



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
Mestrado Profissional em Administração

DIEGO DE BRITO SOARES

AUTOGESTÕES DE SAÚDE:
a competitividade do benefício AMS da Petrobras

Dissertação de mestrado

Salvador
2013

DIEGO DE BRITO SOARES

**AUTOGESTÕES DE SAÚDE:
a competitividade do benefício AMS da Petrobras**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissionalizante em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Horácio Nelson Hastenreiter Filho

Salvador

2013

Escola de Administração - UFBA

S676

Soares, Diego de Brito.
Autogestões de saúde: a competitividade do benefício AMS da
Petrobras / Diego de Brito Soares. – 2013.
95 f.

Orientador: Prof. Dr. Horácio Nelson Hastenreiter Filho.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia,
Escola de Administração, Salvador, 2013.

1. Petrobras. Assistência Multidisciplinar de Saúde – Estudo de
caso. 2. Autogestão na saúde. 3. Seguro-saúde. 4. Saúde
suplementar. 5. Concorrência. I. Universidade Federal da
Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 658.38

DIEGO DE BRITO SOARES

**AUTOGESTÕES DE SAÚDE:
a competitividade do benefício AMS da Petrobras**

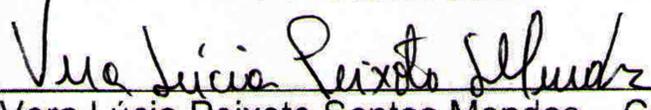
Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissionalizante em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Administração.

Aprovada em 28 de agosto de 2013

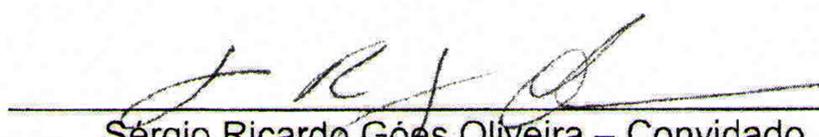
BANCA EXAMINADORA



Horácio Nelson Hastenreiter Filho – Orientador
Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia - UFBA
Universidade Federal da Bahia - UFBA



Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes – Convidada
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia - UFBA
Universidade Federal da Bahia - UFBA



Sérgio Ricardo Góes Oliveira – Convidado
Doutor em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas - FGV
Universidade Salvador - UNIFACS

AGRADECIMENTOS

À

Deus, por todas as oportunidades que trouxe a minha vida.

Vanessa, minha esposa, pelo amor e vida que construímos juntos a cada dia.

Família, que tanto eu amo.

A Petrobras, pelo incentivo e investimento na formação de seus profissionais.

A Janete da Silva Bastos, pela confiança e oportunidades profissionais.

A Horácio Nelson Hastenreiter Filho, orientador e grande incentivador.

Aos colegas da Petrobras, pela receptividade e contribuição para este trabalho.

A atitude de recomeçar é todo dia toda hora. É se respeitar na sua força e fé, e se olhar bem fundo até o dedão do pé.

Eu apenas queira que você soubesse que essa criança brinca nesta roda, e não teme o corte de novas feridas, pois tem a saúde que aprendeu com a vida.

Gonzaguinha, 1981.

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo analisar a competitividade do modelo de operadora de Autogestão de Saúde, sem fins lucrativos, administrada por departamento de recursos humanos, frente às demais opções de operadoras comerciais existentes no Brasil, sob o ponto de vista dos recursos internos disponíveis pela organização. Para este fim, teve como estratégia metodológica o Estudo de Caso do benefício AMS, auto-administrado pela Petróleo Brasileiro S.A. (Petrobras). Como referencial teórico foi utilizado um modelo adaptado do original desenvolvido por Ferraz, Kupfer e Haguenaer (1995), no qual a capacidade competitiva de uma organização no longo prazo é resultado de um ciclo dinâmico entre Estratégia, Capacitação e Desempenho. A análise foi feita através do cruzamento de múltiplas fontes de dados, obtidos por documentos e entrevistas semiestruturadas. Os resultados indicam que a Autogestão administrada por departamento de recursos humanos apresenta diversos aspectos natos que dificultam seu posicionamento competitivo no longo prazo.

Palavras-chave: Competitividade. Saúde suplementar. Planos de saúde. Operadoras de saúde. Autogestões.

