

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE  
RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES

LUCAS MANOEL MARQUES CLEMENTE

Práticas administrativas para a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde  
médico-hospitalares: um estudo de múltiplos casos

ORIENTADOR: PROF. DR. ALEXANDRE PEREIRA SALGADO JUNIOR

RIBEIRÃO PRETO

2016

Prof. Dr. Marco Antonio Zago  
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Dante Pinheiro Martinelli  
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Profa. Dra. Sonia Valle Walter Borges de Oliveira  
Chefe do Departamento de Administração

LUCAS MANOEL MARQUES CLEMENTE

Práticas administrativas para a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares: um estudo de múltiplos casos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Versão Corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

ORIENTADOR: PROF. DR. ALEXANDRE  
PEREIRA SALGADO JUNIOR

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Clemente, Lucas Manoel Marques

Práticas administrativas para a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares: um estudo múltiplos casos. Ribeirão Preto, 2016.

103 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Pesquisa Operacional.

Orientador: Salgado Junior, Alexandre Pereira.

1. DEA. 2. Eficiência. 3. Saúde Suplementar. 4. Operadoras de Planos de Saúde. 5. Análise Envoltória de Dados.

Nome: CLEMENTE, Lucas Manoel Marques

Título: Práticas administrativas para a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares: um estudo de múltiplos casos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção da qualificação no programa.

Área de Concentração: Pesquisa Operacional

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, Carlos e Teresa, por terem me ensinado o valor do trabalho, e me dado a oportunidade de estudar; e também à minha esposa Luciana, por todo o apoio, carinho e atenção ao longo desta caminhada.

## AGRADECIMENTOS

Toda conquista é resultado de uma comunhão de esforços, da colaboração de pessoas que sem as quais não se pode alcançar qualquer objetivo. Por isso, na conclusão deste trabalho não posso de deixar prestar meus agradecimentos a todos aqueles que foram fundamentais nesta trajetória. Agradeço aos meus pais Carlos e Teresa, por terem me criado com todo o carinho e atenção necessários, por terem trabalhado duro para me proporcionar a educação que tenho hoje, e por me ensinarem o valor daquilo que é conquistado com esforço. Vocês são as minhas referências. Aos meus irmãos Carlos e Tiago, pela amizade e por serem tão importantes na formação do meu caráter.

À minha esposa Luciana, pelo companheirismo e amor a mim dedicados. Por compreender noites sem sono, finais de semana de estudo, horas de lazer substituídas por trabalho, e ainda por se desdobrar em responsabilidades e me permitir ter tempo para estudar. Sem sua compreensão e fundamental ajuda nunca teria conseguido.

À memória dos meus avós Ivani, Horlando e Mercedes, por ajudarem a me criar, e terem sido exemplos de amor e simplicidade em minha vida.

Ao meu orientador e mentor Prof. Dr. Alexandre Pereira Salgado Junior, pelos ensinamentos e conselhos que me ajudaram a crescer como profissional e como pessoa. À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Sidneia Silva e ao Prof. Dr. Carlos Alberto Grespan Bonacim, pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

A todos os professores que marcaram minha educação, que me inspiraram, ampliaram meu universo por meio do conhecimento, e que me ajudaram a entender que aprender nunca é suficiente.

À Universidade de São Paulo, à FEA-RP e à seção de pós-graduação, por terem proporcionado todo o suporte necessário para meus estudos. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por ter ajudado a financiar este período de estudos.

Aos meus amigos de infância e aos de república, grandes irmãos que cultivei ao longo da vida, pessoas que me ajudam a crescer e que estão sempre presentes para me apoiar.

Aos valiosos amigos e parceiros do INEPAD Consulting, especialmente ao Prof. Dr. Alberto Borges Matias, e ao Eduardo Falsarella, por me abrirem as portas e me darem oportunidades fundamentais em minha vida.

Por fim, agradeço a Deus por ter me dado o prazer de conhecer e conviver com todas estas pessoas.

“O que sabemos é uma gota; o que ignoramos é um oceano.”  
(Isaac Newton)



## RESUMO

CLEMENTE, L.M.M. **Práticas administrativas que influenciam a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares:** um estudo de múltiplos casos. 2016. 103 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

No Brasil, o sistema de saúde é composto por duas estruturas: pública, representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e privada suplementar, composta por 1.268 operadoras de planos de saúde, supervisionadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS). No entanto, as operadoras têm sido consideradas ineficientes tanto na geração de resultados financeiros quanto na prestação de serviços aos beneficiários, destacando-se a necessidade e relevância para a saúde pública ao se buscar avaliar o seu desempenho sob essas perspectivas. O objetivo do trabalho foi, para um mesmo nível de eficiência na prestação de serviços, identificar as práticas administrativas que diferenciam as operadoras de planos de saúde (OPS) financeiramente sustentáveis. Para tanto, inicialmente foi aplicada a técnica da Análise Envoltória de Dados (DEA) no intuito de identificar operadoras eficientes em transformar inputs em outputs e, a partir dos escores obtidos, selecionar duas OPS de nível de serviços semelhantes e desempenho financeiro opostos para que fossem comparadas por meio de um estudo de múltiplos casos. A análise quantitativa indicou que as OPS de medicina de grupo apresentaram maior eficiência do que as demais modalidades. Já o estudo de múltiplos casos identificou que a gestão de políticas de crédito, de captação e aplicação de recursos, o planejamento tributário, a adoção de políticas de promoção e prevenção à saúde, as formas de remuneração dos médicos e a estratégia de composição de receitas diferenciaram a OPS de melhor desempenho.

Palavras-chave: DEA, Eficiência, Saúde Suplementar, Operadoras de Planos de Saúde, Análise Envoltória de Dados.

## ABSTRACT

CLEMENTE, L.M.M. **Administrative practices that influence the financial sustainability of medical health insurance providers:** a study of multiple cases. 2016. 103 f. Dissertation (Master) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

In Brazil, the health system is composed of two structures: the public represented by the Unified Health System (SUS) and private supplementary, comprising 1,268 operators of health plans supervised by the National Health Agency (ANS). However, operators have been considered inefficient, both in the generation of financial results as in the provision of services to beneficiaries, highlighting the need and relevance to public health when it comes to assessing their performance in these prospects. The goal was for the same level of efficiency in service delivery, identify management practices that differentiate the health plan operators (OPS) financially sustainable. Thus, it was initially applied to Data Envelopment Analysis (DEA) to identify carriers of efficient health plans in the processing of inputs and outputs, and the scores by selecting two of them with a similar level of service and opposite financial performance they were compared to the cases of multiple analysis. Quantitative analysis indicated that the support type operators managed showed greater efficiency than other types. The study analysis of multiple cases identified that the political credit management, finance and investments, tax planning, adoption of health promotion and prevention policies, forms of remuneration of doctors and recipe composition of strategy were practices that differentiate the operator with the best performance.

Keywords: DEA, Efficiency, Health Insurance, Health Plans Operators, Data envelopment analysis.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Operadoras de plano de saúde privado ativas no Brasil .....	14
Figura 2 - Estrutura do sistema de saúde Brasileiro .....	17
Figura 3 - Evolução do número de beneficiários do setor de saúde suplementar .....	18
Figura 4 - Cobertura dos planos de saúde médico- hospitalares por Unidade da Federação ...	19
Figura 5 - Evolução do número de OPS em Atividade .....	21
Figura 6 - Organograma das Técnicas de avaliação de Eficiência .....	25
Figura 7 - Comparação entre Análise de Regressão e DEA .....	26
Figura 8 - Variáveis de uma DMU .....	27
Figura 9 - Regiões gráficas da influência da escala de produção .....	29
Figura 10 - Fronteira eficiente de um modelo DEA BCC .....	30
Figura 11 - Processo de desenvolvimento de uma análise DEA .....	32
Figura 12 - Modelo de Eficiência da Abordagem Financeira .....	34
Figura 13 - Modelo de Eficiência Abordagem de Serviços .....	35
Figura 14 - Quadrantes de Desempenho das OPS .....	42
Figura 15 - Processo de seleção das OPS para a etapa qualitativa .....	42
Figura 16 - Modelo DEA Abordagem Financeira .....	44
Figura 17 - Modelo DEA Abordagem de Serviços .....	44
Figura 18 - Autores que utilizaram as variáveis propostas no modelo financeiro .....	47
Figura 19 - Etapas da preparação da Base de Dados .....	48
Figura 20 - ANS TABNET Dados Contábeis .....	48
Figura 21 - ANS TABNET Dados das OPS .....	49
Figura 22 - Distribuição geográfica da amostra .....	50
Figura 23 - Modelo de protocolo de pesquisa .....	54
Figura 24 - Modelo de distribuição das OPS pelo desempenho nas abordagens Financeira e de serviços .....	55
Figura 25 - Critérios para a elaboração do roteiro de entrevista semiestruturado .....	58
Figura 26 - Distribuição dos Escores da Abordagem Financeira .....	66
Figura 27 - Distribuição dos Escores da Abordagem de Serviços .....	67
Figura 28 - Quadrantes de desempenho Financeiro X Serviços .....	68
Figura 29 - Teste de Normalidade dos Escores Financeiros .....	69
Figura 30 - Teste de médias Medicina de Grupo X Filantrópicas .....	70
Figura 31 - Teste de médias Medicina de Grupo X Seguradoras Esp. em Saúde .....	70
Figura 32 - Teste de médias Medicina de Grupo X Autogestão .....	70
Figura 33 - Teste de médias Medicina de Grupo X Cooperativas médicas .....	71
Figura 34 - OPS selecionadas para etapa qualitativa .....	73
Figura 35 - Pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados .....	80

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra por porte .....	49
Tabela 2 - Número de OPS por Unidade da Federação.....	51
Tabela 3 - Distribuição da Amostra por Modalidades de Gestão.....	51
Tabela 4- OPS eficientes na Abordagem Financeira.....	66
Tabela 5 - OPS eficientes na Abordagem de Serviços .....	67
Tabela 6 - Escores medianos por modalidade .....	69
Tabela 7- Quintis Escore Financeiro .....	72
Tabela 8 - Análise por modalidades de gestão .....	72
Tabela 9- Indicadores Financeiros.....	75

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis do modelo financeiro .....	45
Quadro 2 - Variáveis do modelo de serviços.....	46
Quadro 3 - Critérios para elaboração de Estudo de Caso .....	53
Quadro 4 - Instrumento de coleta de dados qualitativo .....	59
Quadro 5 - Questões relacionadas aos indicadores .....	60
Quadro 6 - Resumo dos procedimentos metodológicos .....	64
Quadro 7 - Variáveis Ativo Total - OPS A .....	77
Quadro 8 - Variáveis Despesas Assistenciais - OPS A .....	79
Quadro 9 - Variáveis Receitas de Contraprestações- OPS A .....	82
Quadro 10 - Indicadores Ativo Total - OPS B .....	84
Quadro 11 - Indicadores Despesas Assistenciais - OPS B .....	85
Quadro 12 - Indicadores Receitas de Contraprestações - OPS B .....	86
Quadro 13 - Análise cruzada dos resultados .....	87

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OPS - Operadoras de Planos de Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

SUS - Sistema Único de Saúde

DEA - *Data envelopment analysis*

DMU - *Decision Making Units*

PPS - *Production possibility set*

CCR - CHARNES; COOPER; RHODES

BCC - BANKER; CHARNES; COOPER

IDSB - Índice de Satisfação do Beneficiário

TBL - *Triple Bottom Line*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1. OBJETIVO GERAL .....	16
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
2.1. O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO.....	17
2.1.1. Panorama do setor de saúde suplementar.....	17
2.1.2. A regulamentação do setor de saúde suplementar – Um contexto histórico.....	22
2.2. O CONCEITO DE EFICIÊNCIA.....	24
2.3. TÉCNICAS PARA ANÁLISE DE EFICIÊNCIA.....	25
2.4. O CONCEITO DEA .....	27
2.5. O MODELO DEA BCC OU VRS.....	28
2.6. PROCESSO DE ANÁLISE DE EFICIÊNCIA .....	31
2.7. EFICIÊNCIA EM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE .....	32
2.8. SUSTENTABILIDADE EMPRESARIAL .....	37
<b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>39</b>
3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	40
3.2. MÉTODO DE PESQUISA .....	41
3.3. ETAPA QUANTITATIVA .....	43
3.3.1. Modelo teórico (DEA) e definição das variáveis .....	43
3.3.2. Etapas da elaboração da base de dados .....	47
3.3.3. Descrição do plano amostral .....	49
3.4. ETAPA QUALITATIVA .....	52
3.4.1. Método de pesquisa qualitativo.....	52
3.4.2. Protocolo de pesquisa.....	53
3.4.3. Plano amostral .....	54
3.4.4. Definição dos Informantes-chave.....	55
3.4.5. Técnica de coleta de dados.....	56
3.4.6. Instrumento de coleta de dados .....	57
3.4.7. Técnicas de análise dos dados qualitativos .....	60
3.5. RESUMO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	64
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
4.1. ANÁLISE QUANTITATIVA .....	65

4.1.1. Análise das características das OPS eficientes e ineficientes na abordagem financeira .....	69
4.2. ANALISE QUALITATIVA .....	74
4.2.1. Análise financeira comparativa .....	74
4.2.2. OPS A.....	75
4.2.3. Entrevista – OPS A .....	76
4.2.4. OPS B.....	82
4.2.5. Entrevista – OPS B.....	83
4.2.6. Análise cruzada dos resultados .....	87
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas semiestruturado .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE B – Protocolo de Pesquisa .....</b>	<b>99</b>



## 1. INTRODUÇÃO

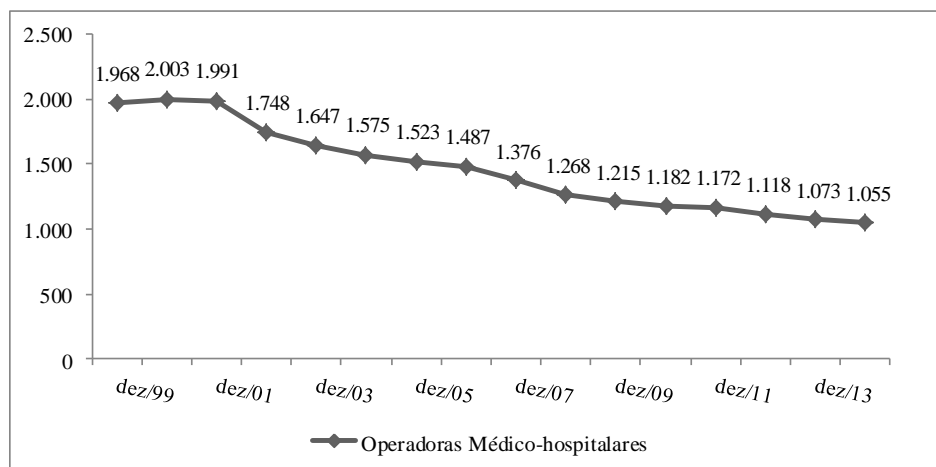
O mercado de saúde suplementar é composto por 1.268 operadoras de planos de saúde (OPS), que atendem mais de 70 milhões de usuários, consolidando-se como um dos maiores sistemas de saúde privado do mundo (Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, 2015).

Até meados da década de 1990 este setor era marcado por um contexto de baixa regulamentação, o que facilitou o surgimento de novos entrantes e o crescimento do mercado, mas também gerou uma série de irregularidades cometidas com os usuários (COSTA, 2008b) (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

A homologação da lei nº 9.656 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) modificaram o panorama de baixa regulação, uma vez que foram criadas medidas para a proteção dos beneficiários como a padronização de coberturas mínimas obrigatórias, o estabelecimento de critérios para precificação e ajuste de preço, além de requisitos técnicos para a entrada e permanência de OPS no mercado (ALVES, 2008).

Se por um lado a regulamentação trouxe benefícios aos usuários de planos de saúde, por outro, as fortes barreiras institucionais aumentaram os custos operacionais do mercado, dificultando a sobrevivência de OPS menos eficientes (COSTA, 2008). Esta pode ser a causa da forte redução no número de OPS atuantes no mercado de saúde suplementar desde o início do processo de regulamentação, como pode ser observado na Figura 1.

**Figura 1 - Operadoras de plano de saúde privado ativas no Brasil**



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar ANS (2015)

Além da dificuldade em se enquadrar ao aperto da regulamentação, é crescente também o descontentamento com o serviço por parte dos usuários. Isto pode ser constatado pelas estatísticas de reclamações registradas pela ANS, que apenas entre o terceiro trimestre de 2014 e o terceiro trimestre de 2015 registrou um aumento de 9,34% no total de reclamações registradas contra as empresas do setor (ANS, 2014).

Este cenário mostra uma possível dificuldade das empresas do setor em serem eficientes tanto na prestação de serviços de qualidade quanto na geração de resultados financeiros.

Alguns autores se dedicaram a estudar eficiência em operadoras de plano de saúde. Parte destes autores defende que o produto principal de uma OPS é o seguro de saúde. Assim, a função destas organizações seria administrar recursos financeiros e garantir a prestação do serviço de saúde quando o usuário necessitar. Para esses autores, o serviço de saúde é uma atividade-meio, uma vez que acarreta custos para a operadora e são utilizados para influenciar na decisão de compra dos clientes. Dessa forma, a eficiência em operadoras de plano de saúde seria semelhante a de uma seguradora, ou seja, a capacidade de atrair uma maior quantidade de usuários gastando menos recursos para atendê-los (ROSENMAN; SIDDHARTHAN; AHERN, 1997).

Por outro lado, alguns autores defendem que a prestação de serviço de saúde seja a função principal das OPS, já que estas organizações possibilitam a ampliação da cobertura dos serviços de saúde oferecidos à sociedade. Nesta visão a eficiência de OPS estaria mais ligada à prestação de serviços. Por isso, estes trabalhos comparam operadoras a hospitais e utiliza indicadores operacionais e de qualidade para mensurar eficiência de OPS (BROCKETT et al., 2004).

Entende-se, pelo princípio da teoria dos *stakeholders*, que a sustentabilidade financeira de uma organização está associada à capacidade de a mesma criar valor e satisfação suficientes para clientes, fornecedores, funcionários e demais grupos afetados pelas decisões da empresa (CLARKSON, 1995). Sendo assim, para alcançar a sustentabilidade financeira uma OPS deveria ser eficiente tanto na prestação de serviços de saúde, para garantir a qualidade dos serviços e a satisfação do usuário, quanto na geração de resultados, visando a continuidade da organização.

Neste contexto, a presente pesquisa propõe o seguinte problema: É possível identificar boas práticas administrativas que colaborem para a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde?

Espera-se com este trabalho contribuir com os estudos de eficiência analisando um setor ainda pouco explorado na literatura. Espera-se ainda auxiliar os gestores de OPS a aprimorar o desempenho destas organizações. Por fim, o presente trabalho contribui para a literatura ao utilizar uma abordagem bimodal (quali-quantitativa) a estudos de eficiência em OPS.

Destaca-se a importância de estudos desta natureza, visto que o mercado de planos de saúde continua a evoluir a um ritmo rápido. É imperativo encontrar uma ferramenta para ajudar os gestores a identificar as empresas que estão melhor posicionadas a responder e prosperar em um ambiente em mudança (YANG, 2006).

Na sequência, serão apresentados os objetivos do trabalho, e então serão abordados no referencial teórico os temas pertinentes à pesquisa. Por fim, serão apresentados os métodos de pesquisa e a análise de resultados.

### 1.1. OBJETIVO GERAL

“Identificar práticas administrativas que colaborem para a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares.”

### 1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos sugerem-se:

- Propor abordagens para análise de eficiência Financeira e de Serviços em OPS;
- Identificar OPS eficientes e ineficientes nas duas abordagens por meio da Análise Envoltória de Dados (DEA);
- Realizar estudo de múltiplos casos visando compreender as práticas administrativas em OPS.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

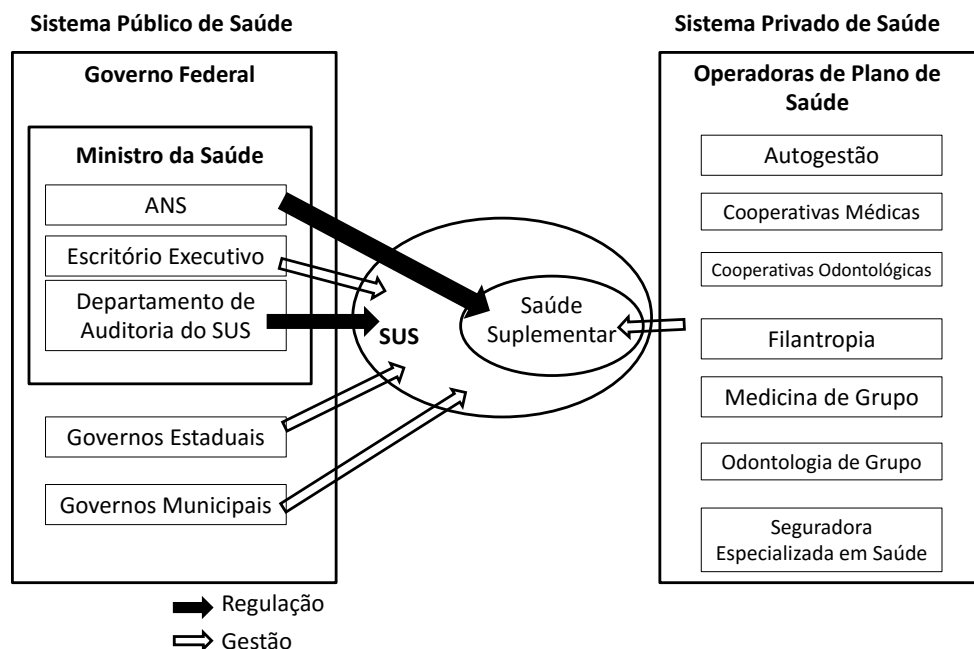
Este tópico tem o objetivo de estabelecer um panorama geral do setor de saúde suplementar, discutir o tamanho do mercado, a capacidade de cobertura e assistência à população, bem como fazer uma breve análise do marco regulatório associado.

#### 2.1.1. Panorama do setor de saúde suplementar

Os serviços de saúde no Brasil são ofertados por meio de duas estruturas: o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece serviço de saúde para toda a população brasileira de maneira gratuita, e o sistema privado de saúde, conhecido como setor de saúde suplementar (FERNANDES et al., 2007).

Embora implementado de maneira descentralizada, com atuação municipalista, o SUS é gerido pelo Estado e controlado pelo Ministério da Saúde (COSTA; NEVES, 2013). Já o setor de saúde suplementar é administrado por operadoras de planos de saúde e regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme ilustra a Figura 2.

Figura 2 - Estrutura do sistema de saúde Brasileiro



Fonte: Fernandes et al. (2007, p. 244)

A lei 9656/98 define Operadoras de Plano de Saúde (OPS) como

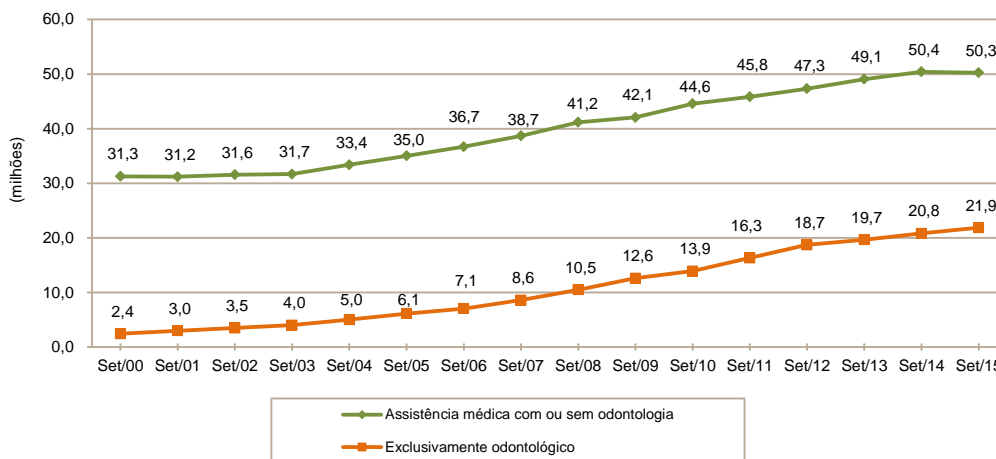
pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde.

Complementarmente, os planos privados de assistência à saúde são definidos como:

prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (Lei 9656/98).

De acordo com dados da ANS (2015), o mercado de planos de assistência à saúde atende a mais de 70 milhões de beneficiários no Brasil. Destes, aproximadamente 50 milhões são atendidos por operadoras médico- hospitalares, e mais de 20 milhões por operadoras exclusivamente odontológicas. Como se pode observar na Figura 3, o setor vem crescendo em termos de número de usuários, tendo aumentado em torno de 54% entre setembro de 2000 e setembro de 2015.

