da concorrência*. Rio de Janeiro. Editora Campus. 1980.

PORTER. Michael E. TEISBERG.Elizabeth 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, Robert E. et all. *Competências gerenciais. Princípios e aplicações*. Rio de Janeiro. Editora Campus. 2003.

REBOUÇAS, Djalma. *Estruturas organizacionais: conceitos, metodologias e práticas*. São Paulo. Atlas. 4ª ed. 1984

SABESP PREVIDÊNCIA. Acesso em 21.04.2008. disponível em www.sabesprev.com.br

SEBRAE, 2008 disponível no site www.sebrae.com.br

SPENSER, L. M.: SPENSER, S. M. *Competence at work:models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons,1993.

TOWERS PERRIN. *Serviços de Capital Humano. Planejamento global em compensações*. Acesso em 25.04.2008. disponível em: www.towersperrin.com

UNIDAS. *União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Promoção da Saúde. Meta e compromisso da Autogestão*. São Paulo. 2007. Acesso em 19.04.2008. disponível em: www.unidas.org.br

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

www.sabesprev.com.br
www.portaldomarketing.com.br
www.ans.gov.br
www.unidas.org.br
www.towersperrin.com
www.mercer.com.br
www.hewittassociates.com

ANEXOS

Legislação – Lei dos planos de saúde

Lei da criação da ANS

Estatuto Sabesprev

Estatuto Metrus

Estatuto Fundação Cesp

Questionário respondido pelos entrevistados – operadoras – modalidade em autogestão

Quadro de competências preenchido pelos entrevistados

Relação dos entrevistados

QUESTIONÁRIO respondido pelos entrevistados
OPERADORAS
Modalidade em Autogestão

1. Como você descreve o mercado de assistência médico-hospitalar hoje, para as operadoras? E no futuro?
2. Quais seriam as vantagens da operadora em formato de autogestão? E as desvantagens?
3. Como estão evoluindo as operadoras na modalidade de autogestão (em que direção)?
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?
5. Como funciona a área da informática? Banco de dados? Senhas e informações gerenciais? Grau de terceirização.
6. As estruturas consultiva, deliberativa e de execução da operadora são ideais no seu entender?
7. Como é realizado o processo de formulação e execução da estratégia da operadora?
8. Como funciona o sistema de controle e avaliação de resultados da operadora? (Corporativo ou gerencial)
9. Como é a relação da direção da operadora com a área de informações? E com o banco de dados?
10. Temos, na operadora, os chamados “conflitos de agência”?
11. Quais são os marcos regulatórios importantes no seu entender?
12. A operadora tem conselheiros externos independentes?
13. Quais são os serviços terceirizados? E as parcerias?
14. Quais as competências gerenciais que você assinala importantes numa operadora?
15. Quais as competências organizacionais de uma operadora?
16. Quais as competências individuais dos profissionais de uma operadora?
17. Qual a estrutura legal da autogestão?
18. Quem são os associados?
19. Quem são os patrocinadores?
20. Qual o investimento que os patrocinadores e/ou assistidos irão fazer? Como serão distribuídos?
21. Qual é a estrutura organizacional da autogestão? Anexar um organograma com os respectivos cargos, conselhos e funções de cada um deles.
22. Quais os critérios de escolha dos membros do conselho deliberativo?
23. Qual o grau de comunicação (e interdependência) entre a diretoria e o conselho?
24. Como as decisões são tomadas na operadora?
25. Quais são os conselhos?
26. Quais os papéis desempenhados pelos diretores ou gerentes?
27. Qual a periodicidade de reuniões e critérios para convocação de reuniões extraordinárias?
28. Como são os mandatos dos membros dos conselhos?
29. Como a autogestão é gerida? (no dia a dia da empresa)
30. Quais as competências que o corpo gerencial tem e quais deveria ter?
31. Quais são as responsabilidades da direção ou do núcleo de autogestão?
32. Qual a autoridade da direção ou do núcleo de autogestão?
33. Como o desempenho do diretor ou do corpo gerencial é avaliado?
34. Como você gostaria que sua gestão fosse lembrada daqui a 5 anos?
35. Como você enxerga a estrutura da operadora? Está desatualizada? É suficiente?
36. Quais os benefícios conseguidos e os objetivos atingidos em sua gestão?
37. Quais as dificuldades encontradas na realização de suas atividades?
38. Matriz SWOT – Forças/Fraquezas, Ameaças/Oportunidades.
39. Matriz BCG.



Vacas Leiteiras: produtos ou serviços com alta participação Relativa de Mercado em um mercado de baixo crescimento.

Abacaxis: produtos ou serviços com baixa participação relativa de mercado em um mercado de baixo crescimento.

Oportunidades: produtos ou serviços com baixa participação relativa de mercado em um mercado de alto crescimento.

Estrelas: produtos ou serviços com alta participação relativa de mercado em um mercado com alto crescimento.

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

QUADRO DE COMPETÊNCIAS
preenchido pelos entrevistados

	O que deveria ter	O que tem
Organizacionais		
Gerenciais		
Individuais		

RELAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Sabesprev:

Iolanda Ramos- Diretora de Saúde da operadora
Antônio Klauss – Gerente da rede credenciada
Fábio Russo da Silva – Gerente de saúde/ gerente de produto
Débora Bensadedon Salto – Coordenadora de controladoria médica
José Sylvio Xavier – Diretor presidente
Luciano Henrique Alqueiros – Gerente de tecnologia da informação

Metrus Saúde:

Sérgio Reis Quaglia – Diretor de benefícios
Miyuki Goto – Gerente do metrus saúde
Carlos Alberto da Silva – Coordenador em gestão de planos de saúde
Hernani Zamboni Marinho – Auditor odontológico
Efrain Cristian Zuñiga Saavedra – Assessor em gestão de planos de saúde
Afonso José Tozzi – Gerente administrativo

Fundação Cesp:

Valter Lyrio do Valle – Gerente de gestão em saúde
Sandra Ferreira Carotta – Chefe do setor de relações contratuais
Artur Jaques Goldfeder – Chefe do setor de planejamento,
José Carlos Oliveira – Setor de operações e controle
André de Souza – Diretor de administração e benefícios