ABSTRACT

The research aims at analyzing the competitiveness of organizations with self-administered health plans by human resources departments, as compared to other commercial health plan operators available in Brazil, from the point of view of the internal resources of the organization. To this end, a Case Study was developed focusing the self-administered health plan by an energy company: the Petróleo Brasileiro SA (PETROBRAS). The theoretical model used was adapted from the original one developed by Ferraz , Kupfer and Haguenaer (1995), in which, the competitiveness of an organization, over the long term, is the result of a dynamic cycle of Strategy, Competences and Performance. The analysis was made by cross-checking multiple data sources obtained from documents and semi-structured interviews. The results indicated that the organization with self-administered health plan by human resources department presents several aspects that hinder its competitiveness position in the long term.

Keywords: Competitiveness. Health plan. Health plan self-administered.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Papel central de operadoras de saúde.....	14
Figura 2 – Escala de desempenho de IDSS	25
Figura 3 – Estratégia competitiva no nível da firma.....	38
Figura 4 – Estrutura de análise de dados de entrevistas vs. documentos	47
Figura 5 – Ciclo virtuoso da competitividade para operadoras de saúde	48
Figura 6 – Dispersão da estrutura de gestão e operação do benefício	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – evolução de percentual de troca eletrônica de guias de atendimento no novo padrão TISS por modalidade de operadora.....	24
Gráfico 2 – Percentual acumulado de operadoras entre faixas de desempenho de IDSS 2010.....	25
Gráfico 3 – Distribuição de beneficiários da AMS	27
Gráfico 4 – Simulação de comparativo de Desembolso Assistencial médio per capita mensal no ano base de 2012	50
Gráfico 5 – Simulação de comparativo de Custo Administrativo médio per capita mensal no ano base de 2012	50
Gráfico 6 – Resultado do item sobre a AMS atende às minhas necessidades da pesquisa de ambiência da Petrobras	55
Gráfico 7 – Resultado da pesquisa de satisfação dos serviços de AMS.....	60
Gráfico 8 – Resultado da pesquisa de satisfação da ANS 2012	61
Gráfico 9 – Índice de reclamações de beneficiários da Petrobras.....	62
Gráfico 10 – Índice % solicitações de autorização de serviços de média e alta complexidades respondidas no prazo ISATRP	68
Gráfico 11 – Índice % de Reembolsos Processados no Prazo (IRPP).....	70
Gráfico 12 – Índice % de Chamadas Atendidas do Call Center ICACC	71
Gráfico 13 – Índice % de Manifestações de Fale Conosco Respondidas no Prazo IMFCP	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensão do setor de saúde suplementar no Brasil	18
Quadro 2 – Operadoras em atividade por porte	22
Quadro 3 – Dados econômicos da PETROBRAS	26
Quadro 4 – Distribuição de beneficiários da AMS	28
Quadro 5 – Exemplo de dispersão de atividades da AMS entre diferentes unidades da estrutura da Petrobras na região da Bacia de Campos.....	29
Quadro 6 – Dados cadastrais da PETROBRAS na ANS	40
Quadro 7 – Segmentação de Autogestões de saúde.....	41
Quadro 8 – Demonstração de adaptação de Fatores Empresariais para pesquisa de Operadora de Autogestão de Saúde.....	42
Quadro 9 – Unidades da Petrobras dedicadas a gestão e operação do benefício AMS	43
Quadro 10 – Matriz de distribuição de entrevistados vs. fatores empresariais	45
Quadro 11 – Nível de satisfação com benefício saúde	57
Quadro 12 – Iniciativas de inovação na assistência a saúde na AMS	64
Quadro 13 – Iniciativas de inovação nos processos de trabalho na AMS.....	65
Quadro 14 – Principais diferenças entre vínculos de Empregados Próprios e Prestadores Contratados na AMS.....	76
Quadro 15 – Resumo de avaliação de fatores empresariais da Autogestão de saúde AMS da Petrobras.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Acordo Coletivo de Trabalho
AMS	Assistência Multidisciplinar de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
CADOP	Cadastro de Operadoras da Agência Nacional de Saúde
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
COMPARTILHADO	Unidade Corporativa de Serviços Compartilhados da PETROBRAS
DC&S	Diretoria Corporativa e de Serviços da PETROBRAS
DET&M	Diretoria de Engenharia, Tecnologia e Materiais da PETROBRAS
DIOPE	Diretoria de Operadoras da Agência Nacional de Saúde
GDC	Gerenciamento de Doenças Crônicas
GEAP	Grupo Executivo de Assistência Patronal - Fundação de Seguridade Social
ICACC	Índice de chamadas atendidas do Call Center
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IMFCP	Índice de Manifestações de Fale Conosco Respondidas no Prazo
IN	Instrução Normativa
IRPP	Índice de Reembolsos Processados no Prazo
ISATRP	Índice solicitações de autorização respondidas no prazo
ISE	Índice de Satisfação do Empregado
ISSO	International Organization for Standardization
ISU	Índice de Satisfação do Usuário
MS	Ministério da Saúde
OSHAS	Occupational Health and Safety Assessment Services
PAE	Programa de Assistência Especial
PASA	Programa de Atenção à Saúde do Aposentado
PETROBRAS	Petróleo Brasileiro S.A.