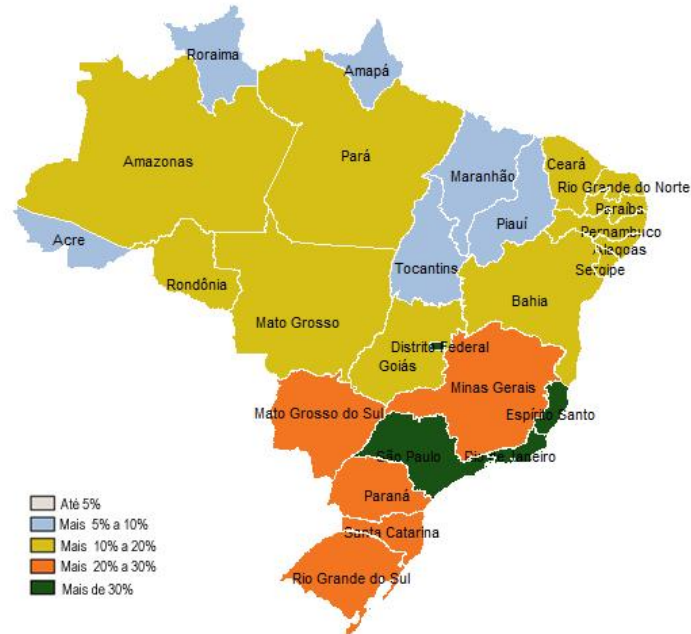
**Figura 3 - Evolução do número de beneficiários do setor de saúde suplementar**



Fonte: Elaborada pelo autor

O volume de beneficiários atendidos pelo setor representa 35% da população brasileira, considerando projeções populacionais divulgadas pelo IBGE (2015). Contudo, as regiões sul e sudeste concentram a maior parte dos beneficiários do país. A Figura 4 ilustra a cobertura de plano de saúde em relação à população por unidade da federação. Nota-se que os Estados das regiões sul e sudeste apresentam cobertura superior a 20% da população e, em alguns casos, é superior a 30%, o que não ocorre em outras regiões do país.

**Figura 4 - Cobertura dos planos de saúde médico- hospitalares por Unidade da Federação**



Fonte: ANS (2015)

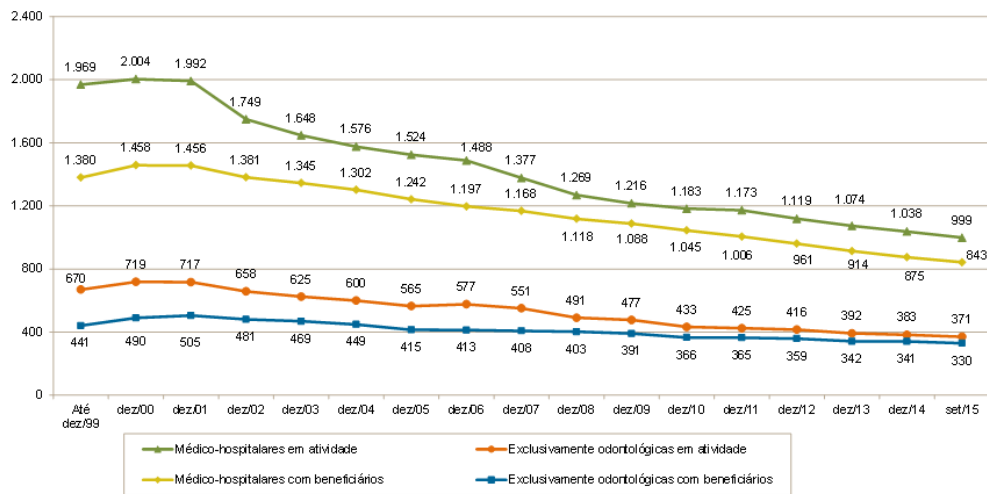
Para atender a este mercado, de acordo com dados da ANS (2015), o setor conta com 999 operadoras médico-hospitalares em atividade, e 371 operadoras exclusivamente odontológicas, que, juntas, faturaram em 2014 mais de R\$ 127 bilhões, conforme divulga a ANS (2015). Soares (2006) explica que estas operadoras diferenciam-se em termos de estruturas de gestão, finalidade de lucro e tipos de planos comercializados, sendo classificadas pela ANS em oito tipos de modalidades listadas a seguir:

- **Administradoras:** “empresa que apenas administra planos de assistência à saúde, que são financiados por outra operadora. Uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos (ANS, 2015)”.
- **Cooperativas Médicas:** “sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº. 5.764/71 que operam planos privados de assistência à saúde" (SOARES, 2006, p. 30);
- **Cooperativas Odontológicas:** “sociedade sem fim lucrativo, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que opera, exclusivamente, planos odontológicos" (ANS, 2015);

- **Autogestão:** “empresa que opera planos de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou 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” (ANS, 2015);
- **Filantrópicas:** “entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde, sendo certificada como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e declarada de utilidade pública pelo Ministério da Justiça e pelos órgãos dos governos estaduais e municipais” (ANS, 2015);
- **Seguradoras Especializadas em Saúde:** “sociedade seguradora autorizada a operar planos de saúde, desde que esteja constituída como seguradora especializada nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades” (ANS, 2015);
- **Odontologia de Grupo:** “entidades que operam planos exclusivamente odontológicos, não classificadas como cooperativas odontológicas” (SOARES, 2006, p. 30);
- **Medicina de Grupo:** “demais empresas ou entidades que operam planos de saúde” (ANS, 2015).

Apesar dos números expressivos em termos de cobertura e faturamento, observa-se uma grande concentração mercadológica no setor de saúde suplementar. Se consideradas apenas as operadoras médico-hospitalares, as 10 maiores OPS concentram 37% dos beneficiários atendidos no país e 43% do faturamento do setor. Esta concentração tem se acentuado desde o início da regulamentação, em 1998, como ilustra a Figura 5.

**Figura 5 - Evolução do número de OPS em Atividade**



Fonte: ANS (2015)

A tendência de centralização do mercado em grandes grupos é atribuída, por alguns autores, a dificuldades de adaptação das OPS às exigências impostas pela legislação. Na visão de Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (2006, p. 169):

[...] a regulamentação parece ter provocado um aumento dos custos, tanto para entrar no mercado quanto para executar a gestão de uma operadora de plano de saúde, em função dos seguintes requisitos: cobertura de garantias financeiras (capital mínimo e reservas técnicas); pressão de custos administrativos e informacionais; oferta de plano-referência individual obrigatório; redução dos períodos de carência; etc.

Alves (2009) complementa os argumentos apresentados por Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (2006) ao explicar que a regulamentação reduziu as margens das OPS, obrigando-as a buscar uma gestão mais profissionalizada.

Por outro lado, a despeito das dificuldades das operadoras, a regulamentação trouxe benefícios aos usuários de planos de saúde, na medida em que criou padronização de serviços oferecidos e garantia de proteção legal em caso de não cumprimento de contrato. Adicionalmente, Albuquerque et al. (2008) argumentam que a transparência foi um outro resultado importante alcançado pela regulamentação. A partir da criação da ANS as operadoras passaram a serem obrigadas a divulgar periodicamente dados financeiros, informações sobre os beneficiários, tipos de contratação, abrangência geográfica dos planos, entre outras informações fundamentais para que fosse possível estabelecer um perfil deste mercado, elaborar planejamentos e formular políticas públicas (ALBUQUERQUE et al., 2008).



Dado o impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar, torna-se relevante ampliar as discussões acerca deste tema. Neste sentido, a próxima seção busca fazer uma descrição do marco regulatório iniciado em 1998.

### **2.1.2. A regulamentação do setor de saúde suplementar – Um contexto histórico**

O princípio da comercialização de planos de assistência à saúde no Brasil coincide com o desenvolvimento da industrialização no país, principalmente da indústria automobilística que iniciou o deslocamento da população agrícola para os centros urbanos (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Empresários e trabalhadores passaram a custear a assistência médica, tendo empresas terceirizadas como intermediadoras dos serviços. Este investimento ocorria de maneira desvinculada da previdência social (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Portanto, o mercado de planos de saúde brasileiro se originou focado no atendimento a trabalhadores inseridos no mercado formal, até a segunda metade da década de 1980, quando as OPS ampliaram sua atuação e passaram a atender também clientes individuais (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Neste cenário, até a década de 1990 o mercado privado de assistência à saúde se desenvolveu em um ambiente de baixa regulação, contando ainda com incentivos fiscais e facilidades para entrada e saída de novas empresas, o que favoreceu o crescimento dos planos, o surgimento de novos entrantes e a ampliação da clientela (COSTA, 2008).

Em contrapartida, cresceram também o número de irregularidades cometidas pelas OPS com os contratantes. Cardoso (2005, p. 56) explica que:

[...] muitas das vezes, as OPS recebiam os valores (receita de contraprestação), antecipadamente (plano em pré-pagamento), e não prestavam o atendimento contratado. Algumas até encerravam suas atividades, ou mudavam o endereço de sua sede, ou mudava de nome, tudo para evitar o atendimento aos beneficiários (CARDOSO, 2005, p. 56).

A falta de padronização dos serviços prestados pelas OPS também causavam grandes prejuízos aos usuários de planos, especialmente aqueles que contraíam doenças que exigissem alto custo de tratamento, ou que demandavam tratamentos de longa duração, pois estes casos não eram cobertos pela maioria dos planos (COSTA, 2008).

Neste contexto, no começo da década de 1990 começaram a surgir debates sobre a imposição de regulação para o mercado de planos de saúde, tendo como principais temas a elaboração de regras de solvência para as OPS, a ampliação do rol de procedimentos

garantidos pelos seguros e a regulação de preços cobrados pelas entidades médicas (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Assim, atendendo a estas reivindicações, foi criada a Lei nº 9.656/98 e, posteriormente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que modificou o cenário de baixa regulação e estabeleceu regras para a proteção dos clientes e para a entrada, permanência e saída de empresas do setor (COSTA, 2008).

De acordo com Costa (2008, p. 1457), a ANS foi criada com as seguintes competências normativas:

- Estabelecer critérios para a concessão, manutenção e cancelamento da autorização de funcionamento das empresas e de registro de produtos;
- Estabelecer critérios de monitoramento e controle do acesso, manutenção e qualidade dos serviços de assistência à saúde das empresas, sejam eles próprios, credenciados ou referenciados;
- Avaliar a capacidade técnico-operacional das empresas;
- Definir o rol de procedimentos e eventos de saúde que constituem a referência básica para as coberturas assistenciais, inclusive quanto à cobertura parcial temporária, nas hipóteses de lesão ou doença preexistente;
- Monitorar a evolução dos preços dos planos, dos seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos, bem como autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias, ouvido o Ministério da Saúde;
- Estabelecer normas de ressarcimento ao SUS;
- Estabelecer critérios de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das empresas, assim como de normas e padrões para o envio de informações;
- Autorizar os processos de cisão, fusão, incorporação ou transferência do controle societário das empresas, ouvidos os órgãos do sistema de defesa da concorrência;
- Estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das empresas;
- Instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas empresas, proceder à liquidação extrajudicial da operadora e requerer sua falência ou insolvência civil;
- Determinar a alienação da carteira;
- Requisitar o fornecimento de informações às empresas, bem como à rede prestadora de serviço a ela credenciada ou referenciada;
- Celebrar com as empresas termo de compromisso de ajuste de conduta e fiscalizar seu cumprimento.

Contudo, por considerar que empresas, associações e sindicatos possuem maior poder de negociação com as OPS, a legislação trata de modo diferente os planos individuais e coletivos, não interferindo em reajustes de preços do segundo tipo, permitindo que exista uma livre negociação entre os envolvidos neste mercado (ALBUQUERQUE et al., 2008). Este cenário tem aumentado o número de planos coletivos disponíveis no mercado e dificultado a negociação de planos individuais.

Apesar dos aspectos fundamentais de proteção ao beneficiário, a regulamentação trouxe impactos significativos para a estrutura competitiva do mercado de planos de saúde.

De acordo com Costa (2008), as fortes barreiras institucionais dificultaram a sobrevivência de empresa menores e menos profissionalizadas, por gerar uma maior exigência por qualidade e diferenciação do produto e aumentar os custos operacionais do mercado.

Este cenário faz com que a eficiência seja condição para a sobrevivência das empresas no mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. Neste sentido, as próximas seções trazem uma discussão sobre o conceito de eficiência e sua aplicação no contexto das OPS.

## **2.2. O CONCEITO DE EFICIÊNCIA**

Os avanços tecnológicos e a globalização têm causado grande impacto em diferentes mercados, tornando-os mais competitivos. Neste contexto, cresce a discussão sobre eficiência e produtividade em diferentes tipos de organizações (TUPY; YAMAGUCHI, 1998).

Embora seja um termo bastante empregado no cotidiano de diferentes cadeias produtivas, muitas vezes o conceito de eficiência é aplicado de maneira errônea por uma confusão comum com efetividade e produtividade. Dessa forma, para compreender bem o primeiro conceito, é preciso também conhecer os dois últimos.

Segundo Chiavenato (2004), efetividade é a capacidade de alcançar um objetivo, independente da quantidade de recursos utilizada. O foco, portanto, é no cumprimento da tarefa ou objetivo. Já produtividade “é entendida como a relação entre as quantidades de seus produtos e insumos” (TUPY; YAMAGUCHI, 1998, p. 41).

A eficiência, por sua vez, pode ser definida como uma medida de otimização, ou seja, a capacidade de uma unidade produtiva alcançar determinada quantidade de produtos utilizando o mínimo de recursos possíveis (TUPY; YAMAGUCHI, 1998).

Alves (2009) complementa que em economia há três conceitos de eficiência: a técnica, a alocativa e a econômica. A eficiência técnica implica na produção máxima de produtos dado determinado nível de insumos, ou a menor utilização de recursos possível, dada uma quantidade fixa de produtos. Já a eficiência alocativa refere-se à habilidade de uma unidade produtiva em usar insumos em proporções ótimas, dados os custos dos mesmos. Por fim, a eficiência econômica é “o resultado das duas medidas de eficiência anterior. Assim, uma empresa que opera no nível de eficiência técnica e alocativa também é eficiente economicamente” (ALVES, 2009, p. 24).

A eficiência, portanto, trata-se de uma relação ótima entre insumos e produtos, e pode ser representada pela expressão matemática, a seguir:

$$\phi^* = \frac{\text{Output}}{\text{Input}} \quad (1)$$

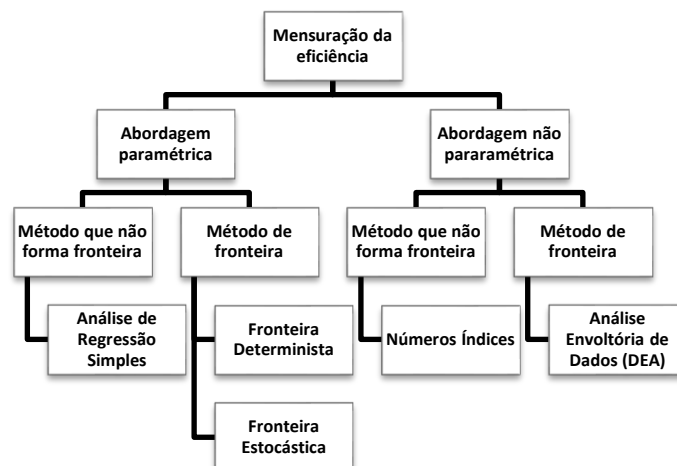
Onde  $\phi^*$  é a relação ótima entre produtos e insumos.

Contudo, a depender do problema, nem sempre é possível analisar a eficiência pela simples relação entre uma variável de insumo e uma de produto. Para casos mais complexos, outras técnicas de análise de eficiência podem ser utilizadas. Dessa forma, a próxima seção irá trazer uma breve discussão acerca das principais técnicas para análise de eficiência.

### 2.3. TÉCNICAS PARA ANÁLISE DE EFICIÊNCIA

Para analisar a eficiência relativa entre organizações, são utilizadas duas abordagens principais, a paramétrica e a não paramétrica. Sarafidis (2002) explica que a principal diferença entre as duas abordagens é que a paramétrica define uma forma funcional genérica para a função de produção, ao contrário da abordagem não paramétrica. Em complemento, Sarafadis (2002) e Niederauer (2002) esclarecem que a escolha entre uma das abordagens depende não apenas do tipo de problema que se pretende investigar, mas também de questões que envolvem as variáveis selecionadas, a quantidade de unidades comparadas e a presença de correlação e colinearidade. A Figura 6 apresenta as principais técnicas de avaliação de eficiência utilizadas em cada uma das abordagens.

Figura 6 - Organograma das Técnicas de avaliação de Eficiência



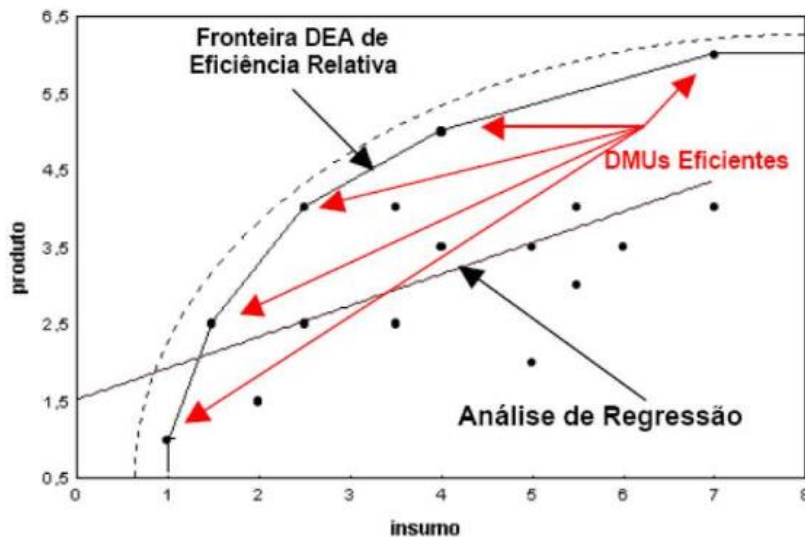
Fonte: Elaborada pelo autor

Dentre as técnicas para análise de eficiência, a Análise Envoltória de Dados (DEA) foi escolhida para utilização no presente trabalho. A justificativa para esta escolha deve-se ao fato desta técnica apresentar algumas vantagens em relação às demais. Pimentel (2014, p. 117) defende que:

[...] as principais vantagens da DEA são que a técnica permite análise individual da eficiência de cada DMU, diferenciando organizações eficientes de ineficientes. Comparado aos outros modelos, a DEA consegue captar ineficiências que outras técnicas não podem, além de utilizar em seus cálculos, simultaneamente, vários inputs e outputs. Por ser um método não paramétrico, não necessita da especificação de uma função de produção prévia para construção da fronteira.

Ao contrário da técnica DEA, Charnes et al. (1997) explicam que as técnicas de abordagem paramétrica exigem a construção de uma função-produção, o que pode comprometer a análise de eficiência, dada a possibilidade de erro na construção desta função (NIEDERAUER, 2002). Em adição, Niederauer (1998) complementa que a reta de regressão (ferramenta paramétrica) não apresenta as organizações eficientes, o que faz do DEA uma ferramenta mais precisa.

**Figura 7 - Comparação entre Análise de Regressão e DEA**



Fonte: Niederauer (1998)

Após a apresentação das principais técnicas para análise de eficiência, bem como as vantagens associadas à técnica DEA, esta será explicada de maneira mais aprofundada a seguir.

## 2.4. O CONCEITO DEA

Thanassoulis (1999) define a Análise por Envoltória de Dados (DEA) como uma técnica de programação linear utilizada para identificar a eficiência relativa de unidades produtivas homogêneas, que podem ser qualquer tipo de organização, como, por exemplo, Bancos, escolas, hospitais, entre outros. Tais unidades produtivas são intituladas na técnica DEA de “unidades de tomadas de decisão”, ou *decision making units* (DMU), pois entende-se que as mesmas têm poder para interferir na produtividade delas mesmas, possuindo assim o controle sobre os insumos (*inputs*) e produtos (*outputs*). Em complemento, Cooper, Seiford e Tone (2007) explicam que é fundamental que as DMU sejam comparáveis e atuem nas mesmas condições; caso contrário, a análise não faria sentido.

Por meio da técnica DEA busca-se identificar o grupo de DMU que possui maior produtividade relativa, sendo que este grupo forma a fronteira de eficiência, delimitando o conjunto possível de produção que pode ser alcançado pelas DMU em análise, dada a tecnologia considerada. A esta fronteira dá-se o nome de fronteira de possibilidades de produção, ou do inglês PPS (*Production possibility set*).

As DMU que não estiverem na fronteira de eficiência são consideradas ineficientes, ou seja, estas não possuem a relação insumo/produto compatível com as DMU da fronteira. Em outras palavras, é possível dizer que existe uma “folga” entre as variáveis da DMU ineficiente e seu *benchmark* na fronteira de possibilidades de produção. Assim, para que seja possível a uma DMU ineficiente alcançar a eficiência, é necessário que haja uma redução em seus *inputs* mantendo constante os *outputs*, ou um aumento nos *outputs* mantendo constante seus *inputs*. A Figura 8 ilustra a relação entre múltiplos *inputs* e múltiplos *outputs* em uma DMU.

Figura 8 - Variáveis de uma DMU



Fonte: Jubran (2006)

Embora aborde um tema bastante atual, a técnica DEA tem origem no século XIX, com pesquisadores como Von Thünen, Cournot, Walras, Pareto, Moore e Marshall, que

iniciaram pesquisas sobre temas como produtividade, programação linear e medidas de eficiência. Contudo, muitos autores consideram que o marco da criação da técnica DEA tenha sido o trabalho de Farrell (1957), com o artigo *The Measurement of Productive Efficiency*, uma vez que esta obra contribuiu para a evolução dos conceitos de medidas de eficiência produtiva e modelagem de processos de produção (FARREL, 1957; MARIANO, 2008, FERREIRA; GOMES, 2012).

A partir dos conceitos desenvolvidos por Farrel (1957) e valendo-se de avanços computacionais que permitiam cálculos complexos em maior velocidade, Charnes, Cooper e Rhodes (1978) desenvolveram a primeira formulação de análise envoltória de dados, conhecida como modelo CCR. Tal modelo constitui-se em uma generalização das medidas desenvolvidas por Farrel (1957) e passou a possibilitar o cálculo da eficiência produtiva com múltiplos *inputs* e *outputs*, considerando retornos constantes de escala.

Posteriormente, Banker, Charnes e Cooper (1984), com a publicação do artigo “*Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data Envelopment Analysis*”, desenvolveram o que foi considerado uma evolução ao modelo CCR, por considerar retornos variáveis de escala. Este novo modelo DEA é conhecido como BCC.

Ferreira e Gomes (2012) explicam que quando o conjunto de DMU estudadas tem tamanhos e características diferentes, elas tendem a apresentar rendimentos em escala diversos. Como este é o caso do objeto de estudo do presente trabalho, optou-se pela utilização da técnica DEA BCC. Por esta razão, tal modelo será abordado mais detalhadamente na próxima seção.

## **2.5. O MODELO DEA BCC OU VRS**

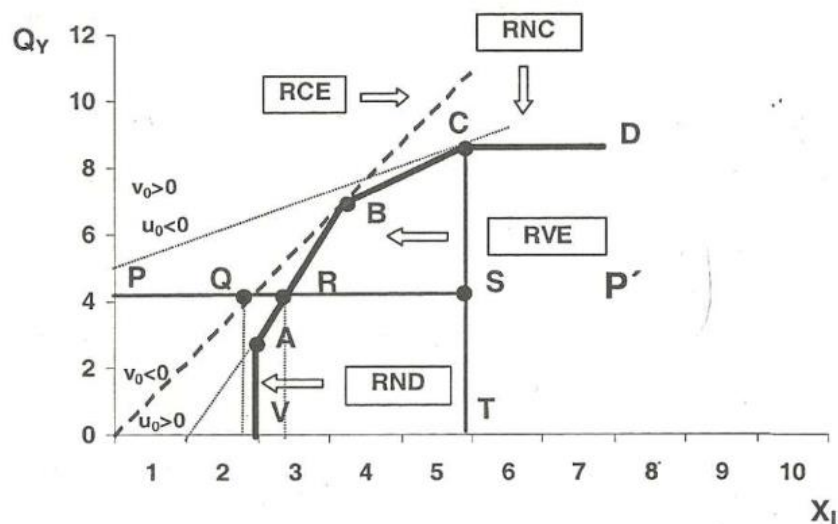
Como mencionado anteriormente, a técnica DEA CCR considera que as DMU estão sob a condição de retornos constantes de escala. Contudo, em diversas situações as relações entre insumos e produtos das DMU estudadas estão em condições de retornos crescentes ou decrescentes de escala. Nestas situações a técnica CCR acaba se distanciando da realidade.