RH	Unidade Corporativa de Recursos Humanos da PETROBRAS
RN	Resolução Normativa
SIB	Sistema de informações de Beneficiários
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
TIC	Unidade Corporativa de Tecnologia da Informação e Comunicações da PETROBRAS
TISS	Troca de Informações em Saúde Suplementar
TUSS	Terminologia Unificada de Saúde Suplementar
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA PROBLEMA E OBJETIVOS DE PESQUISA.....	15
2 O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR E AUTOGESTÕES	17
2.1 O SETOR DE SAUDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	17
2.2 AS AUTOGESTÕES EM SAÚDE.....	20
2.3 A ASSISTENCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAUDE DA PETROBRAS	26
3 COMPETITIVIDADE	32
3.1 CONCEITO E ABORDAGENS DA COMPETITIVIDADE	32
3.2 MODELOS DE ANÁLISE DE COMPETITIVIDADE.....	34
3.2.1 Estratégia e vantagem competitiva.....	34
3.2.2 Estudo da competitividade da indústria brasileira ECIB	36
4 METODOLOGIA	39
4.1 NATUREZA E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	39
4.2 DELIMITAÇÕES DA PESQUISA	41
4.2.1 Delimitação teórica.....	41
4.2.2 Delimitação de unidade de análise	43
4.3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	44
4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS.....	46
5 RESULTADOS	47
5.1 GESTÃO E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	48
5.2 RELACIONAMENTO COM PARTES INTERESSADAS.....	54
5.2.1 Relacionamento com Beneficiários.....	54
5.2.2 Relacionamento com prestadores de serviços credenciados	57
5.3 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.....	59
5.4 INOVAÇÃO	63
5.5 ESTRUTURA OPERACIONAL.....	67
5.6 RECURSOS HUMANOS.....	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERENCIAS	85
APÊNDICE A – Estrutura de entrevista	90

1 INTRODUÇÃO

À medida que a humanidade evolui, cada vez mais se intensificam as pesquisas sobre Competitividade, pois, o interesse pelo tema está ligado à necessidade de sobrevivência ou de sucesso de organizações em contextos sociais e de mercado complexos e muito dinâmicos.

Ambastha (2004) indica que a competitividade vem sendo descrita por diversos autores como um conceito relativo e multidimensional, pois a significância de diferentes critérios de competitividade mudam com o tempo e com o contexto. Estas mudanças alteram situações de ameaças e oportunidades para organizações de forma desafiadora.

Anca (2012) ressalta que a Competitividade é analisada sob diversos níveis de abrangência: desde o plano econômico mundial, passando por blocos econômicos continentais, entre países, em segmentos econômicos, em cadeias produtivas, até em nível de uma única firma.

Como exemplo desta abrangência, Anca (2012) destaca que, num nível macro, o objetivo da Competitividade é a prosperidade das nações de forma ampla, correlacionada ao crescimento econômico, a criação de empregos e ao nível de bem estar social de seus indivíduos. Já ao nível da firma, pode-se considerar que o estudo da Competitividade tem repercussão proporcional para todas as partes interessadas.

Dentre os diversos setores econômicos de interesse amplo das nações e dos indivíduos, a saúde se destaca pela histórica relevância social, pela sua dinâmica, das inúmeras possibilidades e oportunidades criadas pelas descobertas da medicina, e pela relevância econômica em que se transformou no último século.