Thanassoulis (2003) explica que retornos crescentes de escala ocorrem quando uma variação positiva nos níveis de insumo provoca uma variação proporcionalmente maior nos níveis de produto. Por outro lado, retornos decrescentes ocorrem quando um aumento nos

níveis de insumo de um DMU eficiente provoca um aumento proporcionalmente menor nos níveis de produto.

Neste sentido, o modelo BCC apresenta uma vantagem em relação ao modelo CCR, pois considera rendimentos variáveis de escala para o cálculo da eficiência relativa. É importante destacar que, ao se considerar os retornos de escala variáveis não se exclui a possibilidade de, na situação analisada, os mesmos se manterem constantes, apenas adiciona-se o fato de que, em algumas ocasiões, os retornos podem variar. A Figura 9 ilustra a relação entre os modelos não crescentes de escala (RNC), o rendimento não decrescente de escala (RND), o rendimento constante (RCE) e o modelo variável de escala (RVE).

**Figura 9 - Regiões gráficas da influência da escala de produção**



Fonte: Ferreira e Gomes (2012, p. 116)

Na análise DEA BCC, cada DMU é comparada com sua equivalente na fronteira de eficiência. Assim, o cálculo de eficiência é dado pela expressão:

$$Eficiência = \frac{qS}{qC}$$

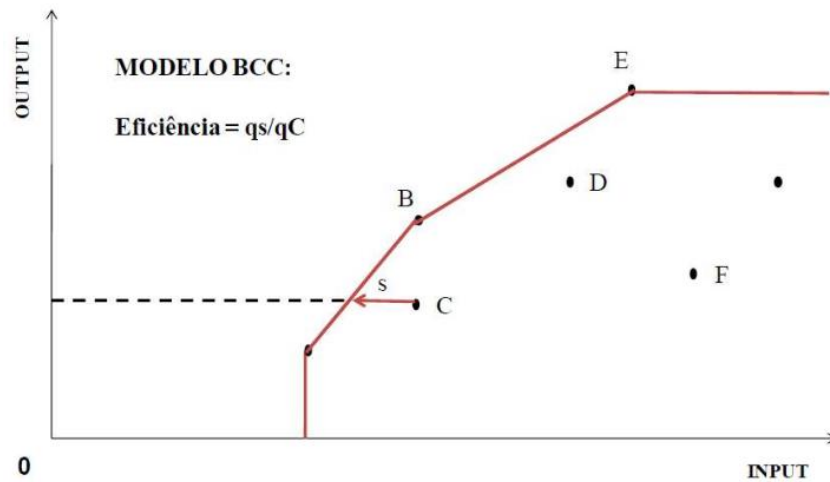
Onde,

- $qS$  é a distância do eixo  $y$  até a fronteira (projeção do ponto  $C$  na fronteira de eficiência);
- $qC$  é a distância do eixo  $y$  até a DMU  $C$



Dessa forma, caso a DMU não esteja na fronteira, seu escore será sempre menor do que 1, e caso a DMU esteja na fronteira o escore de eficiência será igual a 1, o que representa a máxima eficiência relativa. A Figura 10 ilustra o cálculo de eficiência.

Figura 10 - Fronteira eficiente de um modelo DEA BCC



Fonte: Cooper, Seiford e Tone (2007)

Salgado Junior (2013) apresenta a formulação matemática do modelo DEA BCC orientado ao *output* como:

$$\text{Max} \sum_{r=1}^m V_i Y_{ki} + V_0$$

sujeito a

(1)

$$\sum_{r=1}^m U_r Y_{rk} = 1$$

$$\sum_{r=1}^m U_r Y_{jr} \leq \sum_{i=1}^n V_i X_{jr} + V_0$$

$$U_j, V_i \geq 0$$

Onde:

$Y$  = outputs;  $X$  = inputs;  $U, V$  = pesos;

$r = 1, \dots, m; i = 1, \dots, n; e j = 1, \dots, N$

## 2.6. PROCESSO DE ANÁLISE DE EFICIÊNCIA

O processo de análise de eficiência inicia-se pela escolha de quais e quantas DMU serão analisadas. Para tanto, é preciso selecionar DMU que tenham os mesmos insumos e produtos. Estes não precisam apresentar proporcionalidade entre si. Já para a quantidade de DMU consideradas, Cooper et al. (2001) sugerem que o mínimo de DMU é dado pela função:

$$z = \text{MAX} \{n \cdot m; 3 \cdot (n + m)\}$$

em que,

n é o número de *inputs*;

m é o número de *outputs*; e

z é o número de DMU consideradas.

Jubran (2006), por sua vez, sugere que o número mínimo de DMU seja determinado pela expressão:

$$z = 2 \cdot n \cdot m$$

em que,

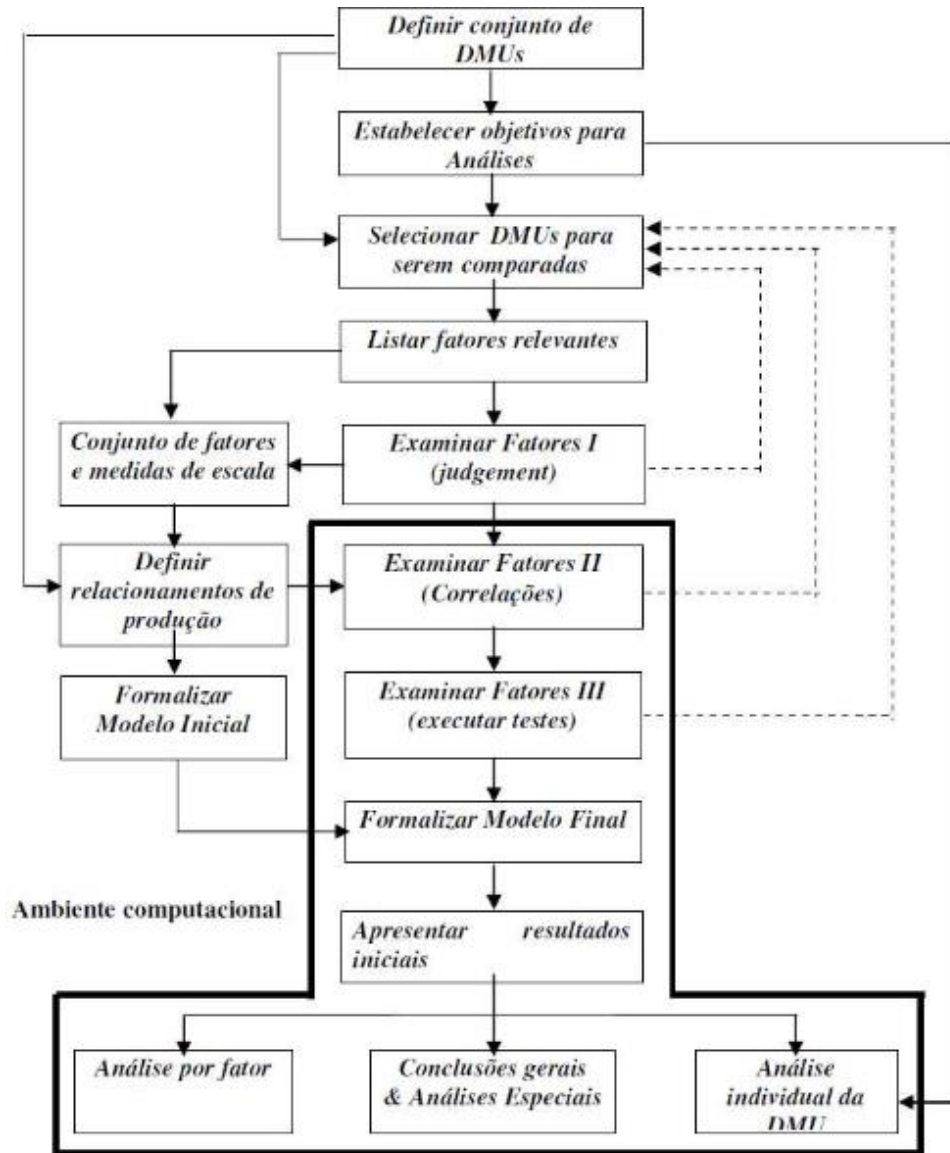
n é o número de *inputs*;

m é o número de *outputs*; e

z é o número de DMU consideradas.

Após a definição sobre o conjunto de DMU que se deseja estudar e a quantidade de DMU que serão analisadas, de acordo com Golany e Roll (1989), deve-se definir os objetivos da análise, uma vez que estes são fundamentais para a determinação das variáveis. A Figura 11 demonstra o processo para a construção da análise DEA.

Figura 11 - Processo de desenvolvimento de uma análise DEA



Fonte: Golany e Roll (1989)

Como explicam Golany e Roll (1989), a escolha das variáveis adequadas deve ser precedida pela discussão sobre o conceito de eficiência que se pretende avaliar. Neste sentido, a próxima seção traz uma reflexão sobre o conceito de eficiência em operadoras de planos de saúde.

## 2.7. EFICIÊNCIA EM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

A Lei nº 9.656/98 define operadoras de planos de saúde como uma organização que comercialize produto, serviços ou contratos de planos privados de assistência à saúde. Tais

organizações operam em um modelo híbrido de serviços, oferecendo ao mesmo tempo um serviço de seguro e o atendimento médico-hospitalar aos usuários (ROSENMAN; SIDDHARTHAN; AHERN, 1997). Por esta razão, a literatura aborda as OPS por meio de duas visões aparentemente antagônicas, a securitária e a sanitária (ALVES, 2008).

A visão securitária considera que a função principal destas organizações seja oferecer seguridade ao beneficiário. A atividade fim das OPS seria então garantir a prestação de serviços de saúde para os beneficiários em troca da cobrança de um prêmio pelo risco associado à operação (AHERN et al., 1996b).

Uma vez que o serviço de seguro é visto como a atividade principal das OPS, a prestação de serviços de saúde é encarada pela abordagem securitária como um produto intermediário, utilizado pelas OPS como argumento de vendas, ou seja, os serviços oferecidos, a estrutura de atendimento e a rede credenciada seriam utilizados pela OPS para atrair mais clientes, e assim aumentar a receita do plano (ROSENMAN; SIDDHARTHAN; AHERN, 1997). Além disso, assumindo que o custo de prevenção de doenças é menor para a operadora do que o custo de fornecer atendimento médico-hospitalar, a prestação de serviços de saúde nesta abordagem é classificada como algo a ser evitado, já que reduz a margem de lucro da OPS (SIDDHARTHAN; AHERN; ROSENMAN, 2000).

Nesta lógica, a eficiência de uma OPS está atrelada à capacidade de maximizar a quantidade de usuários, ou o volume de receitas, reduzindo o volume de recursos aplicados para a prestação de atendimento médico-hospitalar (CARRINGTON; COELLI; PRASADA RAO, 2011), argumentação que é ratificada por Yang (2006) e Wu et al. (2007), ao afirmarem que os indicadores mais utilizados para avaliar a eficiência, segundo a ótica securitária, são os índices de sinistralidade em relação aos prêmios recebidos (receita), que fornecem uma indicação da rentabilidade da seguradora. Rosenman, Siddharthan e Ahern (1997) complementam sugerindo que o total de recursos aplicados pela OPS em ativos também deve ser considerado, uma vez que estes ativos são utilizados para atrair novos beneficiários.

Neste sentido, o primeiro modelo proposto pelo presente trabalho para avaliar a eficiência das OPS médico-hospitalares brasileiras sugere a utilização do Ativo Total e das Despesas Assistenciais como *inputs*, representando respectivamente o total de recursos aplicados e a sinistralidade da OPS; e como *output* a Receita de contraprestações, representando o total de prêmios recebidos. Por este modelo refletir a rentabilidade das OPS com a operação de plano de saúde será chamado neste trabalho de Abordagem Financeira.

As variáveis do modelo proposto são ilustradas na Figura 2 e serão explicadas mais adiante na seção de métodos.

**Figura 12 - Modelo de Eficiência da Abordagem Financeira**



Fonte: Elaborado pelo autor

Ao contrário da visão securitária, a sanitarista classifica as OPS como unidades produtoras de saúde e defende o atendimento médico-hospitalar como a função principal destas organizações. Esta concepção se apoia na importância do mercado de saúde suplementar como complemento à variedade de serviços de saúde disponíveis à população, e é a visão empregada pela ANS na regulamentação do setor (ALVES, 2008).

Por considerar a entrega de serviços de saúde como atividade fim das OPS, Siddharthan, Ahern e Rosenman (2000) defendem que o objetivo principal destas organizações seja a melhoria e a manutenção da saúde de seus beneficiários. Contudo, este objetivo é de difícil mensuração, em parte pela rotatividade dos beneficiários de planos de saúde, que dificulta uma análise de longo prazo do resultado do atendimento dado por uma OPS aos beneficiários; e em segundo lugar pela falta de informações disponíveis pelas operadoras para que a análise da melhoria de saúde dos beneficiários seja possível (ROLLINS et al., 2001).

De acordo com Siddharthan, Ahern e Rosenman (2000), em virtude das dificuldades mencionadas, muitos estudos buscam medir a qualidade dos serviços de maneira indireta, utilizando indicadores de atendimento como número de cirurgias, de exames, de procedimentos ambulatoriais, etc. São exemplos destes estudos os trabalhos de Rollins et al. (2001) e de Siddharthan, Ahern e Rosenman (2000). O primeiro utiliza o total de despesas como *input* e o número de dias de internação e número de procedimentos ambulatoriais como *outputs*; já o segundo considera como insumos medidas de utilização como número total de dias de internação, número consultas ambulatoriais, número de procedimentos de emergência e número de exames realizados; e como *output* o número de beneficiários das OPS.

Estes trabalhos buscam relacionar o volume de procedimentos realizados pelas OPS à saúde dos beneficiários. Dessa forma, quanto maior a proporção de procedimentos por beneficiários, menor a eficiência da OPS.

Brockett et al. (2004), por sua vez, propõem analisar a eficiência de OPS em prestação de serviços pela perspectiva dos beneficiários. Segundo estes autores, “os consumidores são os beneficiários e os compradores de planos de saúde. Dessa forma, estão preocupados com os serviços recebidos e despesas incorridas (BROCKETT et al., 2004, p. 6)”. Com base neste raciocínio, os autores sugerem um modelo DEA que utiliza como *input* o ticket médio (medida do prêmio pago pelo beneficiário) e como *outputs* o número de encontros ambulatoriais e o número de dias de internação.

Apesar da existência das referências citadas, a reprodução destes modelos propostos ao contexto das OPS brasileiras é inviável em razão da indisponibilidade de variáveis semelhantes na base de dados pública da ANS. Em virtude desta barreira, o presente trabalho propõe uma adaptação ao modelo de Brockett et al. (2004), mantendo o Ticket Médio como a variável de *input* e substituindo as variáveis *outputs* pelo Índice de Satisfação do Beneficiário (IDSB), e pela relação entre o número de beneficiários e o total de reclamações. Espera-se com este modelo mensurar a capacidade de a OPS transformar o prêmio recebido em satisfação do beneficiário. Por este modelo refletir a qualidade do serviço prestado será chamado neste trabalho como Abordagem de Serviços.

As variáveis do modelo proposto para avaliação de serviços são ilustradas na Figura 13 e serão explicadas mais adiante na seção de métodos.

**Figura 13 - Modelo de Eficiência Abordagem de Serviços**



Fonte: Elaborado pelo autor

Além das variáveis que compõem os modelos propostos, algumas características das OPS podem afetar indiretamente a eficiência destas organizações. O modelo de contratação e remuneração dos médicos é um dos fatores mais citados, uma vez que podem influenciar a tomada de decisão deste profissional, impactando tanto a eficiência financeira como a de serviços.

Rollins et al. (2001) explicam que os médicos podem ser contratados ou terceirizados. No primeiro caso, estes profissionais recebem salários fixos, geralmente atrelados a bônus por desempenho. Já no segundo, os médicos não são funcionários da organização e, geralmente, têm sua remuneração atrelada ao volume de procedimentos realizados, ou à quantidade de horas trabalhadas.

Apesar de elevar o custo fixo da organização, a contratação de médicos como funcionários exige da OPS menos esforços para controle de qualidade do serviço. Isto ocorre porque, em virtude da possibilidade de perda dos empregos, os médicos tendem a preocupar-se mais com as políticas definidas pela OPS (ROLLINS et al., 2001).

Em contrapartida, quando terceirizados e remunerados por procedimentos, os médicos tendem a solicitar um maior volume de exames e consultas, objetivando maximizar o ganho pessoal. Como consequência, esta prática diminui a possibilidade de redução de custos (AHERN et al., 1996).

Outra característica que pode afetar a eficiência das OPS é a finalidade de lucro destas organizações. Na visão de Rosenman, Siddharthan e Ahern (1997), OPS privadas e com finalidade de lucros usualmente apresentam maior eficiência financeira por prestarem maior atenção aos custos, além de se preocuparem em contratar gestores mais experientes.

Ahern et al. (1996), por sua vez, complementam que, ao privilegiar o retorno financeiro, os gestores das OPS com fins lucrativos podem optar por buscar a redução de custo por meio da recusa de procedimentos necessários para o atendimento aos beneficiários, afetando a qualidade do serviço prestado.

Além das características citadas, a presença de políticas de prevenção e promoção à saúde também tem a capacidade de influenciar a eficiência das OPS. De acordo com Alves (2009), o investimento na promoção à saúde interfere na probabilidade de utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários, impactando na eficiência da OPS.

Por fim, a faixa etária da carteira de clientes impacta a eficiência das operadoras, visto que pessoas com idade mais avançadas possuem maior risco potencial à saúde, aumentando a probabilidade de utilização dos serviços com mais frequência e, conseqüentemente, impactando na eficiência financeira da OPS (CARRINGTON; COELLI; PRASADA RAO, 2011).

## 2.8. SUSTENTABILIDADE EMPRESARIAL

O desenvolvimento sustentável tem sido uma das grandes bandeiras sociais da atualidade e tem origem em 1987, com a publicação do relatório da Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD) (BARBIERI et al., 2010).

Embora o conceito tenha sido rapidamente aceito pela sociedade, muitas definições surgiram para o termo sustentabilidade, o que talvez tenha dificultado um entendimento consensual sobre o tema (CLARO; CLARO; AMÂNCIO, 2008).

Contudo, a definição mais difundida é a apresentada no Relatório Brundtland, que descreve a sustentabilidade como a habilidade das gerações atuais em satisfazer suas necessidades sem comprometer a capacidade das gerações futuras satisfazerem as necessidades delas (WORLD COMMISSION ON ENVIRONMENT AND DEVELOPMENT, 1987). A associação da sustentabilidade com uma visão de longo prazo fica clara a partir desta definição, uma vez que busca-se preservar os interesses das futuras gerações (CLARO; CLARO; AMÂNCIO, 2008).

De acordo com Nobre e Ribeiro (2013), a inserção do conceito de sustentabilidade ao contexto das organizações foi ampliada a partir da proposição do tripé da sustentabilidade, ou *Triple Bottom Line* (TBL). Este modelo, proposto por John Elkington, pondera que as empresas influenciam e são influenciadas pela sociedade e o ambiente em que estão inseridas. Dessa forma, a concepção de desenvolvimento sustentável proposta no TBL considera que a geração de valor para uma empresa está vinculada à capacidade da mesma em gerar simultaneamente valor econômico, social e ambiental (HART; MILSTEIN, 2004).

Este entendimento é contrário à teoria da maximização da riqueza dos acionistas, que define a função principal da empresa como sendo gerar valor econômico para os acionistas. Na verdade, a visão de valor apresentada pelo TBL é associada no âmbito das organizações empresariais à teoria de equilíbrio de interesses dos *stakeholders* (SILVEIRA; YOSHINAGA; BORBA, 2005).

Ao definir *stakeholders* como todos os indivíduos ou grupos que podem afetar ou ser afetados pelos objetivos da instituição, Jensen (2010) defende que a função principal da empresa passa a ser equilibrar os interesses de cada grupo, gerando valor para todos eles. Clarkson (1995) complementa a definição ao associar a longevidade de uma organização à capacidade de a mesma criar valor e satisfação suficientes para manter clientes, fornecedores, funcionários e demais grupos como parte do sistema de *stakeholders* da empresa.



Por esta visão, a perpetuidade de uma organização não está apenas relacionada à geração de valor econômico, mas no relacionamento de longo prazo entre a empresa e seus *stakeholders*. Sendo assim, ao associar os conceitos de sustentabilidade e teoria dos *stakeholders* aos objetivos do presente trabalho, pode-se concluir que as OPS sustentáveis são aquelas que, além de possuírem bom desempenho na abordagem financeira, também apresentem nível de eficiência elevado em prestação de serviços.

### 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta seção discorre sobre os procedimentos de pesquisa que orientaram a elaboração do presente trabalho. Conforme Soares (2003), a pesquisa científica é uma investigação planejada, que é desenvolvida conforme um conjunto de normas metodológicas. Para Oliveira (2002), pesquisar é “planejar cuidadosamente uma investigação de acordo com as normas da metodologia científica, tanto em termos de forma como de conteúdo” (OLIVEIRA, 2002, p. 118).

O planejamento de pesquisa do presente trabalho foi elaborado visando atender aos objetivos e responder aos problemas propostos anteriormente na seção de introdução e, para isso, foi necessária a aplicação de um método científico.

Severino (2007) afirma que o método científico é o elemento que diferencia a ciência do senso comum, e Almeida (2011, p. 19) o define como “conjunto de procedimentos que é adotado em estudos aos quais se atribui a confiabilidade do rigor científico” (ALMEIDA, 2011, p. 19).

Os procedimentos metodológicos foram elaborados seguindo a orientação proposta por Gil (1999), que o divide nas seguintes etapas:

- a) Formulação do problema;
- b) Construção de hipóteses ou determinação dos objetivos;
- c) Delineamento da pesquisa;
- d) Operacionalização dos conceitos e variáveis;
- e) Seleção da amostra;
- f) Elaboração dos instrumentos de coleta de dados;
- g) Coleta de dados;
- h) Análise e interpretação dos resultados;
- i) Redação do relatório.

Como já foi dito, o problema e objetivos da pesquisa foram descritos anteriormente no seção introdutória. As demais etapas serão descritas a seguir.

### 3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Nesta seção é definido o delineamento do presente trabalho que, conforme Gil (1999), refere-se ao planejamento da pesquisa em um sentido mais abrangente, considerando o ambiente em que os dados são coletados e como as variáveis envolvidas serão controladas.

Em relação à tipologia, a presente pesquisa pode ser classificada como explicativa aplicada, pois tem o objetivo de identificar fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2008). Na visão de Severino (2007, p. 123),

A pesquisa explicativa é aquela que, além de registrar e analisar os fenômenos estudados, busca identificar suas causas, seja através da aplicação do método experimental/matemático, seja através da interpretação possibilitada pelos métodos qualitativos (SEVERINO, 2007, p. 123).

Complementarmente, Sampieri, Collado e Lucio (2006) ressaltam que a pesquisa explicativa busca responder o porquê e em quais condições um fenômeno ocorre. Gil (1999, p. 44) ainda destaca que “esse é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, por que explica a razão, o porquê das coisas”.

Optou-se pelo uso de um modelo não experimental de pesquisa, pois as variáveis não são controladas pelo pesquisador. Sampieri, Collado e Lucio (2006, p. 225) explicam que esse modelo de pesquisa

[...] centra em: a) analisar qual é o nível, estado ou a presença de uma ou diversas variáveis em dado momento; b) avaliar uma situação, comunidade, evento, fenômeno ou contexto em um ponto do tempo, e c) determinar ou situar qual é a relação entre um conjunto de variáveis em um momento.

Quanto aos procedimentos técnicos adotados, a pesquisa caracteriza-se como *ex-post-facto*, em virtude de o estudo ser realizado após a ocorrência de variações nas variáveis pertinentes (GIL, 2008). Para Almeida (2011, p. 34),

[...] este tipo de estudo é feito depois que o fato ocorreu, de modo que o pesquisador não pode interferir nas variáveis. Um exemplo desse tipo de estudo seria a avaliação do desempenho de trabalhadores de uma organização ao longo dos últimos anos, correlacionando com as chefias e respectivos estilos gerenciais no período (ALMEIDA, 2011, p. 34).

Já como método científico foi adotado o estudo de caso que, segundo Martins e Theóphilo (2009, p. 62), “trata-se de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real, buscando aprender a totalidade de um situação, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto”. Gil (1999) complementa que o estudo de caso permite o conhecimento amplo e detalhado do objeto estudado.

Por fim, em relação à abordagem, utilizou-se a bimodal de duas etapas, sendo uma qualitativa e outra quantitativa. Esta abordagem será mais bem descrita na próxima seção.

### 3.2. MÉTODO DE PESQUISA

Para Martins e Theóphilo (2009, p. 39), “pesquisar não é apenas procurar a verdade, é encontrar respostas para as questões propostas, utilizando métodos científicos”.

Embora o método de pesquisa seja o elemento que confere rigor científico a uma pesquisa (SEVERINO, 2007), já que se trata de “conjunto de processos pelos quais se torna possível conhecer uma determinada realidade [...] (OLIVEIRA, 2002, p. 57)”, muitas vezes a utilização de apenas um método não é suficiente para atender as necessidades impostas pelos questionamentos da pesquisa. Gil (1999, p. 33) afirma que a utilização de mais de um método é utilizado com frequência “porque nem sempre um único método é suficiente para orientar todos os procedimentos a serem desenvolvidos ao longo da investigação”.

A utilização de uma combinação de abordagens é defendida também por Yin (2010, p. 87), que afirma que “a pesquisa dos métodos mistos pode permitir que os pesquisadores abordem questões de pesquisa mais complicadas e colem uma série mais rica e mais forte de evidências do que poderiam obter por qualquer método único isolado [...]”.

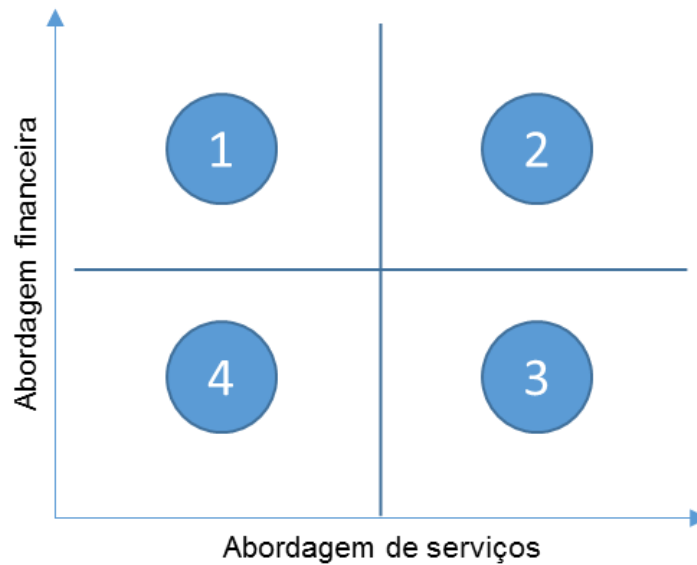
Além das vantagens apontadas, segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006), é possível observar nos últimos anos uma tendência de aumento no número de estudos científicos que se utilizam da fusão das abordagens quantitativas e qualitativas.

Por estas razões, a presente pesquisa utiliza uma abordagem mista de duas etapas (quantitativa e qualitativa) desenvolvida por Salgado Junior e Novi (2014). Tal abordagem foi adaptada ao contexto do setor de saúde suplementar e aos objetivos do presente trabalho, uma vez que Salgado Junior e Novi (2014) a aplicaram no setor de educação.

A primeira etapa é quantitativa e fez uso da técnica de Análise Envoltória de Dados (DEA) com o objetivo de obter escores para ranquear as OPS quanto ao seu desempenho financeiro e de serviços no ano de 2013.

A partir dos escores, as OPS foram distribuídas em quadrantes, conforme seu desempenho em cada uma das abordagens de eficiência citadas.

**Figura 14 - Quadrantes de Desempenho das OPS**

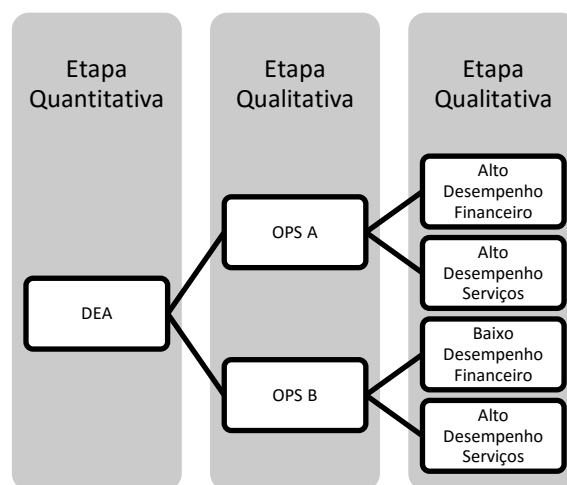


Fonte: Elaborada pelo autor

Dessa forma, as OPS que figuraram no quadrante 1 apresentaram alto desempenho na abordagem financeira e baixo desempenho em serviços; no quadrante 2, alto desempenho nas duas abordagens; no 3, alto desempenho em serviços e baixo financeiro e, por fim, no 4, baixo desempenho nas duas abordagens. Esta etapa serviu para a seleção das OPS que participaram da fase qualitativa da pesquisa e será detalhada mais adiante.

Na segunda etapa (qualitativa), foi utilizado um estudo de múltiplos casos em 2 OPS, uma do quadrante 2 e uma do quadrante 3, conforme ilustra a Figura 15.

**Figura 15 - Processo de seleção das OPS para a etapa qualitativa**



Fonte: Elaborada pelo autor

Nesta fase foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave das OPS escolhidas, e foi possível obter informações sobre práticas de gestão utilizadas por cada instituição entrevistada. Posteriormente, estes dados foram cruzados e então foram identificadas as práticas que diferenciavam as duas OPS analisadas.

Esta análise levou à identificação de práticas de gestão que provavelmente contribuem para o bom desempenho financeiro da operadora analisada.

### 3.3. ETAPA QUANTITATIVA

De acordo com Soares (2003), a abordagem quantitativa é empregada em investigações nas quais se procure determinar relações de causalidade entre fenômenos. Esta situação condiz com um dos objetivos propostos no presente trabalho, que propõe identificar práticas de gestão que contribuam positivamente para o desempenho financeiro de OPS.

Richardson (1999, p. 70) afirma que a abordagem quantitativa

[...] caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas [...] representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação.

Complementarmente Oliveira (2002, p. 15) explica que utilizar este tipo de abordagem

[...] significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também percentagem, média, moda, mediana e desvio padrão, até as de uso mais complexo como coeficiente de correlação, análise de regressão etc., normalmente utilizados em defesas de teses.

Portanto, este tipo de estudo utiliza-se de ferramentas matemáticas para tratar dados e medir relações entre as variáveis escolhidas.

Para que isto seja possível, diferentes tipos de ferramentas estatísticas podem ser utilizadas. Dias (2010, p. 47) aponta que “[...] Exemplos de métodos quantitativos bem aceitos em Ciências Sociais incluem pesquisa empírica (surveys), experimentos de laboratório e campo, métodos formais (ex.: econometria) e métodos numéricos (ex.: modelos matemáticos)”.

Como mencionado anteriormente, o presente trabalho utiliza a técnica de Análise Envoltória de Dados (DEA), e a justificativa para a escolha desta ferramenta e a descrição do modelo aplicado serão abordados na próxima seção.

#### 3.3.1. Modelo teórico (DEA) e definição das variáveis

A técnica DEA BCC com orientação *output* foi escolhida para a definição das OPS eficientes nas abordagens financeira e de serviços, conforme ilustram as Figura 16 e Figura 17.

**Figura 16 - Modelo DEA Abordagem Financeira**



Fonte: Elaborado pelo autor

**Figura 17 - Modelo DEA Abordagem de Serviços**



Fonte: Elaborado pelo autor

Como ilustrado, as Operadoras de Plano de Saúde são as DMU nos modelos de eficiência propostos. O modelo financeiro utiliza duas variáveis *inputs*, sendo: (1) Ativo Total presente no balanço encerrado de 2013; e (2) Despesas Assistenciais acumuladas no exercício social de 2013; e uma variável *output*, (3) Receita de Contraprestações acumuladas no exercício social de 2013.

As três variáveis do modelo financeiro foram extraídas da base de dados pública da ANS e não passaram por nenhum tratamento para a utilização na pesquisa. O Quadro 1 apresenta as variáveis utilizadas no modelo financeiro do presente trabalho.

**Quadro 1 - Variáveis do modelo financeiro**

<b>Tipo de Variável</b>	<b>Denominação</b>	<b>Definição</b>	<b>Fonte</b>
<i>Input</i>	Ativo Total	Corresponde ao total de ativos divulgados no balanço patrimonial de 2013.	ANS TABNET
<i>Input</i>	Despesas Assistenciais	Corresponde à soma das despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde informadas pelas operadoras à ANS. (ANS, 2015)	ANS TABNET
<i>Output</i>	Receita de Contraprestações	Corresponde à soma das receitas informadas pelas operadoras à ANS. (ANS, 2015)	ANS TABNET

Fonte: Elaborado pelo autor

Já o modelo de serviços, conforme se pode observar na Figura 17, utiliza uma variável *input*, (1) Ticket Médio acumulado em 2013; e duas variáveis *outputs*, sendo: (2) IDSB – Índice de Satisfação do Beneficiário de 2014, que faz referência ao exercício de 2013; e (3) Uma relação entre o número de beneficiários de 2013 e o número de reclamações acumuladas no ano de 2013.

O indicador de *input*, Ticket Médio, foi calculado por meio da divisão da receita de contraprestações acumulada no exercício de 2013 pelo número de beneficiários da operadora no fechamento do ano de 2013. A proposta é indicar uma medida de preço médio pago pelos beneficiários do plano da operadora.

O segundo indicador (IDSB) trata-se de um índice oficial da ANS que tem o objetivo de mensurar a satisfação do beneficiário em relação ao plano contratado nas OPS. Segundo a ANS (2015), este índice é uma composição de três outros indicadores, sendo eles: Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano; Sanção pecuniária em primeira instância; e Índice de Reclamações. O primeiro deles “Avalia indiretamente a satisfação do beneficiário com o serviço prestado, com base na proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano de contrato”(ANS, 2015, p.114); O segundo corresponde à “soma dos valores das multas julgadas em primeira instância de uma operadora em um período, excetuadas as multas diárias e aquelas provenientes de representações” (ANS, 2015, p. 116). Este indicador tem o objetivo de “medir a gravidade do conjunto das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras” (loc. cit.). Por fim, o terceiro indicador “é um índice que permite a comparação



da atuação das operadoras do ponto de vista do consumidor que, ao julgar não ter tido respeitado seu direito, dirige-se à ANS para solicitar orientação, análise e julgamento da questão” (ANS, 2015, p. 119). Este indicador é calculado pela divisão entre a média mensal de reclamações contra a operadora e a média mensal de beneficiários ativos da operadora no ano base.

Por fim, o último indicador a compor o modelo de eficiência em serviços é uma proporção entre o número de beneficiários e o número acumulado de reclamações no ano de 2013. As duas informações são extraídas do ANS TABNET.

O Quadro 2 apresenta as variáveis utilizadas no modelo de eficiência em serviços propostos.

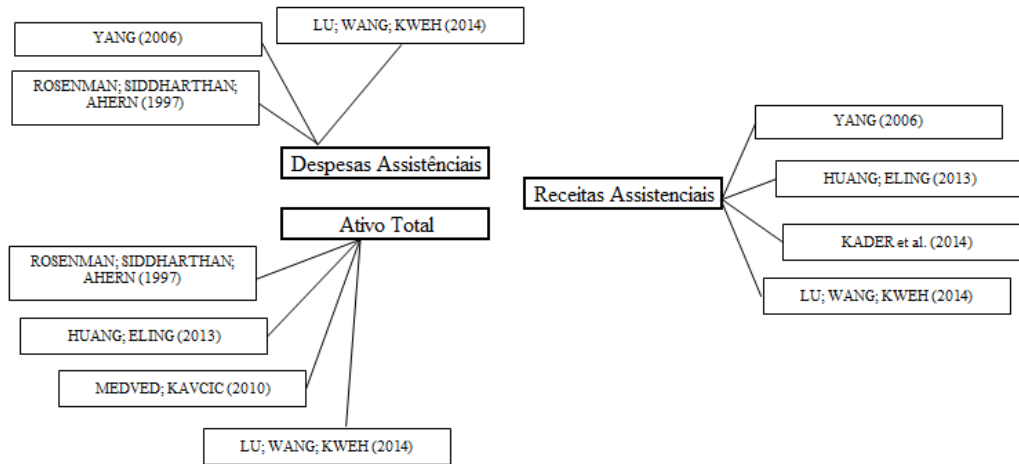
**Quadro 2 - Variáveis do modelo de serviços**

<b>Tipo de Variável</b>	<b>Denominação</b>	<b>Definição</b>	<b>Fonte</b>
<i>Input</i>	Ticket Médio	Corresponde a uma média do preço pago pelo beneficiário (Receita de Contraprestações ÷ Número de Beneficiários)	ANS TABNET
<i>Output</i>	IDSB	Índice de Satisfação do Beneficiário	ANS TABNET
<i>Output</i>	Número de Beneficiários ÷ Número de Reclamações	Medida do volume de reclamações de beneficiários em relação à OPS estudada.	ANS TABNET

Fonte: Elaborado pelo autor

É importante ressaltar que as variáveis de cada modelo não foram definidas ao acaso. O modelo financeiro foi proposto por Rosenman, Siddharthan e Ahern (1997), além de as variáveis também terem sido utilizadas em outros trabalhos publicados anteriormente. A Figura 14 ilustra algumas referências que utilizaram as variáveis propostas para mensurar eficiência em OPS.

**Figura 18 - Autores que utilizaram as variáveis propostas no modelo financeiro**



Fonte: Elaborado pelo autor

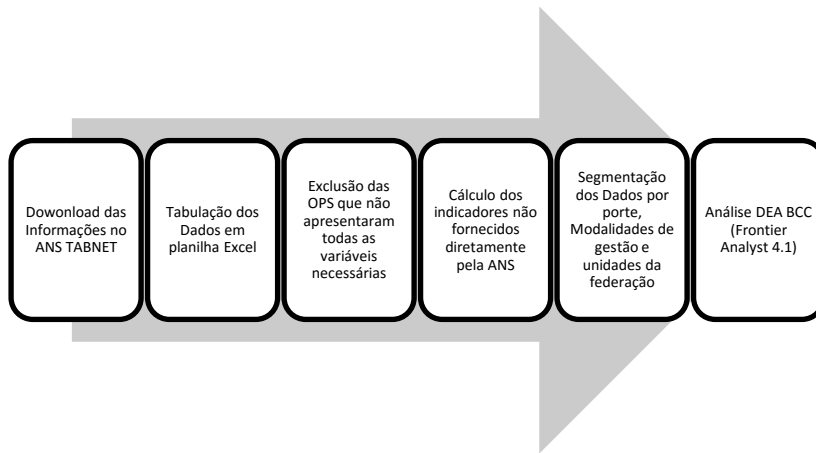
Já para abordagem de serviços, foi definido um modelo que representasse a ótica do beneficiário. Para Brockett et al. (2004, p. 6), os beneficiários “são os compradores dos planos de saúde, e são preocupados com os serviços recebidos e com o preço pago”. Dessa forma, buscou-se definir um modelo que relacionasse o preço pago pelo beneficiário (Ticket Médio) e a qualidade do serviço recebido, representada no trabalho pelo IDSB e pela proporção de reclamações.

### 3.3.2. Etapas da elaboração da base de dados

A elaboração da base de dados utilizada no presente trabalho seguiu as etapas ilustradas na

Figura 19.

**Figura 19 - Etapas da preparação da Base de Dados**



Fonte: Elaborado pelo autor

Os dados das OPS referentes ao quarto trimestre de 2013 foram inicialmente baixados do website da ANS, por meio do banco de dados ANS TABNET, conforme demonstrado na Figura 20 e Figura 21.

**Figura 20 - ANS TABNET Dados Contábeis**

Principal	A ANS	Planos e Operadoras	Legislação	Participação da Sociedade	Prestadores	Perfil do Setor	Espaço da Qualidade
/ Principal / Perfil do Setor / Dados e Indicadores do setor / Demonstrações Contábeis							
<b>Dados e Indicadores do setor</b> Demonstrações Contábeis Baixar base de dados D-TISS - Painel Gerencial de Procedimentos		<b>Demonstrações Contábeis</b>					
<b>Dados Gerais</b>		<b>2015</b> Data corte: 24/11/2015					
<b>Normas mais acessadas</b>		<b>2014</b> Data corte: 30/04/2015					
		<b>2013</b> Data corte: 06/04/2014 ↓ 1º Trimestre (.zip) ↓ 2º Trimestre (.zip) ↓ 3º Trimestre (.zip) ↓ 4º Trimestre (.zip)					

Fonte: ANS (2015)

**Figura 21 - ANS TABNET Dados das OPS**

www.ans.gov.br/anstabnet/index.htm

**ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar

**ANS TABNET** Informações em Saúde Suplementar

Início Consultas Ajuda

Como parte da sua política de transparência e em consonância com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS tem como um de seus desafios desenvolver e aperfeiçoar tecnologias de geração e divulgação de informações a fim de disponibilizá-las ao seu público-alvo. Entre estas está o ANS TabNet, que faz uso da ferramenta TabNet, desenvolvida pelo Datasus - MS, com objetivo de possibilitar a tabulação dos dados dos diversos sistemas de informação da ANS.

O ANS Tabnet permite a realização de diversos tipos de consultas sobre beneficiários, operadoras, planos privados de saúde, ressarcimento ao SUS e demandas do consumidor pelo acesso a diversos sistemas de informações da ANS. Estão disponíveis para consultas os dados a partir de março de 2000, em intervalos de atualização trimestral (março, junho, setembro e dezembro), com exceção dos dados sobre mortalidade que têm periodicidade com dados a partir de 2004.

Estas e outras informações sobre saúde suplementar estão disponíveis também em outros formatos como em Dados e Indicadores do Setor ou Dados Gerais. As mesmas tabelas acessadas no ANS Tabnet podem ser baixadas em formato dbc, para processamento local, em Baixar bases de dados.

Sugestões para aperfeiçoamento e contato com a equipe de produção do ANS TabNet - Gerência Executiva de Produção e Análise da Informação (GEPIN/DIDES) - podem ser feitas pelos Canais de Atendimento.

Fonte: ANS (2015)

Após consolidação dos dados em planilha Excel, foram excluídas da base todas as OPS que não apresentaram pelo menos um dos indicadores necessários para calcular a eficiência nos dois modelos propostos. A amostra resultante deste tratamento totalizou 521 OPS, e as características deste plano amostral serão melhor descritas na próxima seção.

Por fim, foram calculados os escores DEA dos modelos financeiro e de serviços por meio do software Frontier Analyst 4.1.

### 3.3.3. Descrição do plano amostral

Como mencionado anteriormente, a amostra utilizada na pesquisa totalizou 521 OPS. Destas OPS, 233 são classificadas pela ANS como pequeno porte, 221 de médio porte e 67 de grande porte. A Tabela 1 mostra a distribuição da amostra por porte.

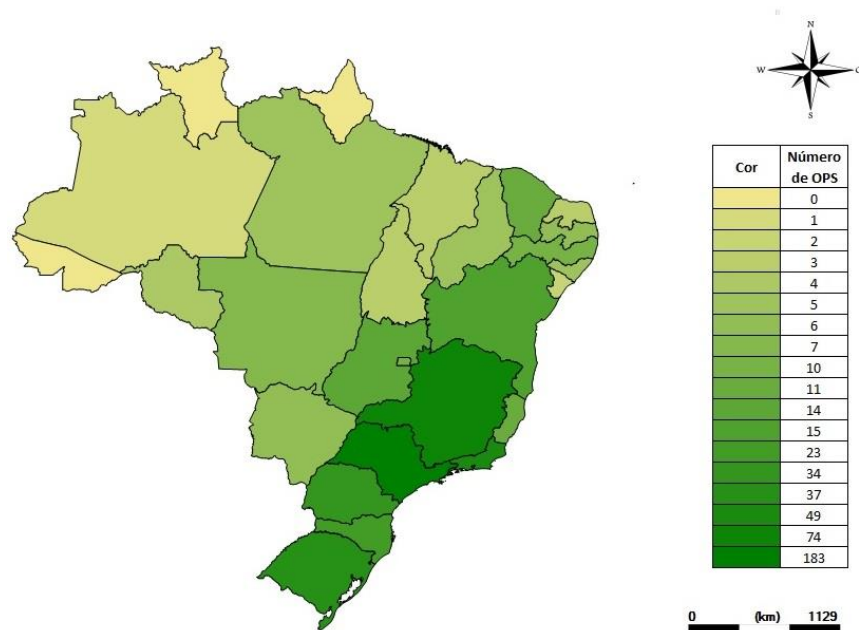
**Tabela 1 - Distribuição da amostra por porte**

<b>Porte</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Participação</b>
Pequeno	233	45%
Médio	221	42%
Grande	67	13%

Fonte: Elaborada pelo autor

Em relação à distribuição geográfica, como se pode observar na Figura 22, a maior parte das OPS consideradas na amostra está concentrada nas regiões sudeste e sul, com destaque para os estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, que representam, respectivamente, 35%, 14% e 9% do total das OPS. A participação de cada estado na amostra é demonstrada na Tabela 2.

**Figura 22 - Distribuição geográfica da amostra**



Fonte: Adaptado de IPEAGEO

**Tabela 2 - Número de OPS por Unidade da Federação**

<b>UF</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Participação</b>
São Paulo	183	35%
Minas Gerais	74	14%
Rio de Janeiro	49	9%
Rio Grande do Sul	37	7%
Paraná	34	7%
Santa Catarina	23	4%
Bahia	15	3%
Goiás	14	3%
Ceará	11	2%
Espírito Santo	11	2%
Distrito Federal	10	2%
Pernambuco	10	2%
Mato Grosso	7	1%
Paraíba	6	1%
Mato Grosso do Sul	6	1%
Pará	5	1%
Alagoas	5	1%
Piauí	5	1%
Rondônia	4	1%
Tocantins	3	1%
Rio Grande do Norte	3	1%
Maranhão	3	1%
Sergipe	2	0%
Amazonas	1	0%

Fonte: Elaborada pelo autor

Por fim, ainda é possível segmentar a amostra pela modalidade de gestão das OPS. Neste critério, 49% da amostra é representada pelas Cooperativas Médicas, 29% por Medicina de Grupo, 12% Autogestão, 9% Filantrópicas e 2% Seguradoras Especializadas em Saúde. A Tabela 3 demonstra a distribuição da amostra pelas modalidades de gestão.

**Tabela 3 - Distribuição da Amostra por Modalidades de Gestão**

<b>Modalidade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Participação</b>
Cooperativa Médica	253	49%
Medicina de Grupo	149	29%
Autogestão	63	12%
Filantropia	45	9%
Seguradora Esp. em Saúde	11	2%

Fonte: Elaborada pelo autor

### 3.4. ETAPA QUALITATIVA

O desempenho de uma organização no segmento de saúde depende de uma série de pessoas e processos distintos que podem ser determinantes para a eficiência da instituição. Neste contexto, a abordagem quantitativa pode não ser suficiente para explicar as variáveis que explicam o desempenho das organizações. Nestes casos, Yin (2010, p. 87) aponta que “[...] A pesquisa com métodos mistos pode permitir que os pesquisadores abordem questões de pesquisa mais complicadas e colem uma série mais rica e mais forte de evidências do que poderiam obter por qualquer método único isolado [...]”.

Este argumento também é defendido por Sampieri, Collado e Lucio (2006, p. 12), que afirmam que

A triangulação é complementar no sentido de sobrepor enfoques e em uma mesma pesquisa mesclar diferentes facetas do fenômeno em estudo. Tal união ou integração agrega profundidade a um estudo, [...] agrega-se uma perspectiva mais completa [...].

O presente trabalho está alinhado ao defendido por estes autores. Sendo assim, foi utilizada também uma abordagem qualitativa. Para esta etapa foi definido um roteiro de entrevistas, com algumas perguntas de investigação que serão apresentadas na próxima seção.

#### 3.4.1. Método de pesquisa qualitativo

Nesta etapa, o presente trabalho utiliza-se do estudo de caso como método de pesquisa. Na visão de Gil (2009, p. 54):

O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante os outros delineamentos considerados.

Yin (2001, p.19) complementa que

Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo "como" e "por que", quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Yin (2010) ainda afirma que o estudo de caso permite ao pesquisador colher características mais amplas e significativas dos eventos, como, neste contexto, processos de gestão que influenciam no desempenho de OPS.