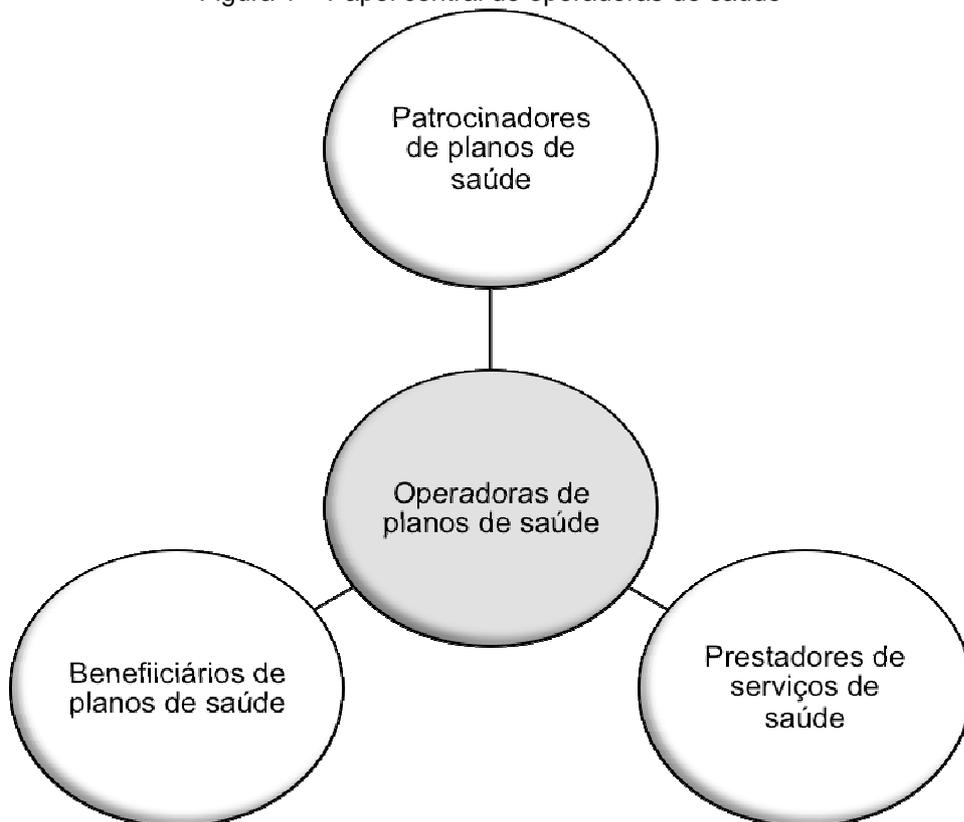
Porter e Teisberg (2007) desenvolveram uma pesquisa na qual afirmam que o segmento de saúde encontra-se em grave crise, e com prognóstico pessimista de aumento de custos inversamente proporcional à qualidade dos serviços prestados, ou seja, a competição neste mercado não estaria gerando valor aos usuários. Esta situação é considerada insustentável no longo prazo.

A este cenário, Porter e Teisberg (2007) denominam de competição de soma zero, onde não há ganho ou aumento de valor na cadeia, e que se manifesta de diversas formas, como:

- Competição para transferir custos;
- Competição para aumentar o poder de negociação;
- Competição para captar pacientes e restringir a escolha;
- Competição para reduzir custos e restringir os serviços.

Neste contexto, as operadoras de sistemas de saúde, sejam elas de personalidade jurídica privada ou pública, desempenham um papel central de gerenciar uma cadeia de valor da saúde, uma vez que gere os recursos financeiros dos patrocinadores, contrata e remunera os serviços dos prestadores, disponibiliza diversos serviços para os beneficiários. A figura 1 ilustra o papel central das operadoras de saúde:

Figura 1 – Papel central de operadoras de saúde



Fonte: Próprio autor.

No Brasil, a saúde também é um tema controverso e de grande interesse, tanto que no ano 2000 foi instituída a Agência Nacional de Saúde (ANS), com o objetivo de regular o mercado de operadoras de saúde privadas com vistas ao interesse público e ao desenvolvimento geral da saúde no país.

Desde então, o histórico de ações regulatórias da ANS promoveram mudanças significativas nas condições de prestação do serviço de planos de saúde, o que tem exigido grande esforço de gestão das operadoras de saúde para se adaptar aos novos paradigmas de competitividade do mercado.

Existem diversos modelos institucionais de operadoras de saúde no Brasil, porém destaca-se o de Autogestões por departamento de Recursos Humanos, o mais antigo dos modelos, no qual a própria organização patrocinadora administra diretamente a operação de assistência à saúde, dentro de sua estrutura, mesmo sendo esta uma atividade não economicamente lucrativa.

Apesar da ampla oferta de planos de saúde por operadoras comerciais, e o contexto de competitividade e de regulação da ANS, é no mínimo curioso que algumas organizações mantenham o formato de Autogestão por departamento de recursos humanos. Num ambiente capitalista, é natural o sentimento de desconfiança sobre a modalidade de Autogestão: como uma organização consegue desenvolver esta complexa atividade, paralela ao seu negócio, dentro de sua própria estrutura? Quais as possibilidades destas organizações se sustentarem no longo prazo?

Criado em 1975, a Assistência Multidisciplinar de Saúde (AMS), é o plano de saúde de Autogestão da Petróleo Brasileiro S.A. (PETROBRAS), um típico e original exemplo de Autogestão por departamento de recursos humanos, e que tem passado pela experiência das mudanças de paradigmas de competitividade do mercado de saúde suplementar brasileiro.

O presente trabalho é uma iniciativa de desenvolver conhecimento na pesquisa da Competitividade, ao nível da firma, de uma operadora de saúde de Autogestão por departamento de recursos humanos. Pela oportunidade, disponibilidade e incentivo à realização da pesquisa, realizou-se o estudo exploratório do contexto da competitividade da AMS.

1.1 JUSTIFICATIVA PROBLEMA E OBJETIVOS DE PESQUISA

O mercado de saúde suplementar está em permanente mudança devido à dinâmica social e econômica entre suas partes interessadas, além da própria

evolução da medicina. Neste sentido, e desde a sua criação, no ano 2000, até o ano de 2012, a ANS expediu 317 resoluções normativas com o objetivo principal de promover a competitividade no setor de saúde suplementar em benefício dos consumidores. Estas ações regulatórias produzem fortes impactos nas operadoras: operacionais, financeiros e de gestão.

Por princípios éticos e legais, as Autogestões não competem por consumidores e não obtêm lucro de suas operações, logo, pressupõe-se que estas organizações naturalmente dispõem de pouca iniciativa para adaptação e qualificação no setor.

Além disso, especificamente nos casos das Autogestões administradas por departamentos de recursos humanos ou entidades paralelas, estas organizações desempenham uma atividade secundária, paralela, e dispare em relação ao negócio ou objetivo fim as suas matrizes mantenedoras de origem, e muitas vezes não dispõem de recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados à atividade de gestão de saúde suplementar.

Porém, devido à forte ação regulatória da ANS, aos movimentos de competição do setor, ou mesmo a integração a padrões tecnológicos impostos por outras operadoras líderes de mercado, as Autogestões, mesmo que de forma passiva, evoluem sua gestão e estrutura em direção a níveis mais avançados de competitividade.

Para o gerente de Serviços de AMS da regional norte-nordeste da Petrobras, o crescente avanço da medicina exige o aperfeiçoamento contínuo da gestão e forte alinhamento com novas tecnologias.

O gerente corporativo de operações da AMS considera de alta relevância o estudo da competitividade em autogestões de saúde. Ele mesmo destaca:

Em um mercado cada vez mais oligopolizado pelas grandes fusões de operadoras, pelas verticalizações e expansão das seguradoras, a sobrevivência das autogestões estará ligada diretamente à sua capacidade de adaptação e de se reinventar.

Já para o gerente corporativo de gestão da AMS, e responsável técnico da operadora junto a ANS, no Brasil, prevalece um modelo de competição com perdas mútuas entre os atores do mercado: operadoras, prestadores e consumidores. Acrescenta ele, que o posicionamento estratégico das Autogestões tem grande

relevância no atual momento de mudanças e pressões regulatórias deste importante e sensível setor da economia, e do social.

Diante deste contexto, e de forma sintética, afirma-se que o presente trabalho se propõe a tratar do seguinte problema de pesquisa:

Como a PETROBRAS realiza a gestão do Benefício AMS para acompanhar o nível de desempenho e competitividade do setor de saúde suplementar brasileiro?