Neste sentido, a presente pesquisa faz uso de um estudo de múltiplos casos. De acordo com Vieira (2001, p. 16), “[...] tais casos, quando devidamente documentados e propriamente analisados, constituem valiosa fonte de informação”.

Para que este processo seja conduzido corretamente, é fundamental que o planejamento do estudo de caso atenda a quatro critérios que buscam estabelecer a qualidade da pesquisa. O Quadro 3 ilustra estes critérios.

**Quadro 3 - Critérios para elaboração de Estudo de Caso**

<b>Critérios de qualidade</b>	<b>Tática do estudo</b>	<b>Fase da pesquisa na qual a tática ocorre</b>
Validade do constructo	Usa múltiplas fontes de evidência Ter informantes-chave	Coleta de dados
Validade interna	Realizar a combinação de padrão Realizar a construção da explicação	Análise de dados
Validade externa	Replicar a teoria estudada nos estudos de múltiplos casos	Projeto de pesquisa
Confiabilidade	Usar protocolo de estudo de caso	Coleta de dados

Fonte: Adaptado de Yin (2010, p.64)

As explicações sobre cada tática serão realizadas nas seções seguintes.

### **3.4.2. Protocolo de pesquisa**

A utilização do protocolo de pesquisa é de grande importância na realização de estudos de caso, pois ele formaliza o processo e serve como um orientador das atividades do investigador durante a coleta de informações.

De acordo com Yin (2010, p. 106), a utilização do protocolo de pesquisa confere confiabilidade para a aplicação do estudo de caso,

[...] pois ele se destina a orientar o pesquisador quanto aos procedimentos de coleta de dados [...] ter um protocolo de estudo de caso é desejável sob todas as circunstâncias, mas é essencial se você estiver realizando um estudo de casos múltiplos.

A Figura 23 ilustra o modelo de protocolo de pesquisa proposto por Yin (2010).



Figura 23 - Modelo de protocolo de pesquisa

- |   |
|---|
| <p><b>a) <u>Introdução ao estudo de caso e finalidade do protocolo:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Questões, hipóteses e proposições do estudo de caso</li> <li>2. Estrutura teórica para o estudo de caso (reproduz o modelo lógico)</li> <li>3. Papel do protocolo na orientação do investigador do estudo de caso (agenda padronizada)</li> </ol> <p><b>b) <u>Procedimentos de coleta de dados</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nomes dos locais a serem visitados, incluindo as pessoas de contato</li> <li>2. Plano de coleta de dados (tipo de evidências a ser esperada)</li> <li>3. Preparação esperada anterior às visitas aos locais (identifica a informação específica a ser revisada e os assuntos a serem cobertos antes de ir ao local)</li> </ol> <p><b>c) <u>Esboço do relatório de estudo de caso</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A prática da aplicação da lei em operação</li> <li>2. Inovação da prática</li> <li>3. Resultados da prática até agora</li> <li>4. Contexto e história da agência de aplicação da lei pertencente à prática</li> <li>5. Exposições a serem desenvolvidas: cronologia dos eventos cobrindo a implementação e os resultados da prática neste local; modelo lógico para prática, ou resultado presente e outros dados; referências a documentos relevantes; lista de pessoas entrevistadas</li> </ol> <p><b>d) <u>Questões de estudo de caso</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. A prática em operação e sua capacidade de inovar       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Descreva a prática em detalhe, incluindo o emprego de pessoal e da tecnologia, se houver.</li> <li>b) Demais perguntas ...</li> </ol> </li> <li>II. Avaliação       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Qual é o projeto para a avaliação da prática e quem está fazendo a avaliação?</li> <li>b) Demais perguntas....</li> </ol> </li> </ol> |
|---|

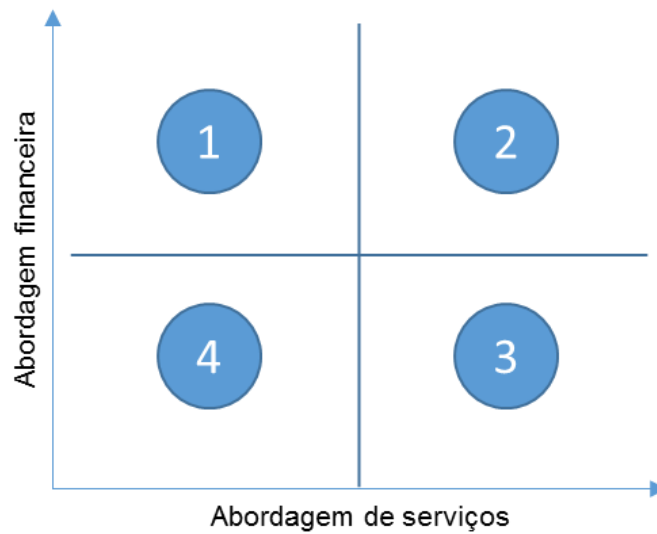
Fonte: Adaptado de Yin (2010, p.107)

O modelo proposto por Yin (2010) foi adaptado ao presente estudo, e é apresentado no apêndice B.

### 3.4.3. Plano amostral

A escolha das OPS a serem visitadas partiu do resultado obtido na etapa quantitativa da pesquisa. Após a aplicação da técnica DEA para os dois modelos teóricos propostos, as OPS foram dispostas em um gráfico, de acordo com o desempenho obtido em cada uma das dimensões, conforme ilustra a Figura 24.

**Figura 24 - Modelo de distribuição das OPS pelo desempenho nas abordagens Financeira e de serviços**



Fonte: Elaborada pelo autor

Como o objetivo da pesquisa é identificar práticas de gestão que contribuam para a sustentabilidade financeira das OPS, foram escolhidas para a aplicação do estudo de caso uma OPS do quadrante 2 e uma do quadrante 3. Assim, foi possível confrontar as práticas de gestão de uma OPS com bom desempenho financeiro e em serviços, com as de uma OPS que, apesar de ter apresentado eficiência em prestação de serviços, obteve baixo desempenho na dimensão financeira. Mais adiante serão discutidos os resultados da análise quantitativa e, então, as OPS escolhidas para o estudo serão apresentadas.

#### **3.4.4. Definição dos Informantes-chave**

A escolha dos indivíduos que serão entrevistados nas OPS é uma questão de grande importância. Devem ser abordadas aquelas pessoas que estejam relacionadas aos objetivos da pesquisa e que tenham conhecimento sobre o tema abordado.

Na visão de Yin (2010, p. 113),

[...] Os informantes-chave são frequentemente fundamentais para o sucesso de um estudo de caso. Essas pessoas proporcionam ao pesquisador *insights* sobre o assunto e também podem iniciar o acesso às fontes corroborantes ou opostas à evidência.

O ideal é que o instrumento de pesquisa seja aplicado em diferentes tipos de informantes-chave, para que as informações possam ser confrontadas e o risco de que algum informante passe uma informação imprecisa ou inverídica seja reduzido. Dessa forma, definiu-se inicialmente os seguintes informantes-chave:

- Diretores das OPS (Presidente, Diretor financeiro ou cargos compatíveis);
- Médicos e enfermeiros;
- Funcionários do setor administrativo financeiro.

Contudo, uma das OPS selecionadas para a entrevista autorizou apenas que a entrevista fosse realizada com os Diretores, não permitindo o acesso aos demais informantes-chave. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas apenas com Diretores, o que configura uma limitação no estudo.

### **3.4.5. Técnica de coleta de dados**

Rudio (2004, p. 111) explica que “chama-se de coleta de dados à fase do método de pesquisa, cujo objetivo é obter informações da realidade”. Portanto, esta é uma fase fundamental para o bom andamento da pesquisa, pois ela gera as informações que serão utilizadas para as análises e conclusões posteriores.

O instrumento de coleta de dados adotado pelo presente trabalho foi a entrevista semi-estruturada que, de acordo com Gil (1999, p.117),

[...] é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Em complemento, Sampieri, Collado e Lucio (2006, p.381) afirmam que neste tipo de instrumento “[...] o pesquisador tem liberdade de introduzir mais questões para a precisão de conceitos ou obter maior informação sobre os temas desejados”. Dessa forma, além de trazer impressões do entrevistado em relação ao tema abordado, o instrumento permite que o investigador tenha liberdade de explorar melhor as questões, a fim de extrair informações mais precisas. Contudo, Richardson (1999, p. 96) afirma que no processo de entrevista “[...] o pesquisador deve evitar influenciar os entrevistados de maneira que possa distorcer seus comportamentos ou declarações”.

Por fim, Richardson (1999) defende ainda que o uso de entrevista em profundidade é justificado pela convicção de que as pessoas têm opiniões que apenas a pesquisa qualitativa é capaz de absorver. Sendo assim, neste tipo de pesquisa, a qualidade da informação é mais importante do que o número de entrevistados.

Realizadas as explicações em relação ao instrumento de pesquisa escolhido, a seção seguinte irá abordar de maneira mais detalhada o instrumento de coleta de dados.

### 3.4.6. Instrumento de coleta de dados

O presente trabalho utiliza uma abordagem bimodal em dois estágios, quantitativo e qualitativo. Dessa forma, o instrumento qualitativo deve refletir aspectos da abordagem quantitativa, para que seja possível relacioná-las.

De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2006, p. 275),

[...] um caso deve ser tratado com um enfoque misto para obter maior riqueza de informação e conhecimento sobre ele. O caso deve ser tratado com profundidade, buscando o completo entendimento de sua natureza, suas circunstâncias, seu contexto e suas características.

Com o objetivo de alcançar a profundidade e riqueza de informações, o instrumento de coleta de dados foi desenvolvido no intuito de conseguir mensurar adequadamente as variáveis que são pertinentes à análise. Para tanto, conforme Pereira (2009, p. 29), entende-se que “Tudo na natureza é passível de mensuração, basta identificar qual *numerus* é adequado a essa tarefa.” Neste sentido, Oliveira (2002, p.116) orienta que

Uma das maneiras que os pesquisadores utilizam para transformar os dados qualitativos em quantitativos consiste em empregar como parâmetro o uso de critérios, categorias, escalas de atitudes ou, ainda, identificar com que intensidade, ou grau, um determinado conceito, uma opinião, um comportamento se manifesta.

Rudio (2004) complementa que os instrumentos de coleta de dados que sejam capazes de explicar a ocorrência de um fenômeno e quantificá-lo são mais úteis à pesquisa. Por esta razão, os roteiros definidos para o presente trabalho contemplam questões quali-quantitativas.

Para a elaboração de instrumentos, Richardson (1999) aponta três categorias de fatores com os quais o pesquisador deve se atentar, uma vez podem afetar a confiabilidade do instrumento, quais sejam: fatores relacionados aos sujeitos com os quais serão aplicadas as entrevistas (abordada na seção 3.4.4 Definição dos Informantes-chave); fatores relacionados ao momento de aplicação do instrumento (vide protocolo de pesquisa no apêndice b); e os fatores relacionados à natureza do instrumento.

Em relação a este último, Rudio (2004, p. 117) explica que

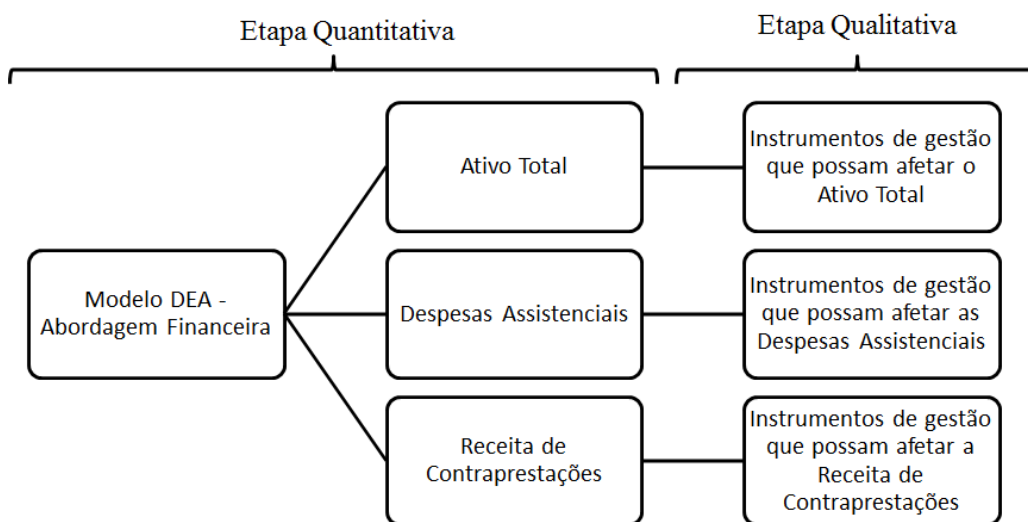
Antes de começar a redigir o formulário (tanto para o questionário como para a entrevista), é necessário estabelecer um plano, para que as perguntas sejam apresentadas de modo ordenado e numa sequência lógica, que dê unidade e eficácia às informações que se pretende obter [...] Assim é necessário, antes de construí-lo, definir exatamente quais as informações que precisam ser obtidas, a fim de que nele só sejam feitas indagações pertinentes e relevantes.

A execução deste plano tem o objetivo de atender a confiabilidade e a validade do instrumento de coleta de dados. A confiabilidade refere-se à capacidade de reprodução do instrumento por outros pesquisadores, ou seja, a capacidade de se obter resultados similares

quando o instrumento for utilizado por outros pesquisadores para analisar um fenômeno semelhante. Já a validade representa a capacidade de o instrumento realmente medir o que se propõe (RICHARDSON, 1999; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Como a pesquisa se propõe a analisar ferramentas de gestão que contribuam para a eficiência financeira de OPS, para alcançar a validade e confiabilidade do instrumento o mesmo foi elaborado levando-se em consideração o modelo de eficiência financeira definido na etapa quantitativa do estudo. Dessa forma, foram elaboradas questões com as quais fosse possível investigar instrumentos de gestão que pudessem afetar um dos indicadores utilizados no modelo DEA de abordagem financeira (Ativo Total, Despesas Assistenciais e Receita de Contraprestações). A Figura 25 ilustra os critérios que foram utilizados para a elaboração do instrumento de coleta.

**Figura 25 - Critérios para a elaboração do roteiro de entrevista semiestruturado**



Fonte: Elaborada pelo autor

Seguindo o critério supracitado, foram elaboradas questões binárias e questões avaliadas por uma escala de 1 a 5. Com o objetivo de reduzir a subjetividade da análise, os critérios para o estabelecimento das notas foram pré-definidos e serão melhor explicados na próxima seção.

O Quadro 4 mostra o instrumento de coleta de dados aplicado.

Quadro 4 - Instrumento de coleta de dados qualitativo

Variáveis DEA	Indicadores						Binárias	
		1	2	3	4	5	0	1
1. Ativo Total	1.1 Política de Gestão de Caixa							
	1.2 Política de Crédito							
	1.3 Política de Cobrança							
	1.4 Planejamento Tributário							
	1.5 Políticas de captação e aplicação de recursos							
	1.6 Imobilizado							
2. Despesas Assisteciais	2.1 Faixa etária da carteira							
	2.2 Presença de políticas de Prevenção à Saúde							
	2.3 Sistemas de Remuneração							
	2.4 Política de controle de Mat./Med.							
	2.5 Política de internação							
	2.6 Política de Exames, Procedimentos, etc.							
3. Receitas de Contraprestações	3.1 Concorrência							
	3.2 Quantidade de Planos coletivos e individuais ofertados							
	3.3 Quantidade de leitos disponíveis para o SUS							

Fonte: Elaborada pelo autor

Estes indicadores nortearam a elaboração do roteiro de entrevista semiestruturada (vide apêndice A), que foi aplicada com os diretores das OPS analisadas. O quadro a seguir relaciona cada indicador do instrumento às perguntas equivalentes a ele no roteiro de entrevista semiestruturada.

**Quadro 5 - Questões relacionadas aos indicadores**

<b>Variáveis DEA</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Questões</b>
<b>1. Ativo Total</b>	1.1 Política de Gestão de Caixa	5
	1.2 Política de Crédito	6
	1.3 Política de Cobrança	7
	1.4 Planejamento Tributário	8
	1.5 Políticas de captação e aplicação de recursos	9
	1.6 Imobilizado	19
<b>2. Despesas Assistenciais</b>	2.1 Faixa etária da carteira	10
	2.2 Presença de políticas de Prevenção à Saúde	11
	2.3 Sistemas de Remuneração	12,13,14
	2.4 Política de controle de Materiais Médicos	16
	2.5 Política de internação	17,18
	2.6 Política de Exames, Procedimentos, etc.	15
<b>3. Receitas de Contraprestações</b>	3.1 Concorrência	22,23
	3.2 Quantidade de Planos coletivos e individuais ofertados	20
	3.3 Quantidade de leitos disponíveis para o SUS	21

Fonte: Elaborado pelo autor

### **3.4.7. Técnicas de análise dos dados qualitativos**

Após a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, seguiu-se o processo de análise dos dados que, segundo Yin (2010, p. 154), “[...] consiste no exame, na categorização, na tabulação e nas evidências recombinadas de outra forma, para tirar conclusões baseadas empiricamente”.

Este processo foi realizado por meio das técnicas de síntese cruzada dos dados e de análise de conteúdo.

A primeira técnica, de acordo com Yin (2010), envolve a consolidação dos dados de cada caso individualmente para posterior comparação entre as semelhanças e diferenças. No caso do presente trabalho foram consolidadas as informações de uma OPS com bom desempenho nas duas abordagens de eficiência e um com bom

desempenho apenas na abordagem de serviços. O objetivo é identificar e comparar as práticas de gestão presentes em cada uma.

Em relação à segunda técnica, Richardson (1999, p. 85) esclarece que “A análise de conteúdo utiliza como material de estudo qualquer forma de comunicação, usualmente documentos escritos, como livros, periódicos, jornais [...]”. Na visão de Severino (2007), esta técnica permite analisar linguagens, expressões verbais e enunciados, que são fundamentais para a compreensão de questões relacionadas a atividades humanas.

Gil (1999) e Bardin (2011) definem que a análise de conteúdo é realizada em três etapas, sendo elas: (1) Pré- análise; (2) Exploração do Material e (3) Tratamento dos dados, inferência e interpretação.

De acordo com Bardin (2011, p. 125), a primeira fase “[...] possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.”

Neste trabalho foram adotadas três escolhas para a execução da primeira fase. A primeira é em relação ao recorte (unidade de análise escolhida). Para cada entrevista foi realizada uma análise temática, assumindo que cada prática administrativa presente no instrumento como um tema, uma unidade de registro. De acordo com Bardin (2011, p. 135):

[...] As respostas a questões abertas, as entrevistas (não diretivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo [...] frequentemente são analisadas tendo o tema por base. [...]. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

A segunda escolha faz referência às regras de enumeração às quais as unidade de registro foram quantificadas. As variáveis de escala foram avaliadas seguindo três critérios principais:

- Presença ou ausência da prática;
- Nível de formalização do processo (presença de políticas e processos formais para a gestão das práticas analisadas);
- Nível de profissionalização (presença de equipe dedicada à prática, cultura de utilização da mesma, etc).



Para reduzir a subjetividade da análise foram pré-definidos os critérios a serem considerados no estabelecimento das notas para as variáveis de escala. Isto foi feito para que ficasse claro para o avaliador qual nota deveria ser atribuída em cada variável, conforme a situação observada na entrevista. Sendo assim, os critérios para o estabelecimento das notas foram:

- 1- Total ausência da prática;
- 2- Presença informal (prática é realizada, mas não existe política ou processo formal a ser cumprido);
- 3- A prática é formalizada, contudo o processo definido não é seguido em sua totalidade, ou seja, existem processos informais sobrepondo o que está definido em políticas;
- 4- A prática é formalizada, os processos são seguidos conforme definidos em políticas, mas não existem equipes dedicadas exclusivamente ao controle deste processo;
- 5- A prática é formalizada, os processos são seguidos conforme definidos em políticas e existem equipes dedicadas exclusivamente ao controle deste processo.

Para as variáveis binárias foi considerada a capacidade de o critério influenciar positivamente (1) ou negativamente (0) a eficiência financeira da OPS. Os critérios de análise para cada uma das variáveis binárias foram:

- **Imobilizado:** considerou-se a capacidade de o imobilizado da OPS gerar receita e serviços para a OPS. Sendo assim, foi considerado 1 para OPS com hospitais de alta complexidade e com presença de estruturas administrativas pouco relevantes. Por consequência, considerou-se 0 para OPS com hospitais de baixa complexidade e maior presença de estruturas administrativas;
- **Faixa etária da carteira:** Considerou-se a capacidade de a faixa etária impactar nas despesas assistenciais. Dessa forma, foi atribuída nota 1 caso a faixa etária média da carteira da OPS analisada fosse igual ou inferior à pirâmide etária do setor, e 0 se caso superior;
- **Sistemas de remuneração:** considerou-se a capacidade de afetar as despesas assistenciais. Sendo assim, foi atribuído 1 quando o sistema de remuneração do

médico não envolvia remuneração variável baseada em volume de procedimentos, e 0 quando o volume de procedimentos era atrelado à remuneração;

- **Concorrência:** considerou-se a capacidade de afetar as receitas de contraprestações da OPS. Dessa forma, será atribuído 1 se a OPS apresentar estrutura compatível com a dos concorrentes e participação de mercado relevante; e 0 quando a estrutura dos concorrentes for superior e a participação nos mercados de atuação da OPS analisada for pouco representativa;
- **Quantidade de planos coletivos e individuais:** considerou-se a capacidade de influenciar a receita de contraprestações da OPS. Assim, foi atribuído 1 quando a participação de planos coletivos era superior, e 0 quando inferior;
- **Quantidade de leitos disponíveis para o SUS:** considerou-se a capacidade de influenciar a receita de contraprestações da OPS. Dessa forma, foi atribuído 1 para a OPS com menor atendimento ao SUS e 0 para OPS com maior disponibilidade de serviços aos SUS.

Por fim, a terceira escolha se refere à consolidação dos dados e agregação das categorias. “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.” (BARDIN, 2011, p. 145).

Após a execução da pré-análise, seguem-se a exploração do material e, enfim, o tratamento dos dados, inferências e interpretações. Segundo Bardin (2011), nesta etapa ocorre o tratamento dos dados para que eles sejam transformados em informações significativas e válidas. Para que isto seja possível são utilizados procedimentos estatísticos que possibilitem estabelecer quadros ou figuras que sintetizem as informações obtidas (GIL, 1999). Tais procedimentos estatísticos podem ser tanto operações simples (porcentagens), até ferramentas mais complexas como a análise fatorial (BARDIN, 2011).

Por fim, Gil (1999, p. 165) conclui acerca da técnica de análise de dados que “à medida que as informações obtidas são confrontadas com informações já existentes, pode-se chegar a amplas generalizações, o que torna a análise de conteúdo um dos mais importantes instrumentos para análise das comunicações [...]”

### 3.5. RESUMO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção é apresentado um resumo dos procedimentos metodológicos adotados para a execução da pesquisa, conforme ilustrado no Quadro 6.

**Quadro 6 - Resumo dos procedimentos metodológicos**

<b>Tipologia da pesquisa quanto aos fins</b>	Explicativa aplicada
<b>Modelo da pesquisa</b>	Não-experimental
<b>Tipologia da pesquisa quanto aos procedimentos adotados</b>	<i>Ex-post-facto</i>
<b>Métodos de pesquisa</b>	Estudo de múltiplos casos
<b>Abordagem da pesquisa</b>	Bimodal de duas etapas (quanti-quali)
<b>Amostra da etapa quantitativa</b>	521 Operadoras de Plano de Saúde Médico-Hospitalares
<b>Amostra da etapa qualitativa</b>	2 OPS, 1 com bom desempenho nas duas abordagens de eficiência; 1 com bom desempenho apenas na abordagem de serviços.
<b>Informantes-chave</b>	Diretores Presidentes das OPS
<b>Técnicas de coleta de dados</b>	Entrevista semiestruturada
<b>Técnicas de análise de dados</b>	Análise Envoltória de Dados (DEA), Análise de Conteúdo e Síntese cruzada dos dados

Fonte: Elaborado pelo autor

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de resultados foi dividida em duas etapas. Primeiramente serão apresentados os resultados obtidos por meio da Análise Envoltória de Dados, as características das OPS eficientes na abordagem financeira serão analisadas e, por fim, serão apresentadas as OPS escolhidas para a etapa seguinte.

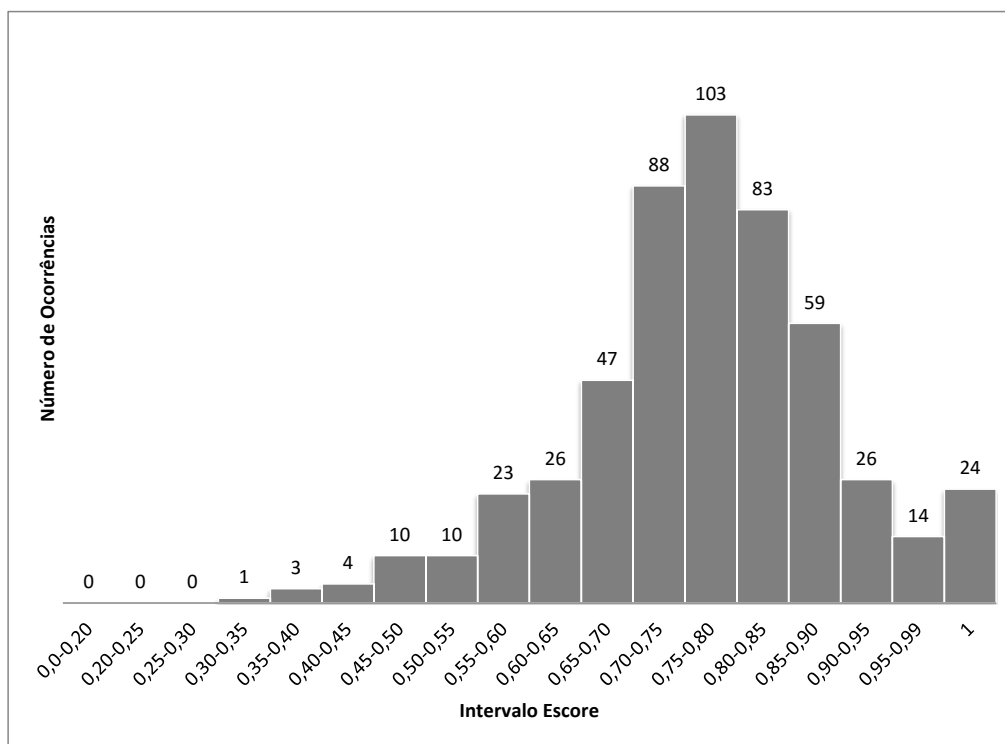
Na sequência serão analisados os resultados da etapa qualitativa do trabalho. Inicialmente será realizada uma breve descrição sobre as duas instituições entrevistadas. Na sequência, a síntese cruzada dos dados coletados em cada uma das entrevistas.

### 4.1. ANÁLISE QUANTITATIVA

A partir da análise DEA constatou-se que 24 das 521 OPS foram classificadas como eficientes na abordagem financeira. Dentre as OPS ineficientes, 373 apresentaram escores acima de 0,70, 106 obtiveram escores entre 0,50 e 0,70, e, finalmente, 18 escores inferiores a 0,50. A distribuição dos escores financeiros é ilustrada na **Erro! Fonte de referência não encontrada.**

A Tabela 4 mostra as OPS classificadas como eficientes, bem como os valores de *inputs* e de *outputs* utilizados para a aplicação do modelo DEA, sendo os insumos os valores de Ativo Total (R\$) e Despesas Assistenciais (R\$) apresentados no 4º trimestre de 2013, e o *output* os valores de Receitas de Contraprestações (R\$) também relativos ao 4º de 2013.

**Figura 26 - Distribuição dos Escores da Abordagem Financeira**



Fonte: Elaborado pelo autor

**Tabela 4- OPS eficientes na Abordagem Financeira**

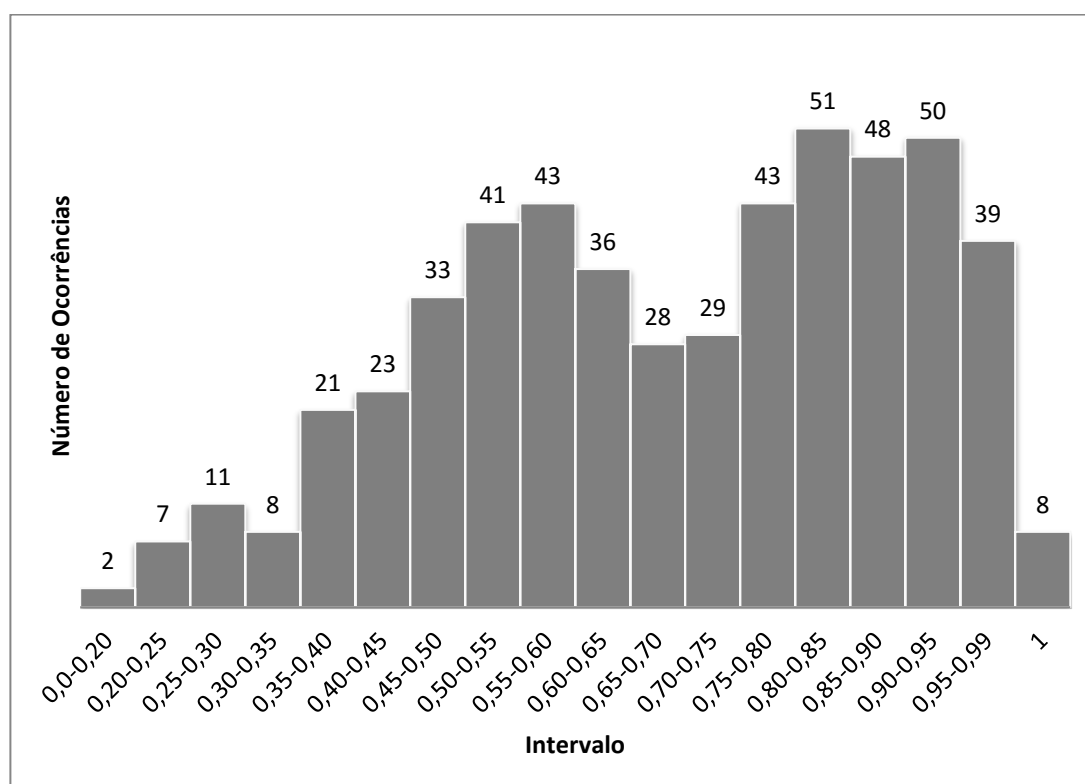
Operadora	Score	Ativo Total (R\$)	Desp. Assist. (R\$)	Receitas Contrap. (R\$)
005711-BRADESCO SAÚDE S/A	1,00	10.708.253.211,58	9.785.990.367,00	12.210.595.598,16
416428-SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	1,00	134.978.973,53	600.327.411,00	635.462.772,96
415898-SOCIEDADE BENECAP DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	1,00	1.954.452,94	557.199,00	1.599.302,10
415847-ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR LTDA.	1,00	6.875.749,58	5.224.718,00	12.437.384,46
414930-SAÚDE SANTA TEREZA LTDA.	1,00	5.246.195,87	13.494.717,00	21.704.769,45
413267-PREVENT SENIOR CORPORATE OPERADORA DE SAÚDE	1,00	409.825,34	1.314.402,00	616.818,51
411256-PLANO HOSPITAL SAMARITANO LTDA	1,00	14.107.226,34	49.904.094,00	66.112.447,64
409464-AMENO ASSISTÊNCIA MÉDICA S/S LTDA.	1,00	953.200,79	795.598,00	1.889.580,25
379956-CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA.	1,00	82.040.479,16	242.687.776,00	322.525.626,89
379280-SICARD E SICARD ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	1,00	2.957.772,91	1.536.521,00	4.182.952,98
373010-MEMORIAL SAUDE LTDA	1,00	29.736.116,46	69.737.697,00	101.717.897,12
363391-PLANO ASSISTENCIAL SÃO LUCAS LTDA	1,00	5.635.213,20	1.844.980,00	5.583.297,14
355097-SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A.	1,00	158.205.647,12	204.051.040,00	306.776.779,89
350362-COOPERATIVA DE CONSUMO E BENEFÍCIOS SOCIAI	1,00	7.015.305,67	47.377,00	2.215.782,00
345091-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO JOAQUIM	1,00	22.101.392,65	16.663.671,00	32.253.312,38
344800-ALVORECER - ASSOCIAÇÃO DE SOCORROS MÚTUOS	1,00	2.650.460,98	11.790.611,00	16.933.368,69
323349-CIME CIRURGIA E MEDICINA S/C LTDA	1,00	1.946.228,87	12.971.339,00	15.063.864,84
316903-POLIMÉDICA SAÚDE SOCIEDADE SIMPLES LTDA	1,00	662.898,63	702.138,00	671.032,25
302147-PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE	1,00	302.362.732,85	579.881.131,00	841.860.435,61
393321-UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	1,00	1.914.850.028,77	2.583.975.664,00	3.500.561.630,35
348066-UNIMED DAS ESTÂNCIAS PAULISTAS OPERADORA D	1,00	65.379.579,10	17.240.688,00	41.008.226,64
312509-UNIMED DE PAULO AFONSO COOPERATIVA DE TRAB	1,00	787.937,75	4.790.637,00	4.244.147,79
416967-SEPACO AUTOGESTÃO	1,00	15.656.118,74	104.703.764,00	115.741.821,32
323080-GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE	1,00	673.936.339,61	1.822.326.125,00	2.204.598.873,47
412791-VIVA PLANOS DE SAÚDE LTDA	1,00	42.113.181,50	131.633.261,00	172.903.434,99
342033-SAMP ESPÍRITO SANTO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTD	1,00	46.744.631,53	146.558.871,00	191.929.835,34
326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	1,00	10.186.983.235,71	7.892.232.207,00	9.870.282.699,32

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação à abordagem de serviços, apenas 8 das 521 OPS foram classificadas como eficientes. Dentre as OPS ineficientes, 268 apresentaram escores acima de 0,70, 148 obtiveram escores entre 0,50 e 0,70, e 105 obtiveram escores inferiores a 0,50. A distribuição dos escores de eficiência em serviços é exibida na Figura 27.

A Tabela 5 mostra as OPS classificadas como eficientes nesta abordagem. São apresentados também os valores do *input*, Ticket Médio, e dos *outputs*, IDSB e Beneficiários por reclamações.

**Figura 27 - Distribuição dos Escores da Abordagem de Serviços**



Fonte: Elaborado pelo autor

**Tabela 5 - OPS eficientes na Abordagem de Serviços**

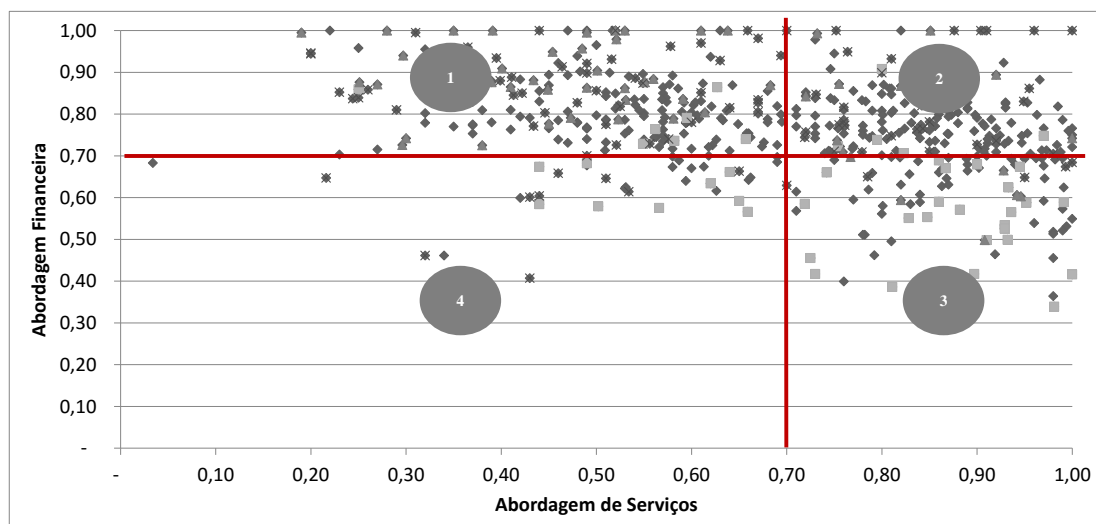
Operadora	Score	Ticket Medio	IDSB	Benef./Reclamação
409464-AMENO ASSISTÊNCIA MÉDICA S/S LTDA.	1,00	834,99	0,95	1.131,50
414948-PREV SAÚDE - ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉD	1,00	4.001,10	1,00	7.896,00
304883-UNIMED DE BOTUCATU COOPERATIVA DE TRABALHO	1,00	1.143,84	0,88	46.429,00
417947-ASSOCIAÇÃO DA SANTA CASA SAÚDE DE RIBEIRÃO	1,00	1.350,80	1,00	1.823,17
356581-UNIMED ITAÚNA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDI	1,00	805,06	0,58	8.405,33
416495-MATÃO CLINICAS & AMHMA SAÚDE LTDA	1,00	1.091,95	0,94	18.466,00
330809-FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DA ARCELORMI	1,00	2.327,04	1,00	4.760,00
333514-HOSPITAL SAO PAULO	1,00	1.263,29	0,99	3.359,00

Fonte: Elaborado pelo autor

Após o cálculo dos escores de eficiência por meio da técnica DEA, as OPS foram dispostas em um gráfico conforme seu desempenho nas duas abordagens. Este gráfico é apresentado na Figura 28.

Conforme explicado na seção de metodologias, as OPS foram divididas em quadrantes de desempenho, classificando no quadrante 1 as OPS com alto desempenho financeiro e baixo desempenho em serviços; no quadrante 2, alto desempenho nas duas abordagens; no 3, alto desempenho em serviços e baixo financeiro e, por fim, no 4, baixo desempenho nas duas abordagens. Para tanto, foi estabelecido o escore 0,7 como critério para considerar que uma OPS apresentou alto desempenho em qualquer um dos modelos de eficiência analisados. Dessa forma, as OPS com escore 0,7 ou superior nas abordagens financeira e de serviços foram classificadas no segundo quadrante.

**Figura 28 - Quadrantes de desempenho Financeiro X Serviços**



Fonte: Elaborado pelo autor

Para contemplar o objetivo do trabalho foram escolhidas para a etapa qualitativa uma OPS do quadrante 2 e uma do quadrante 3. A intenção foi comparar duas instituições com bom desempenho em serviços, mas desempenhos financeiros opostos e então identificar quais ferramentas de gestão as diferenciam. Contudo, antes de selecionar as OPS entrevistadas, foram analisadas na próxima seção as características das OPS eficientes e ineficientes em termos de modalidade de gestão. Este procedimento foi necessário para garantir que as OPS selecionadas fossem comparáveis, ou seja, que nenhuma característica interferisse na análise comparativa.

#### 4.1.1. Análise das características das OPS eficientes e ineficientes na abordagem financeira

Com o objetivo de analisar as características das OPS eficientes e ineficientes na abordagem financeira, foram inicialmente comparadas as médias dos escores de cada modalidade de gestão. Para tanto, foi aplicado o teste de normalidade na distribuição dos escores financeiros, que identificou distribuição não normal para um intervalo de confiança de 95%. Sendo assim, o teste Mann-whitney foi utilizado para comparação de medianas dos subgrupos.

Figura 29 - Teste de Normalidade dos Escores Financeiros

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Escore_Fin	,072	521	,000	,974	521	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 6 - Escores medianos por modalidade

Modalidade	População	Escore Mediano
Cooperativa Médica (1)	48,6%	0,77
Medicina de Grupo (2)	28,6%	0,85
Autogestão (3)	12,1%	0,73
Filantropia (4)	8,6%	0,59
Seguradora Esp. Saúde (5)	2,1%	0,83

Fonte: Elaborado pelo autor

Como se pode observar na Tabela 6, medicina de grupo apresentou o maior escore mediano entre os subgrupos analisados. Contudo, para um intervalo de confiança de 95%, apesar de se constatar diferença entre as medianas de medicina de grupo e as demais modalidades, o teste mann-whitney indica não haver diferença entre medicina de grupo e seguradoras especializadas em saúde. Sendo assim, é possível afirmar que estes dois subgrupos apresentaram maior desempenho médio entre as modalidades de gestão estudadas.



As figuras 30, 31, 32 e 33 ilustram os testes de médias realizados.

**Figura 30 - Teste de médias Medicina de Grupo X Filantrópicas**

Ranks				
	Modalidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Escore_Financeiro	2,00	149	114,72	17093,50
	4,00	45	40,48	1821,50
	Total	194		

Test Statistics <sup>a</sup>	
	Escore_Financeiro
Mann-Whitney U	786,500
Wilcoxon W	1821,500
Z	-7,781
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

Fonte: Elaborado pelo autor

**Figura 31 - Teste de médias Medicina de Grupo X Seguradoras Esp. em Saúde**

Ranks				
	Modalidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Escore	2,00	149	80,87	12050,00
	5,00	11	75,45	830,00
	Total	160		

Test Statistics <sup>a</sup>	
	Escore
Mann-Whitney U	764,000
Wilcoxon W	830,000
Z	-,375
Asymp. Sig. (2-tailed)	,708

a. Grouping Variable:  
Modalidade

Fonte: Elaborado pelo autor

**Figura 32 - Teste de médias Medicina de Grupo X Autogestão**

Ranks				
	Modalidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Escore	2,00	149	121,97	18173,50
	3,00	63	69,91	4404,50
	Total	212		

Test Statistics <sup>a</sup>	
	Escore
Mann-Whitney U	2388,500
Wilcoxon W	4404,500
Z	-5,652
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable:  
Modalidade

Fonte: Elaborado pelo autor

**Figura 33 - Teste de médias Medicina de Grupo X Cooperativas médicas**

Ranks				
Escore	Modalidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	1,00	253	173,08	43788,50
	2,00	149	249,76	37214,50
	Total	402		

Test Statistics <sup>a</sup>	
	Escore
Mann-Whitney U	11657,500
Wilcoxon W	43788,500
Z	-6,395
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable:  
Modalidade

Fonte: Elaborado pelo autor

O resultado da análise de medianas expõe a diferença entre os desempenhos das instituições com finalidade de lucro (medicina de grupo e seguradoras especializadas em saúde) e as sem fins lucrativos (cooperativas, autogestão e filantrópicas).

Este resultado corrobora com o argumento defendido por Siddharthan, Ahern e Rosenman (2000) e por Ahern et al. (1996), que afirmam que, uma vez que o lucro interessa aos acionistas, as OPS com fins lucrativos tendem a prestar mais atenção ao controle de custos, melhorando a eficiência destas organizações. Além disso, as OPS com finalidade de lucro normalmente se preocupam mais com a profissionalização da empresa, buscando gestores mais qualificados, o que também impacta na eficiência financeira destas organizações (AHERN et al., 1996).

O baixo desempenho das OPS filantrópicas no escore financeiro pode ser explicado ainda pela ausência em muitas destas OPS de estruturas e instrumentos básicos de gestão, conforme citado por (LIMA et al., 2007).

Vale ressaltar que as OPS filantrópicas obrigatoriamente possuem hospitais próprios, enquanto as OPS de outras modalidades não necessariamente possuem este ativo. Sendo assim, a tendência é de que este grupo possua uma maior participação de ativo total, reduzindo assim a eficiência no modelo proposto. Destaca-se ainda que, por lei, as OPS filantrópicas devem destinar, pelo menos, 60% dos leitos hospitalares para atendimento ao SUS, comprometendo assim sua capacidade de geração de receita de contraprestação.

Uma vez que foi constatada diferença significativa entre os escores médios das modalidades, para evitar distorções optou-se por escolher duas OPS da mesma modalidade de gestão para serem entrevistadas na segunda etapa do trabalho.

Contudo, como não foi possível identificar diferença de média entre os dois grupo de melhor desempenho, foi realizada ainda uma análise por quintis, afim de verificar qual modalidade de gestão apresentava maior quantidade de DMU entre as mais eficientes, e então definir qual grupo seria escolhido para a análise qualitativa.

As OPS então foram divididas em quintis de acordo com o escore de eficiência financeiro, conforme demonstrado na Tabela 7.

**Tabela 7- Quintis Escore Financeiro**

Quintis	Qtd/ DMU	Escores	Escore médio do Quintil
Q1	104	0,86 a 1	0,93
Q2	104	0,80 a 0,85	0,83
Q3	104	0,75 a 0,79	0,77
Q4	104	0,69 a 0,74	0,72
Q5	105	0,34 a 0,68	0,59

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota-se que no primeiro quintil estão presentes as OPS de maiores desempenhos, com escores variando entre 0,86 e 1,00. Conseqüentemente, no quintil número 5 concentram-se as OPS mais ineficientes na abordagem financeira, com escores variando de 0,34 a 0,68.

Após a divisão, foi analisada na Tabela 8 a participação das modalidades em cada um dos quintis.

**Tabela 8 - Análise por modalidades de gestão**

Modalidade	População	Escore Mediano	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Cooperativa Médica (1)	48,6%	0,77	22,1%	58,7%	72,1%	62,5%	27,6%
Medicina de Grupo (2)	28,6%	0,85	64,4%	28,8%	14,4%	17,3%	18,1%
Autogestão (3)	12,1%	0,73	6,7%	9,6%	10,6%	10,6%	22,9%
Filantropia (4)	8,6%	0,59	1,9%	1,0%	1,9%	7,7%	30,5%
Seguradora Esp. Saúde (5)	2,1%	0,83	4,8%	1,9%	1,0%	1,9%	1,0%

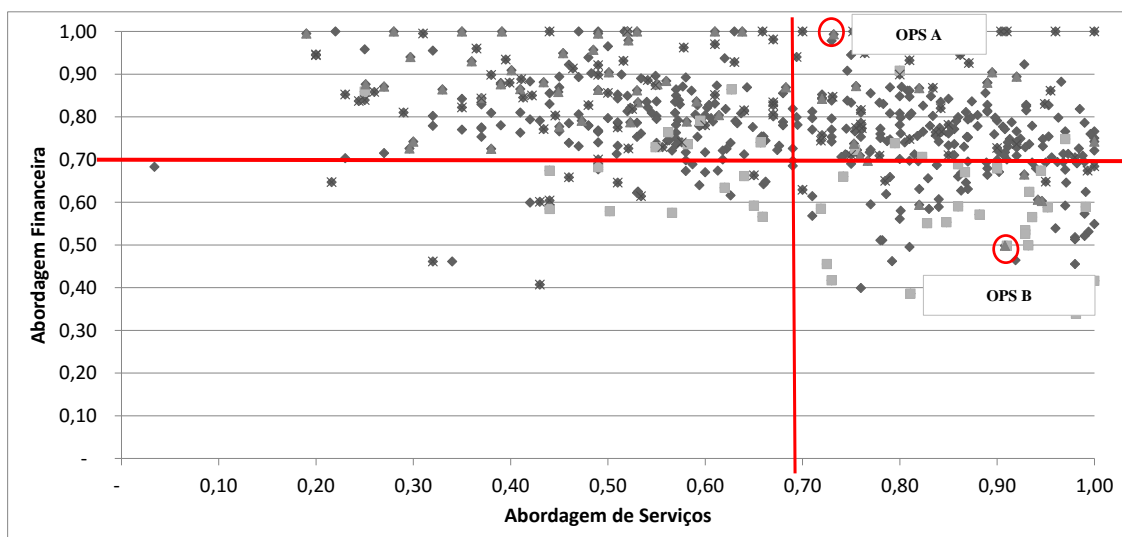
Fonte: Elaborado pelo autor

Por meio da Tabela 8 é possível observar que medicina de grupo é a modalidade com maior número de OPS no quintil 1, representando 64,4% das OPS deste quintil, enquanto as seguradoras especializadas em saúde representaram 4,8%. Entretanto, ressalta-se que ambos os grupos apresentam no quintil 1 aproximadamente o dobro de suas participações na população total, o que mostra maior concentração destes grupos entre as OPS de maior desempenho.

Em virtude da maior participação no quintil mais eficiente das operadoras de medicina de grupo, e da pequena representatividade das seguradoras especializadas em saúde na população analisada, optou-se por utilizar na análise qualitativa OPS classificadas na ANS como medicina de grupo. A escolha se justifica ainda pelo fato de as seguradoras não possuírem hospitais próprios, ou seja, não administram diretamente as duas funções das OPS. Sendo assim, preferiu-se utilizar na etapa qualitativa OPS medicina de grupo que possuíam hospitais próprios.

As OPS escolhidas para a análise são ilustradas Figura 34. Contudo, não serão identificadas no presente trabalho, pois não concederam autorização assinada para a divulgação de seus nomes.

**Figura 34 - OPS selecionadas para etapa qualitativa**



Fonte: Elaborado pelo autor

Na sequência, será a análise qualitativa do trabalho.

## 4.2. ANÁLISE QUALITATIVA

Nesta etapa, inicialmente será realizada uma análise comparativa da composição das receitas, despesas e rentabilidade das OPS selecionadas. Na sequência serão descritas as principais características de cada operadora, então serão descritos os resultados encontrados durante o processo de entrevistas, e por fim estes resultados serão cruzados e comparados a fim de identificar quais os instrumentos de gestão diferenciam as duas OPS selecionadas.