A partir do problema de pesquisa, destacamos que o objetivo geral do trabalho é verificar em que medida a gestão da AMS é direcionada a efetiva obtenção de um posicionamento competitivo no setor.

Além disso, tem-se como objetivos específicos:

- i) Identificar fatores de competitividade para a autogestão em saúde;
- ii) Identificar o grau de competitividade da Autogestão da PETROBRAS

2 O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR E AUTOGESTÕES

2.1 O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A lei 9.656 de 3 de junho de 1998 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, é o marco regulatório da saúde suplementar no Brasil. A ela estão submetidas as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde.

Em seu artigo 1º, inciso I, a lei 9656/98 define Plano Privado de Assistência à Saúde 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 (BRASIL, 1998).

Também no artigo 1º da lei 9656/98 encontramos a de definição de Operadora de Plano de Assistência à Saúde 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 de Assistência à Saúde” (BRASIL, 1998).

Ainda o artigo 1º, no caput 1º, estabelece que qual quer modalidade de produto, serviço e contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde está subordinado às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (BRASIL, 1998).

Atualmente, segundo a ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011), o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é o segundo maior sistema privado de saúde do mundo. O quadro 1 apresenta um resumo dos principais números que demonstram a dimensão deste setor.

Quadro 1 – Dimensão do setor de saúde suplementar no Brasil

Dados do setor de saúde suplementar do Brasil	Período de referência	Brasil
Beneficiários de planos privados de assistência médica no Brasil	Março 2013	48.645.857
Taxa de cobertura: proporção de beneficiários de planos privados de assistência médica em relação ao total da população do Brasil	Março 2013	25%
Operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil	Março 2013	1.513
Receita de contraprestações e despesas das operadoras de planos privados de saúde no Brasil	Ano 2012	R\$ 95,4 bilhões
Despesa assistencial das operadoras de planos privados de saúde Brasil	Ano 2012	R\$ 79,0 bilhões
Planos privados de assistência médica no Brasil	Março 2013	32.491
Estabelecimentos de saúde que atendem a planos privados de saúde no Brasil	Março 2013	104.930

Fonte: Caderno de informação da saúde suplementar, ed. junho 2013 (ANS, 2013b).

Segundo a própria ANS (2011) sua missão é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

A ANS (2011) também define regulação como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público.

Segundo Nunes 2003 (apud GAMA, 1999), as agências reguladoras “regulam para fora”, ou seja, regulam não somente para o Estado, mas principalmente para o consumidor. Num mercado complexo, onde há extremo desequilíbrio de conhecimento entre os prestadores e consumidores, as agências, através de seus instrumentos de regulação, procuram prevenir os abusos de poder econômico por parte dos agentes prestadores de serviços, e assegurar um mínimo de valor e de eficiência aos serviços contratados pelos consumidores.

Neste contexto, Gama (2003) destacou que as ações de regulação implementadas pela ANS alteraram significativamente o padrão de competição do setor, tais como: exigência de reservas financeiras técnicas, padronização e categorização dos contratos de cobertura, extinção dos limites de utilização comumente pactuados pelas operadoras, e o estabelecimento de portfólio mínimo de coberturas, este último, consideravelmente acima dos padrões anteriores ao marco regulatório.

O efeito prático destas ações no mercado foi a elevação significativa do risco dos contratos pelas operadoras, o que mudou o panorama concorrencial do setor. Antes da regulamentação o fator de competição das operadoras era o preço e a diferenciação de portfólio, e, posteriormente, passou a ser a gestão do risco e a capacidade de suportar as exigências da regulamentação.

Para Matsuzawa (2008) a regulação da ANS fez com que o produto “plano de saúde” se tornasse uma commodity, o que acirrou a concorrência entre as operadoras, principalmente pela eficiência em custos, com repercussão em toda a cadeia de suprimentos de serviços de saúde.

Até dezembro de 2012 já foram expedidas 317 resoluções normativas (RN) pela ANS. Além disso, neste mesmo período, a Agenda Regulatória da agência indica a análise, e potencial implementação, de 27 propostas de alteração regulamentar da saúde suplementar, distribuídas em nove eixos temáticos:

1. Modelo de financiamento do setor;
2. Garantia de acesso e qualidade assistencial;

3. Modelo de pagamento a prestadores;
4. Assistência farmacêutica;
5. Incentivo à concorrência;
6. Garantia de acesso à informação;
7. Contratos antigos;
8. Assistência ao idoso;
9. Integração da Saúde Suplementar com o SUS.