### 4.2.1. Análise financeira comparativa

Com o objetivo de compreender as estratégias para a geração de resultado de cada operadora e poder comparar os números com os resultados encontrados na análise dos dados qualitativos, foi realizada uma análise financeira comparativa entre as OPS escolhidas. Para tanto, foram calculados indicadores para avaliar a composição das despesas, das receitas e análise de rentabilidade de cada OPS.

Os indicadores de despesas foram calculados dividindo o valor absoluto de cada tipo de despesa pela receita total (RT) das OPS. Dessa forma, se obtém um valor relativo, que permite a comparação entre as instituições.

Em relação à receita, as OPS possuem dois tipos, a de contraprestações (RC), também conhecida como receitas com operações de assistência à saúde, que se refere ao faturamento oriundo do plano de saúde da OPS; e as outras receitas operacionais, que se refere às receitas oriundas da prestação de serviços (atendimento ao SUS ou a beneficiários de outras OPS). Sendo assim, para analisar a composição das receitas das OPS, foi analisada a participação de RC na receita total.

Já para a análise de rentabilidade, foi calculado o indicador de rentabilidade operacional do ativo total (ROA Operacional). Este indicador é calculado por meio da divisão do resultado operacional pelo ativo total, e mede a geração de retorno financeiro em relação ao total de recursos aplicados nas organizações. A Tabela 9 mostra os indicadores calculados para cada OPS.

**Tabela 9- Indicadores Financeiros**

	ROA Operacional	Desp. Comerc./RT	Desp. Fin./RT	Outras Desp./RT	Desp. Adm/RT	Desp. Assist/RT	RC/ RT
<b>OPS A</b>	13,3%	3,7%	1,2%	5,6%	13,2%	72,5%	94,0%
<b>OPS B</b>	7,4%	0,1%	0,4%	80,2%	2,5%	14,3%	15,2%

Fonte: Elaborado pelo autor

Da análise da composição das despesas nota-se que a OPS A gasta proporcionalmente menos do que a OPS B para atender os próprios beneficiários (despesas assistenciais) e para a prestação de serviços (outras despesas operacionais). Enquanto a soma destas duas despesas representa 78,1% das receitas da OPS A, na OPS B representam 94,5%, uma diferença de 16,5%. Esta eficiência no controle dos custos assistenciais faz com que a OPS A possa investir proporcionalmente mais em despesas comerciais, administrativas e financeiras, e ainda assim possuir uma despesa total proporcionalmente menor, ou seja, maior rentabilidade.

Além disso, da análise da composição de receitas é possível notar uma diferença entre as estratégias das organizações. Enquanto a OPS A privilegia a receita por meio dos planos de saúde próprios (receita de contraprestação), a OPS B apresenta uma maior participação das receitas de serviços, indicando um maior atendimento ao SUS ou a beneficiários de outras OPS.

Estes indicadores serão comparados mais adiante com as políticas analisadas nas entrevistas, com o objetivo de compreender o impacto das práticas administrativas adotadas pelas OPS nos resultados financeiros das organizações.

#### **4.2.2. OPS A**

A OPS A foi fundada em 1968 com foco no atendimento ao mercado corporativo. Inicialmente constituída por 20 sócios, em 1988 um único acionista passou a exercer controle integral das ações.

A partir deste marco iniciou-se uma política de expansão por meio do investimento em infraestrutura própria, da diversificação de serviços e da aquisição de outras empresas do setor.

Em 1993 foi fundado um plano de saúde odontológico, diversificando as áreas de atuação da empresa e, entre 1993 e 2003, ampliou-se a expansão do grupo por meio de aquisições no interior de São Paulo, em cidades como Sorocaba e Jundiaí. Nos anos

que se seguiram, o grupo expandiu sua atuação para além do estado de São Paulo, inaugurando filiais no Rio de Janeiro, em 2004, e em Minas Gerais, em 2007.

Hoje a OPS A possui uma infraestrutura que conta com 8 hospitais de alta complexidade, 6 maternidades e 11 prontos-socorros, que atendem a, aproximadamente, 1,6 milhões de associados e cerca de 5 mil empresas.

No ano de 2014 o grupo foi adquirido por um fundo de investimentos estadunidense, que passou a investir na profissionalização da empresa, implementando ferramentas de governança corporativa.

#### **4.2.3. Entrevista – OPS A**

Como explicado na seção de metodologia, o roteiro de entrevistas buscou analisar instrumentos de gestão que teriam a capacidade de influenciar em cada um dos indicadores propostos no modelo de eficiência financeiro.

Dessa forma, serão descritos os resultados para cada grupo de indicadores, buscando identificar a presença ou ausência da prática de gestão em questão, o nível de formalização do processo, ou seja, a presença de políticas que definam a atuação da empresa e de seus funcionários para a gestão das práticas analisadas e, por fim, o nível de profissionalização da prática, ou seja, a presença de equipes exclusivamente dedicadas à prática e à cultura de utilização desta ferramenta. Por fim, serão atribuídas notas para cada indicador, de acordo com a percepção do pesquisador.

A entrevista com a OPS A ocorreu no dia 6 de janeiro, na sede administrativa do grupo na cidade de São Paulo, onde foram entrevistados dois diretores do grupo.

Seguindo o protocolo de pesquisa, antes de iniciar a coleta de dados foram explicados aos entrevistados os objetivos da pesquisa, bem como os critérios utilizados para escolha da OPS. Os entrevistados também ficaram cientes de que as informações seriam utilizadas apenas para fins acadêmicos. Por fim, foi solicitada autorização para que a entrevista fosse gravada, contudo este pedido não foi atendido pelos respondentes.

Cumpridas as etapas preparatórias, a entrevista iniciou com questões relativas ao perfil profissional dos entrevistados, ao que foram questionados sobre sua formação acadêmica e experiência profissional. Estas perguntas são relevantes, pois alguns autores associam indiretamente a eficiência de OPS à capacidade de atrair gestores

capacitados para as atividades que desempenham (SIDDHARTHAN; AHERN; ROSENMAN, 2000).

O Entrevistado 1, diretor executivo e responsável pela administração do grupo, respondeu ser formado em contabilidade e possuir pós-graduação em finanças, além de experiência profissional superior a 10 anos. Já o entrevistado 2, responsável pela administração dos hospitais, é médico e possui mestrado em administração.

Ao serem questionados sobre os diretores de outras áreas administrativas, ambos afirmaram que também são especialistas nas áreas correlatas às funções, o que demonstra um perfil de gestão profissionalizado, diferente do perfil de gestores encontrados em muitas empresas do setor que, muitas vezes, privilegiam médicos para assumirem posições administrativas não compatíveis com sua formação acadêmica e profissional.

**Quadro 7 - Variáveis Ativo Total - OPS A**

Variáveis DEA	Indicadores	Avaliação
1. Ativo Total	1.1 Política de Gestão de Caixa	2
	1.2 Política de Crédito	5
	1.3 Política de Cobrança	5
	1.4 Planejamento Tributário	5
	1.5 Políticas de captação e aplicação de recursos	5
	1.6 Imobilizado	1

Fonte: Elaborado pelo autor

Na sequência, foram analisados os indicadores relacionados ao Ativo Total, ilustrados no Quadro 7, iniciando-se pelas questões relativas à gestão de caixa. Os diretores foram questionados sobre a presença de manuais ou políticas formalizadas para gestão e acompanhamento. De acordo com os diretores, a gestão de caixa é uma preocupação da empresa, que a equipe financeira tem a cultura de monitorar e analisar o capital de giro da organização. Contudo, percebeu-se na entrevista que, ao serem questionados sobre a presença de uma política formalizada que definisse critérios para gestão de caixa ou estabelecimento de caixa mínimo, os gestores responderam sobre políticas de crédito e cobrança e sobre o funcionamento destas equipes. Sendo assim, não ficou clara a presença de formalização do processo e, por esta razão, foi atribuída uma nota 2.

Quanto aos indicadores de crédito e cobrança, foi dito pelos entrevistados haver políticas formalizadas definindo os critérios para a análise de risco e para recusa de



vendas e concessão de limites para os clientes. Também deixaram clara a existência de regras para os procedimentos de cobrança. Segundo os diretores, existem equipes dedicadas à análise de crédito e à cobrança, e que estas são questões muito relevantes para a organização, uma vez que têm impacto significativo no resultado da empresa. Pela constatação da presença e formalização dos instrumentos de gestão, além de equipes dedicadas à execução dos mesmos, foi atribuída nota 5 para ambos.

Em relação ao planejamento tributário, os entrevistados foram questionados se a empresa já havia feito algum tipo de planejamento ou reestruturação tributária. De acordo com os entrevistados, esta é uma outra questão muito delicada para OPS e que, por esta razão, o grupo possuía uma equipe dedicada à análise e revisão destas questões. Sendo assim, também foi atribuída nota 5 para este indicador.

Já em relação às políticas de captação e aplicação, foi constatado na entrevista que, após a aquisição pelo fundo estadunidense, a OPS A tem intensificado os investimentos em aquisições de hospitais e outras empresas do setor. Por esta razão, segundo informado pelos diretores entrevistados, foi criada uma área de fusões e aquisições na estrutura administrativa da empresa, responsável por fazer análises de viabilidade de investimentos. Esta área também é responsável por analisar a estrutura de capital da empresa.

Ainda segundo os entrevistados, os investimentos são programados com, pelo menos, um ano de antecedência, e aprovados pelo comitê de acionistas da empresa. Além disso, esta área é comandada por um profissional experiente no mercado financeiro, com experiência de trabalho em bancos de investimento. Pelo nível de formalização constatado na entrevista, foi atribuída nota 5 também neste indicador.

Por fim, os entrevistados foram questionados sobre a composição do ativo imobilizado, a complexidade dos hospitais e a participação das estruturas administrativas. Os entrevistados informaram que, para aperfeiçoar os investimentos em imobilizados em 2015 as estruturas administrativas foram centralizadas em um único prédio em São Paulo, eliminando estruturas administrativas duplicadas. Portanto, a maior parte dos investimentos em imobilizados é utilizada na prestação de serviços, ou seja, hospitais, centros clínicos e prontos-socorros. Em relação à estrutura dos hospitais, segundo os entrevistados, todos são de alta complexidade.

**Quadro 8 - Variáveis Despesas Assistenciais - OPS A**

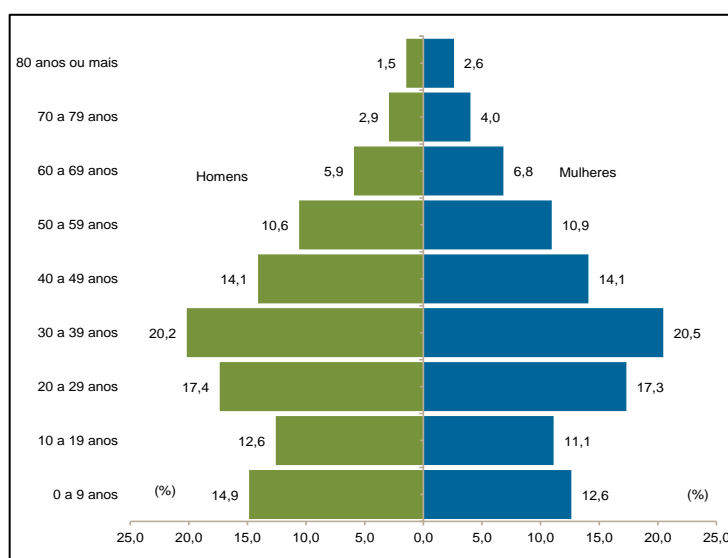
<b>2. Despesas Assisteciais</b>	2.1 Faixa etária da carteira	1
	2.2 Presença de políticas de Prevenção à Saúde	5
	2.3 Sistemas de Remuneração	1
	2.4 Política de controle de Mat./Med.	5
	2.5 Política de internação	5
	2.6 Política de Exames, Procedimentos, etc.	2

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação às despesas assistenciais, os entrevistados foram inicialmente questionados sobre a faixa etária média da carteira, conforme demonstra o

Quadro 8. Como mencionado anteriormente, a idade aumenta o risco de saúde dos beneficiários, portanto possui relação direta com o nível de utilização dos serviços e as despesas com atendimento (CARRINGTON; COELLI; RAO, 2008). Segundo os diretores entrevistados, o foco de atuação da OPS são os clientes corporativos. Sendo assim, a maior parte dos beneficiários atendidos pela empresa está na idade economicamente ativa, estando na média entre 25 e 50 anos. Conforme observado na Figura 35, a faixa etária de beneficiários da OPS A é semelhante à média observada no mercado. Dessa forma, foi atribuída nota 1 para esta variável binária.

**Figura 35 - Pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados**



Fonte: ANS (2015)

O próximo fator capaz de impactar nas despesas assistenciais a ser analisado foi a presença de programas de prevenção e promoção à saúde. De acordo com Rosenman, Siddharthan e Ahern (1997), este tipo de ação tende a reduzir o índice de sinistralidade da OPS, uma vez que leva à redução do risco de saúde dos beneficiários. Segundo os diretores entrevistados, a OPS A foi pioneira em políticas de prevenção no país. Ainda segundo os entrevistados, a empresa monitora os beneficiários que possuem maior perfil de risco e os auxiliam por meio de cinco programas de prevenção.

O programa 1 consiste no gerenciamento da saúde dos associados com determinadas doenças crônicas, como diabetes, obesidade, asma, risco cardíaco, hipertensão arterial, etc. Neste programa, a empresa oferece ao paciente com o perfil de risco mencionado suporte médico e emocional por meio de acompanhamento telefônico

com profissionais multidisciplinares, desenvolvimento de grupos de apoio e disponibilização de orientações.

O programa 2, por sua vez, foca no atendimento de idosos e, por esta razão, disponibiliza equipes multidisciplinares chefiadas por geriatras com o objetivo de acompanhar a saúde destes pacientes, visando o envelhecimento saudável.

Já os programas 3 e 4 focam no atendimento a gestantes e recém-nascidos. O primeiro consiste no acompanhamento durante o período de gestação e pós-parto por meio de monitoramento telefônico, esclarecimento de dúvidas e fornecimento de cursos para a orientação das pacientes. O segundo objetiva estimular as mães a executarem boas práticas de saúde e autocuidados que melhoram a qualidade de vida e reduzem a probabilidade de ocorrência de doenças ou complicações. Este programa premia com pontos sempre que as pacientes praticam as ações recomendadas para elas ou seus filhos. Tais pontos podem ser convertidos em prêmios.

Por fim, o programa 5 tem foco em pacientes com problemas de saúde de alta complexidade. Nestes casos a empresa disponibiliza uma equipe de suporte adequada à complexidade de cada caso e uma central de atendimento 24 horas disponível apenas para estes pacientes. Em virtude da presença destes programas, foi atribuída nota máxima na avaliação deste indicador.

Em relação aos sistemas de remuneração, foi questionado aos entrevistados quanto ao regime de contratação dos médicos e a maneira como eram remunerados. Os entrevistados responderam que todos os médicos são terceirizados e que não existem remunerações variáveis baseadas em volume de procedimentos, e que os pagamentos eram fixos e determinados em contratos.

Quanto às políticas de controle de compra de materiais e medicamentos, de acordo com os entrevistados, a compra é realizada de maneira centralizada para todos os hospitais do grupo. Segundo os entrevistados, os fornecedores são qualificados seguindo critérios pré-definidos na política de compras, e há exigência de realização de mais de um orçamento para as compras de grande volume. Em virtude da constatação da presença e formalização da prática de gestão, atribui-se nota 5 para esta variável.

Em relação ao controle de agendamento de internações, de acordo com os diretores existe uma central única de agendamentos que tem total autonomia para definir as escalas de internação. Ainda segundo os entrevistados, não há possibilidade de influência dos médicos nos agendamentos, pois o foco é otimizar a capacidade de utilização dos hospitais. Por esta razão, também se atribuiu nota 5 para esta variável.

A próxima variável buscava avaliar a presença de políticas para controle do volume de procedimentos (exames, consultas, medicamentos, etc) solicitados pelos médicos. De acordo com os diretores, o médico tem liberdade para fazer solicitações de procedimentos, contudo, a pertinência da solicitação realizada. Os diretores não citaram a existência de um critério padronizado para esta análise, também não quiseram entrar em maiores detalhes quanto aos critérios para recusa de procedimentos. Sendo assim, foi atribuída nota 2 para este indicador, uma vez que foi possível constatar a presença da política, mas não sua formalização.

**Quadro 9 - Variáveis Receitas de Contraprestações- OPS A**

3. Receitas de Contraprestações	3.1 Concorrência	1
	3.2 Quantidade de Planos coletivos e individuais ofertados	1
	3.3 Quantidade de leitos disponíveis para o SUS	1

Fonte: Elaborado pelo autor

O último grupo de variáveis busca analisar a capacidade de geração de receitas de contraprestação para a OPS. Para tanto, iniciou-se questionando sobre os principais concorrentes, a estrutura dos mesmos e a participação de mercado da OPS A. De acordo com os entrevistados, o principal concorrente é a Amil, que se configura em uma das maiores empresas de planos de saúde do país. Contudo, ainda de acordo com os diretores, a OPS A apresenta estrutura compatível com a principal concorrente, além de estar entre as três maiores em participação nos mercados em que atua.

Por fim, foram avaliadas a participação de planos coletivos e individuais e a proporção de atendimento ao SUS feitos pelos hospitais da OPS. Os entrevistados responderam que os planos coletivos representam em torno de 95% da carteira de clientes da OPS A. Isto representa uma vantagem em termos de geração de receita, uma vez que a legislação para precificação e ajuste de preços para este tipo de plano não seguem o mesmo rigor do que a dos planos individuais. Por fim, em relação ao atendimento ao SUS, segundo os entrevistados, a OPS não faz este tipo de atendimento.

#### **4.2.4. OPS B**

Embora o hospital da OPS B tenha sido fundado em 1979 pela empresa acionista do grupo, os planos de assistência à saúde passaram a ser comercializados apenas em 1997, com a fundação da operadora.

Até o ano de 2015 a atuação da OPS era local, atendendo apenas a cidade de Foz do Iguaçu, sede da instituição. A partir de junho de 2015 o plano expandiu sua atuação e passou a ter abrangência regional, atuando também nos municípios de Medianeira, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu, Matelândia, Itaipulândia, Missal e Ramilândia.

A OPS B conta hoje com um hospital de alta complexidade, com mais de 200 leitos disponíveis, 16 mil metros quadrados de área construída, Laboratório de Análises Clínicas, Centro de Oncologia, UTIs e centro diagnóstico por imagens. Além disso, o hospital próprio foi certificado no ano de 2014 com o Nível 3 de Excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). O hospital destaca-se como o único de alta complexidade da região, por isso, além de atender aos beneficiários da OPS, também terceiriza serviços para outros planos regionais e oferece atendimento ao SUS em determinadas especialidades.

Apesar de toda esta infraestrutura, o plano de saúde da OPS B ainda é pequeno, atendendo a 19.537 beneficiários, conforme números divulgados pela ANS (ANS, 2016).

#### **4.2.5. Entrevista – OPS B**

A entrevista com a OPS B ocorreu no dia 5 de fevereiro, por telefone, e foi entrevistada a diretora responsável pela gestão da operadora. Assim como na primeira entrevista, antes de iniciar a coleta de dados foram explicado à entrevistada os objetivos da pesquisa, bem como os critérios utilizados para escolha da OPS, conforme definido no protocolo de pesquisa. Além disso, foi garantido o anonimato da entrevistada e informado que os dados coletados seriam utilizados apenas para fins acadêmicos.

Após as etapas preparatórias, a entrevistada foi questionada a respeito de seu perfil profissional, ou seja, formação e experiência de trabalho. A entrevistada respondeu possuir graduação em contabilidade e 3 pós-graduações em áreas de gestão e gestão hospitalar, o que mostra uma formação compatível com o cargo ocupado por ela.

**Quadro 10 - Indicadores Ativo Total - OPS B**

Variáveis DEA	Indicadores	Avaliação
1. Ativo Total	1.1 Política de Gestão de Caixa	2
	1.2 Política de Crédito	1
	1.3 Política de Cobrança	5
	1.4 Planejamento Tributário	1
	1.5 Políticas de captação e aplicação de recursos	2
	1.6 Imobilizado	1

Fonte: Elaborado pelo autor

A seguir, iniciaram-se as análises dos indicadores que impactam o Ativo Total da OPS. O primeiro indicador avaliado remetia às políticas para gestão de caixa da OPS. A entrevistada foi questionada sobre a presença de políticas padronizadas para orientar a gestão financeira da OPS, sobre a cultura e as ferramentas de análise e acompanhamento da gestão de caixa. Segundo a diretora, a gestão de caixa é feita pela diretoria financeira da OPS, e esta faz um acompanhamento diário, além de serem realizadas análises e projeções do fluxo de caixa da OPS. Contudo, de acordo com a entrevistada, não existem definições formais que orientem a gestão de caixa da OPS. Dessa forma, atribui-se nota 2 para esta variável.

Na sequência, a diretora foi questionada quanto à presença de políticas para análise de risco de clientes e concessão de crédito, ao que afirmou não existir qualquer procedimento para análise de risco de clientes atuais ou prováveis. A entrevistada justificou a ausência de mecanismos de análise de risco de clientes com o fato de a OPS não conceder crédito. Contudo, a despeito desta afirmação, os contratos de prestação de serviços de plano de saúde, sobretudo os contratos coletivos, são de longo prazo, existindo a possibilidade de inadimplência e representando risco de perdas financeiras para a organização. Sendo assim, uma vez que foi constatada a total ausência da prática analisada, foi atribuída a nota 1 para este indicador.

Em relação às políticas de cobrança, a entrevistada afirmou que a OPS B envia uma notificação de cancelamento aos inadimplentes com mais de 50 dias de atraso, estabelecendo um prazo para a quitação do débito. Para os que não cumprem o prazo de quitação são realizadas ligações reafirmando a possibilidade de cancelamento do plano e buscando uma negociação para recebimento do débito. Pela constatação da prática e da formalização do processo, foi atribuída nota 5 para este indicador.

Quanto às políticas ou práticas para a realização de planejamentos tributários, a entrevistada afirmou que a OPS B nunca realizou qualquer planejamento deste tipo e

que tais responsabilidades são delegadas à uma contabilidade externa. Dessa forma, atribui-se nota 1 para este indicador.

O próximo indicador analisado referia-se à presença de políticas para análise de viabilidade de projetos de investimento e captação de recursos. De acordo com a diretora entrevistada, não havia na OPS um processo pré-estabelecido para a realização de análise de viabilidade de projetos, ou estudos para a captação de recursos. Segundo a entrevistada, a OPS B estaria criando uma força-tarefa para analisar um projeto específico, contudo informou não haver uma definição sobre os métodos ou processos de análise. Pela identificação da não formalização do processo, atribuiu-se nota 2 para este indicador.

Por fim, em relação ao imobilizado, constatou-se que o hospital é de alta complexidade e que o imobilizado administrativo é pouco relevante na estrutura da OPS. Sendo assim, grande parte do imobilizado é destinado ao atendimento aos beneficiários e à geração de receita.

**Quadro 11 - Indicadores Despesas Assistenciais - OPS B**

<b>2. Despesas Assisteciais</b>	2.1 Faixa etária da carteira	1
	2.2 Presença de políticas de Prevenção à Saúde	1
	2.3 Sistemas de Remuneração	0
	2.4 Política de controle de Mat./Med.	5
	2.5 Política de internação	3
	2.6 Política de Exames, Procedimentos, etc.	5

Fonte: Elaborado pelo autor

A análise dos indicadores que afetam as despesas assistenciais se iniciou pela faixa etária da carteira de clientes. De acordo com a entrevistada, 90% da carteira tem entre 0 e 48 anos, o que mostra um perfil semelhante ao observado na pirâmide etária do setor de saúde suplementar exposta anteriormente. Sendo assim, atribui-se nota 1 para esta variável binária.

Em relação à presença de políticas de prevenção e promoção à saúde, a diretora respondeu não existir ainda programas desta natureza funcionando na OPS B. A entrevistada justificou a ausência de programas deste tipo pelo ainda pequeno número de beneficiários. Contudo, informou estar em estudo a criação de, pelo menos, um programa para o ano de 2017. Como foi constatada a ausência desta prática, foi atribuída nota 1 para esta análise.



Quanto aos sistemas de contratação e remuneração dos médicos, foi informado que todos trabalham em regime de contratos com pessoa jurídica, e que a remuneração seria baseada no volume de procedimentos realizados por eles. O modelo de remuneração do médico pode impactar na eficiência da OPS na medida em que influencia na tomada de decisão deste profissional. Médicos que têm a remuneração atrelada ao volume de procedimentos realizados, por exemplo, podem tender a buscar um aumento no ganho pessoal por meio da indicação de procedimentos desnecessários, aumentando assim o custo da OPS (ROSENMAN; SIDDHARTHAN; AHERN, 1997).

Na sequência, a entrevistada foi questionada quanto à presença de políticas para controle de compras de materiais e medicamentos. De acordo com a diretora, para a aquisição de materiais existem critérios para a qualificação dos fornecedores e existe a obrigatoriedade de apresentação de, pelo menos, três orçamentos antes da aquisição. Estas normas são formalizadas e seguidas pelos departamentos responsáveis por aquisições.

Em relação às políticas de internação, a entrevistada afirmou existir uma central única para agendamento de internações onde os médicos entram em contato para verificarem as disponibilidades. Contudo, informalmente são conhecidas as datas e horários de preferência de cada médico, sendo estas escalas seguidas.

O último indicador capaz de afetar as despesas assistenciais questiona sobre as políticas para solicitação de exames e procedimentos. De acordo com a entrevistada, para inibir a realização de procedimentos desnecessários e controlar os custos assistenciais da OPS, os casos de solicitações de procedimentos mais complexos ou quando constatada a repetição de procedimentos são encaminhados para a auditoria médica que avalia a necessidade de cobertura pela OPS. Sendo assim, foi possível identificar a existência da política, bem como de equipe responsável pela gestão da mesma.

**Quadro 12 - Indicadores Receitas de Contraprestações - OPS B**

3. Receitas de Contraprestações	3.1 Concorrência	1
	3.2 Quantidade de Planos coletivos e individuais ofertados	0
	3.3 Quantidade de leitos disponíveis para o SUS	0

Fonte: Elaborado pelo autor

Por fim, assim como na OPS A, o último grupo de indicadores analisados visava analisar a capacidade de geração de receitas da OPS. Inicialmente a entrevistada foi questionada quanto aos principais concorrentes, a infraestrutura dos mesmos, bem como

a participação de mercado da OPS B. De acordo com a diretora entrevistada, a principal concorrente da OPS B seria a UNIMED da região. Contudo, conforme informado, a OPS B é proprietária do único hospital de alta complexidade da região, prestando serviços inclusive para a principal concorrente. Além disso, ainda segundo a entrevistada, a OPS B possui atualmente mais beneficiários do que a UNIMED, sendo o maior plano da região.

Ao final da entrevista, a diretora foi questionada quanto à proporção de planos coletivos e individuais e sobre a disponibilidade de atendimento ao SUS da OPS. De acordo com o respondido, a carteira da OPS B é composta em 51% por planos individuais e 49% por coletivos. Já em relação ao atendimento ao SUS, conforme informado, algumas especialidades chegam a disponibilizar em torno de 60% de sua capacidade para atendimento ao SUS. Embora a OPS B seja classificada pela ANS como medicina de grupo, esta é uma característica de OPS filantrópicas. Todavia, pode ser reflexo do fato de a OPS possuir o único hospital de alta complexidade da região.

Após a transcrição das duas entrevistas, será apresentada na seção seguinte a análise cruzada dos dados.

#### 4.2.6. Análise cruzada dos resultados

O Quadro 13 apresenta a síntese dos indicadores analisados nas duas entrevistas e destaca quais diferenciaram a OPS A, com bom desempenho nas duas abordagens, da OPS B, com alto desempenho apenas na abordagem de serviços.

Quadro 13 - Análise cruzada dos resultados

Variáveis DEA	Indicadores	OPS A	OPS B
1. Ativo Total	1.1 Política de Gestão de Caixa	2	2
	<b>1.2 Política de Crédito</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
	1.3 Política de Cobrança	5	5
	<b>1.4 Planejamento Tributário</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
	<b>1.5 Políticas de captação e aplicação de recursos</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
	1.6 Imobilizado	1	1
2. Despesas Assistenciais	2.1 Faixa etária da carteira	1	1
	<b>2.2 Presença de políticas de Prevenção à Saúde</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
	<b>2.3 Sistemas de Remuneração</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	2.4 Política de controle de Mat./Med.	5	5
	2.5 Política de internação	5	3
	2.6 Política de Exames, Procedimentos, etc.	2	5
3. Receitas de Contraprestações	3.1 Concorrência	1	1
	<b>3.2 Quantidade de Planos coletivos e individuais ofertados</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>3.3 Quantidade de leitos disponíveis para o SUS</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação aos indicadores que influenciam o Ativo total, foi possível perceber que o principal diferencial da OPS A é o nível de profissionalização e formalização da gestão financeira. Destaca-se a gestão de crédito, tributária e de captação e aplicação de recursos. Ao contrário da OPS B, nestes três fatores foi possível observar políticas definidas e equipes dedicadas ao controle destes processos.

No grupo de indicadores que afetam as despesas assistenciais, duas práticas diferenciaram a OPS A da OPS B, sendo elas: a presença de políticas de prevenção e promoção à saúde e o sistema de remuneração do médico.

A adoção de programas de promoção à saúde tem papel importante na redução de riscos e, conseqüentemente, no controle de custos assistenciais das OPS (LITVOC; BRITO, 2004). Por esta razão, a adoção deste tipo de política é vista por alguns autores como um elemento essencial para que as empresas do setor de saúde suplementar alcancem resultados mais positivos (DE SOUZA SILVA FREITAS et al., 2011).

Em relação ao mecanismo de remuneração dos médicos, como mencionado anteriormente, enquanto a OPS A remunera por contratos fixos, a OPS B atrela o volume de procedimentos realizados à remuneração dos médicos, o que pode influenciar a tomada de decisão dos médicos que, buscando aumento de ganho pessoal, tendem a aumentar o volume de atendimento artificialmente (ROSENMAN; SIDDHARTHAN; AHERN, 1997).

A ausência destas duas práticas talvez explique o fato de os custos assistenciais da OPS A representarem 78% do total de receitas no ano de 2013, enquanto na OPS B representarem 94,5%, conforme análise de indicadores financeiros realizada anteriormente.

Por fim, em relação à capacidade de geração de receitas foi possível observar que enquanto a OPS A tem como estratégia privilegiar a venda de planos coletivos, a OPS B tem uma carteira de clientes mista, com pequena vantagem para os planos individuais. Além disso, talvez por ser o único hospital de alta complexidade da região em que atua, a OPS B disponibiliza grande parte dos leitos de seu hospital para atendimento ao SUS e as operadoras concorrentes, optando assim por gerar mais receitas com prestação de serviços do que com a operação de plano de saúde. Este talvez seja o principal fator de impacto no modelo de eficiência financeiro proposto no presente trabalho.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central deste trabalho foi: identificar práticas administrativas que colaborem para a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares. Para tanto, foi necessário aplicar o conceito de sustentabilidade empresarial ao contexto do trabalho e definir modelos de eficiência capaz de selecionar OPS com melhor desempenho, para que pudessem ser comparadas.

A análise quantitativa permitiu identificar que a modalidade de gestão medicina de grupo apresentou maior desempenho financeiro, e, portanto foi utilizado como grupo de referência para a escolha das OPS utilizadas na análise qualitativa.

Por meio da aplicação de entrevistas com as OPS selecionadas, foi possível perceber que as práticas que causaram diferenciação entre a OPS A, considerada sustentável financeiramente, e a OPS B foram: a gestão de políticas de crédito, de captação e aplicação de recursos, o planejamento tributário, a adoção de políticas de promoção e prevenção à saúde, as formas de remuneração dos médicos e a estratégia de composição de receitas (proporção de planos individuais e coletivos; disponibilidade para atendimento ao SUS).

Em relação aos instrumentos de gestão financeira (gestão de políticas de crédito, de captação e aplicação de recursos, no planejamento tributário) observou-se diferenciação entre o nível de profissionalização da OPS A em comparação com a da OPS B. Na primeira, a presença de políticas e profissionais especializados e dedicados à governança destes instrumentos de gestão fica clara, o que não ocorre com a segunda. Este fato talvez ajude a explicar a diferença entre os desempenhos financeiros das duas instituições.

Já a presença de programas de promoção de prevenção à saúde e o sistema de remuneração de médicos não atrelado ao volume de procedimentos sinalizam serem prováveis causas da maior eficiência em controle de despesas de assistências observadas na OPS A.

Por fim, notou-se que, como estratégia de geração de receitas, a OPS considerada sustentável atende predominantemente a clientes coletivos, além de optar por não gerar receita por meio de prestação de serviços (atendimento ao SUS ou a OPS concorrentes), ao contrário da OPS B. Esta estratégia também pode ser fator relevante para a eficiência financeira de OPS brasileiras.

É importante ressaltar que, por não utilizar alguma variável de geração de caixa ou resultado financeiro, o modelo de eficiência financeira utilizado não avalia a capacidade de geração de resultados no longo prazo, o que configura uma limitação do estudo. Ressalta-se ainda que, por tratar-se de um estudo de múltiplos casos, os resultados encontrados não podem ser generalizados e devem ser entendidos apenas como características das OPS aqui estudadas.

Espera-se, contudo, contribuir para a sustentabilidade da saúde suplementar brasileira, oferecendo uma análise comparativa entre OPS com desempenhos diferentes, para que os gestores de OPS analisem as práticas de gestão que possam aumentar o desempenho destas organizações.

Sugerem-se trabalhos futuros que utilizem variáveis de resultado ao modelo de eficiência financeira proposto, além de buscar analisar também práticas de gestão de serviços que diferenciem as OPS de melhor desempenho.

## REFERÊNCIAS

- AHERN, M. et al. Predictors of HMO efficiency. **Applied Economics**, v. 28, n. 11, p. 1381–1390, nov. 1996.
- ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1421–1430, 2008.
- ALMEIDA, M. S. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva**. São Paulo: Atlas, 2011.
- ALVES, S. L. Eficiência das operadoras de Planos de Saúde. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, v. 4, p. 87–112, 2008.
- ALVES, S. L. Regulação, eficiência produtiva e qualidade das operadoras de planos de saúde no Brasil: uma análise das fronteiras eficientes.. In: IV PRÊMIO SEAE. **Anais...** Rio de Janeiro: Secretaria de Acompanhamento Econômico, 2009a. Disponível em: <<http://www.seae.fazenda.gov.br/>>
- ALVES, S. L. Regulação, eficiência produtiva e qualidade das operadoras de planos de saúde no Brasil: uma análise das fronteiras eficientes.. In: IV PRÊMIO SEAE. **Anais...** Rio de Janeiro: Secretaria de Acompanhamento Econômico, 2009b. Disponível em: <<http://www.seae.fazenda.gov.br/>>
- ANS. **Dados Consolidados da Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 5 jan. 2016.
- ANS. **Fichas Técnicas dos Indicadores do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>> . Acesso em: 13 jun. 2015.
- BANKER, R. D.; CHARNES, A.; COOPER, W. W. **Some Models for Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis**. *Management Science*, v. 30, n. 9, sep, 1984.
- BARBIERI, J. C. et al. Inovação e sustentabilidade: novos modelos e proposições. **Revista de Administração de Empresas**, v. 50, n. 2, p. 146–154, jun. 2010.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BROCKETT, P. L. et al. A Comparison of HMO Efficiencies as a Function of Provider Autonomy. **Journal of Risk and Insurance**, v. 71, n. 1, p. 1–19, mar. 2004.
- CANONICE, B. C. F. **Normas e padrões para elaboração de trabalhos acadêmicos**. 3. ed. Maringá: Eduem, 2014 [Coleção Fundamentum 13].

CARDOSO, R. L. **Regulação econômica e escolhas de práticas contábeis**: evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro. [s.l.] Faculdade de Economia, Administração de Contabilidade da Universidade de São Paulo FEA/USP, 2005.

CARRINGTON, R.; COELLI, T.; PRASADA RAO, D. S. Australian Private Health Insurance Productivity Growth: Is there Scope to Limit Premium Increases?\*. **Economic Record**, v. 87, n. 276, p. 125–139, 12 mar. 2011.

CARRINGTON, R.; COELLI, T.; RAO, D. S. P. Regulation of Private Health Insurance Premiums : Can Performance Assessment Play a Greater Role ? n. 1932, 2008.

CHARNES, A.; COOPER, W. W.; LEWIN, A.; SEIFORD, L. **Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology, and Applications**. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1997

CLARKSON, M. E. A STAKEHOLDER FRAMEWORK FOR ANALYZING AND EVALUATING CORPORATE SOCIAL PERFORMANCE. **Academy of Management Review**, v. 20, n. 1, p. 92–117, 1 jan. 1995.

CLARO, P. B. DE O.; CLARO, D. P.; AMÂNCIO, R. Entendendo o conceito de sustentabilidade nas organizações. **Revista de Administração da USP - RAUSP**, v. 43, n. 4, p. 289–300, 2008.

COOPER, W.; LI, S.; SEIFORD, L.; TONE, K.; THRALL, R. ZHU, J. Sensitivity and Stability Analysis in DEA: Some Recent Developments. **Journal of Productivity Analysis**, v. 15, n.3, 2001, pp. 217–246

COOPER, W.; SEIFORD, L.; TONE, K., **Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software**. Kluwer Academic Publishers, Boston, 2007 (originalmente publicado em 2000).

COSTA, L. A.; NEVES, J. A. B. Burocracia e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, 2013.

COSTA, N. DO R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1453–1462, 2008a.

COSTA, N. DO R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1453–1462, out. 2008b.

DE SOUZA SILVA FREITAS, P. et al. A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 449–469, 2011.

DIAS, D. S. **Como escrever uma monografia**: manual de elaboração com exemplos e exercícios. São Paulo: Atlas, 2010.

- FARRELL, M. J. The Measurement of Productive Efficiency. **Journal of the Royal Statistical Society**. Series A (General), v. 120, n. 3, 1957, pp.253-290.
- FERNANDES, E. et al. An analysis of the supplementary health sector in Brazil. **Health policy (Amsterdam, Netherlands)**, v. 81, n. 2-3, p. 242–57, maio 2007.
- HART, S. L.; MILSTEIN, M. B. Criando valor sustentável. **RAE**, v. 3, n. 2, p. 16, 2004.
- FERREIRA, C. M. C.; GOMES, A. P. **Introdução à análise envoltória de dados: Teoria, Modelos e Aplicações**. Viçosa: Editora UFV, 2012.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOLANY, B.; ROLL, Y. An application procedure for DEA. **Omega International Journal of Management Science**, v. 17, n. 3, 1989, pp. 237-1250.
- IBGE (Brasil). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- JENSEN, M. C. Value Maximization, Stakeholder Theory, and the Corporate Objective Function. **Journal of Applied Corporate Finance**, v. 22, n. 1, p. 32–42, jan. 2010.
- JUBRAN, A. J. **Modelo de análise de eficiência na administração pública: estudo aplicado às prefeituras brasileiras usando a análise envoltória de dados**. 2006. Tese (Doutorado)- Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- LIMA, S. M. L. et al. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 116–123, fev. 2007.
- LITVOC, J.; BRITO, F. C. DE. **Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
- LOVELL, C. A. K. **Production Frontiers and productive efficiency**. In: The measurement of productive efficiency techniques and applications. New York: Oxford University Press, 1993. p. 3–67.
- MARIANO, E. B. **Sistematização e comparação de técnicas, modelos e perspectivas não-paramétricas de análise de eficiência produtiva**. 2008. Dissertação (Mestrado)- Escola de Engenharia de São Carlos, EESC USP, São Carlos, 2008.
- NIEDERAUER, C. A. P. **Avaliação dos bolsistas de Produtividade em Pesquisa da Engenharia da Produção utilizando Data Envelopment Analysis**. 1998. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.
- NIEDERAUER, C. A. P. **Ethos: um modelo para medir a produtividade relativa de pesquisadores baseado na análise por envoltória de dados**. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.



NOBRE, F. S.; RIBEIRO, R. E. M. Cognição e sustentabilidade: estudo de casos múltiplos no índice de sustentabilidade empresarial da BM&FBOvespa. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 17, n. 4, p. 499–517, ago. 2013.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. DE F. S. DE; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Revista de Economia Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 157–185, abr. 2006.

OLIVEIRA, S. L. Tratado de Metodologia Científica: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2002.

PIMENTEL, L. A. S. **O impacto na variação da matriz energética e da área das florestas na eficiência relativa entre os países membros do G20 na emissão de gases de efeito estufa**: uma análise envoltória de dados (DEA) nos anos 1990, 2000 e 2010. 2014. 2014. Tese (Doutorado em Administração de Organizações)-Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/96/96132/tde-17072014-171326>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROLLINS, J. et al. Longitudinal study of health maintenance organization efficiency. **Health Services Management Research**, v. 14, n. 4, p. 249–62, nov. 2001.

ROSENMAN, R.; SIDDHARTHAN, K.; AHERN, M. Output efficiency of health maintenance organizations in Florida. **Health economics**, v. 6, n. 3, p. 295–302, 1997.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

SALGADO JUNIOR, A. P. **Proposta de metodologia para identificação de fatores que possam influenciar no desempenho de alunos de escolas municipais do ensino fundamental em testes padronizados de avaliação em larga escala**. 2013. 340 f. Tese (Livre-docência – Área de concentração: Produção)–Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <<https://www.dropbox.com/sh/v3wvb57bazfzu91/098HU44lsw>>.

SALGADO JUNIOR, A. P.; NOVI, J. C. Proposta metodológica: avaliação externa e desempenho dos alunos. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**. São Paulo, v. 30, n. 3, 2014.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F., LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SARAFIDIS, V. **An Assessment of Comparative Efficiency Measurement Techniques**. London: European Economics, 2002.

SIDDHARTHAN, K.; AHERN, M.; ROSENMAN, R. Data envelopment analysis to determine efficiencies of health maintenance organizations. **Health care management science**, v. 3, n. 1, p. 23–9, jan. 2000.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVEIRA, A. D. M. DA; YOSHINAGA, C. E.; BORBA, P. D. R. F. Crítica à Teoria dos Stakeholders Como Função-Objetivo Corporativa. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 12, n. 1, p. 33–42, 2005.

SOARES, E. S. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

SOARES, M. A. **Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras**: Uma aplicação da análise fatorial. [s.l.] Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo - FEA/USP, 2006.

THANASSOULIS, E. Data envelopment analysis and its use in banking. **Interfaces**, v. 29, n. 3, p. 1-13, 1999.

THANASSOULIS, E. **Introduction to the theory and application of data envelopment analysis**: a foundation text with integrated software. 2. ed. Springer, 2003.

TUPY, O.; YAMAGUCHI, L. C. T. **Eficiência e produtividade**: conceitos e medição Agricultura em São Paulo, 1998.

VIEIRA, S. C. **Como escrever uma tese**. 5. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

WORLD COMMISSION ON ENVIRONMENT AND DEVELOPMENT. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future (The Brundtland Report). **Medicine, Conflict and Survival**, v. 4, n. 1, p. 300, 1987.

WU, D. et al. Simultaneous analysis of production and investment performance of Canadian life and health insurance companies using data envelopment analysis. **Computers & Operations Research**, v. 34, n. 1, p. 180–198, jan. 2007.

YANG, Z. A two-stage DEA model to evaluate the overall performance of Canadian life and health insurance companies. **Mathematical and Computer Modelling**, v. 43, n. 7-8, p. 910–919, abr. 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. São Paulo: Bookman, 2010.

## **APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas semiestruturado**

### PERFIL DO ENTREVISTADO

- 1. Nome do Entrevistado**
  
- 2. Qual sua formação acadêmica?**  
 Ensino Médio  
 Ensino Superior Completo  
Qual área? \_\_\_\_\_  
 Pós-Graduação (Mestrado, Doutorado).  
Qual área? \_\_\_\_\_  
 Outras.  
Qual área? \_\_\_\_\_
  
- 3. Você tem alguma especialização em gestão ou em outras áreas?**
  
- 4. Possui quanto tempo (anos) de experiência profissional em gestão?**

### PRÁTICAS QUE AFETAM O ATIVO TOTAL

- 5. Existe alguma política de gestão de caixa? (instrumentos de gestão, hábito de análise, definição de caixa mínimo, etc) Como a política é definida? Como o caixa é controlado?**
  
- 6. Existe uma política de crédito ou análise de risco de clientes? Quais a ferramentas utilizadas? Existe uma equipe de crédito?**
  
- 7. Existe alguma política formalizada de cobrança? Quais a ferramentas utilizadas? Existe uma equipe de cobrança?**
  
- 8. A OPS faz ou já fez algum planejamento tributário (recuperação ou economia)?**
  
- 9. Existe uma política para captação e aplicação de recursos? Quais são os responsáveis por fazer análises? Existe uma equipe responsável? Quais são os responsáveis por tomada de decisão? Existe um padrão de análise a ser seguido?**

## PRÁTICAS QUE AFETAM AS DESPESAS ASSISTENCIAIS

### CARTEIRA DE CLIENTES

10. Qual é a média de idade da carteira de clientes?
11. Existe uma política de promoção à saúde e prevenção de doenças? Quais os mecanismos usados?

### SERVIDORES

12. Qual é o número de médicos? Qual é o regime de contratação? Qual é o número de médicos terceirizados?
13. Existem planos de cargos e salários definidos para todas as funções? Os servidores têm métricas claras para progressão na carreira?
14. Existem mecanismos de remuneração variável baseada em volume de procedimentos? Existem outros sistemas de remuneração variável?
15. Existe algum tipo de política para controle ou critérios padronizados para solicitações de exames ou procedimentos?

### HOSPITAIS

16. Existe uma política de compras (padronização) para Materiais Médicos? Existe obrigatoriedade de apresentação de mais de um orçamento? Existe uma política de qualificação de fornecedores? Existe a possibilidade de exigência de marca?

**17. Existe uma central única para agendamento de internações? Existe alguma forma de organização das internações?**

**18. Existe manual de procedimentos de usos/necessidades de internações?**

**19. Qual é a complexidade do Hospital próprio? Qual a participação de estruturas administrativas no imobilizado?**

#### PRÁTICAS QUE AFETAM AS RECEITAS DE CONTRAPRESTAÇÕES

##### CAPACIDADE DE GERAÇÃO DE RECEITAS

**20. Qual a participação de planos coletivos e individuais?**

**21. Qual a taxa de atendimento ao SUS ou intercâmbio?**

##### COMPETITIVIDADE DO MERCADO

**22. Quem são os principais concorrentes? Qual é a estrutura dos concorrentes?**

**23. Qual a participação de mercado da OPS?**

## APÊNDICE B – Protocolo de Pesquisa

### a) Introdução ao estudo de caso e finalidade do protocolo;

1. Este protocolo tem o intuito de orientar o pesquisador quanto aos procedimentos a serem seguidos durante a realização dos estudos de caso nas Operadoras de Plano de Saúde participantes da pesquisa. As orientações a seguir devem ser acatadas, pois contribuem para que a pesquisa seja realizada de forma alinhada aos objetivos desta pesquisa.

### b) Procedimentos de coleta de dados

#### 1. Locais a serem visitados:

- a) Duas Operadoras de Plano de Saúde: Uma com bom desempenho em serviços e baixo desempenho financeiro; outra com bom desempenho nas duas dimensões.

#### 2. Plano de coleta de dados

- espera-se encontrar respostas que permitam a identificação de práticas administrativas que diferenciem a OPS com bom desempenho nas duas abordagens da OPS com bom desempenho apenas em serviços.

#### 3. Antes de ir ao local de entrevista o pesquisador deve conferir:

- data e horário combinado para a realização da mesma;
- o caminho a ser percorrido até o local da entrevista;
- nome da pessoa que fará a recepção e do diretor que será entrevistado;
- dados gerais da OPS;
- estar com todo o material necessário para a pesquisa em mãos (roteiros de entrevista, gravador e caneta esferográfica azul);

#### 4. Entrevista semiestruturada:

- garantir que a mesma ocorra em ambiente silencioso e adequado para que o diálogo não seja prejudicado por questões de ruído;
- explicar o objetivo e a natureza do trabalho, dizendo ao entrevistado como foi escolhido;
- solicitar ao entrevistado que, caso haja alguma informação que não saiba responder na hora envie posteriormente;
- assegurar o anonimato do entrevistado e o sigilo das respostas;
- deixar explícito e claro que todas as informações serão utilizadas estritamente para fins acadêmicos e garantir o anonimato dos entrevistados;

- antes de iniciar a entrevista o pesquisador deve solicitar autorização para gravação da mesma, a fim de possibilitar posterior análise de conteúdo do discurso dos entrevistados;
- anotar todas as informações relevantes no transcorrer da entrevista;
- permitir que o entrevistado interrompa para pedir esclarecimentos;