Posto estas informações, pressupõe-se que a dinâmica de inovação e os fatores de competitividade do setor de saúde suplementar no Brasil está diretamente ligada ao exercício da regulação por parte da Agência Nacional de Saúde.

2.2 AS AUTOGESTÕES EM SAÚDE

A ANS (2000) reconhece basicamente 7 diferentes modalidades de operadoras, a saber:

1. Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, à 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. As autogestões são divididas em três categorias:
 - 1.1 Autogestão por RH: a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde, nos termos da Resolução Normativa - RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007;
 - 1.2 Autogestão com Mantenedor: a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, possui entidade pública ou privada mantenedora que garantirá os riscos decorrentes da operação de

planos privados de assistência à saúde através da apresentação de termo de garantia, nos termos da Resolução Normativa - RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007 e Instrução Normativa – IN DIOPE n.º 10/2007;

- 1.3 Autogestão sem Mantenedor: a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que garantirá os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor, nos termos da Resolução Normativa - RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007.
2. Cooperativa médica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971.
3. Cooperativa odontológica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.
4. Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.
5. Seguradora especializada em saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.
6. Medicina de grupo: demais empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.
7. Odontologia de grupo: demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, Planos Odontológicos.

O quadro abaixo demonstra a quantidade de operadoras com registro na ANS para cada uma das modalidades descritas:

Quadro 2 – Operadoras em atividade por porte, segundo modalidade (Brasil - março/2013)

Modalidade da operadora	Sem beneficiários	Pequeno porte (Até 20.000)	Médio porte (20.000 a 100.000)	Grande porte (Acima de 100.000)	Total
Administradora de benefícios	96	-	-	-	96
Autogestão	14	150	33	11	208
Cooperativa médica	3	151	132	37	323
Cooperativa odontológica	1	89	22	6	118
Filantropia	2	59	23	2	86
Medicina de grupo	34	231	85	27	377
Odontologia de grupo	54	200	26	12	292
Seguradora especializada em saúde	-	2	3	8	13
Total	204	882	324	103	1.513

Fonte: Caderno de informação da saúde suplementar – ed. jun. 2013 (ANS, 2013b).

Gama (2003) desenvolveu estudo específico de caracterização das Autogestões, e, detalhadamente, as definiu como:

[...] modalidade de prestação de assistência à saúde sem fins lucrativos com gestão própria da assistência à saúde, o que implica assumir o risco da variação do custo da assistência médica pela empresa que patrocina o benefício integral ou parcial aos funcionários de determinada empresa ou categoria com massa delimitada, podendo ou não incluir seus dependentes e agregados até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, mediante departamento de benefício de empresas ou entidades jurídicas paralelas.

Segundo a ANS (2013), em Março 2013 as Autogestões cobriam 11% dos beneficiários assistidos por plano de saúde no Brasil, uma população de 5.398.019 indivíduos, e no ano de 2012 responderam por cerca de 12% das despesas assistenciais do setor, um montante anual de R\$ 11,4 bilhões.

Além do ponto de vista regulamentar, de mercado, é necessário contextualizar a Autogestão do ponto de vista da firma. A autogestão de assistência à saúde não é uma atividade que gera lucro às empresas mantenedoras, logo, é colocada em segundo plano como foco de investimentos ou aplicação de recursos em geral. Além disso, conforme Gama (2003), a trajetória de evolução do setor, e principalmente a partir da regulamentação, operar um plano de saúde tornou-se complexo demais para empresas não especializadas.

A UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, é uma entidade associativa do segmento de autogestão no Brasil, e congrega mais de 140 instituições.

Segundo a própria UNIDAS (UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE, 2011), a autogestão vem sofrendo impactos negativos com a conduta regulatória da ANS, que não distingue as entidades lucrativas das não lucrativas, e aplica as mesmas regras. Além disso, é cada vez mais forte a competitividade e o assédio das operadoras comerciais para absorver as carteiras de beneficiários das autogestões.

Como exemplo dos impactos das ações regulatórias pode-se citar a implementação do padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) e o Programa de Qualificação de Operadoras.

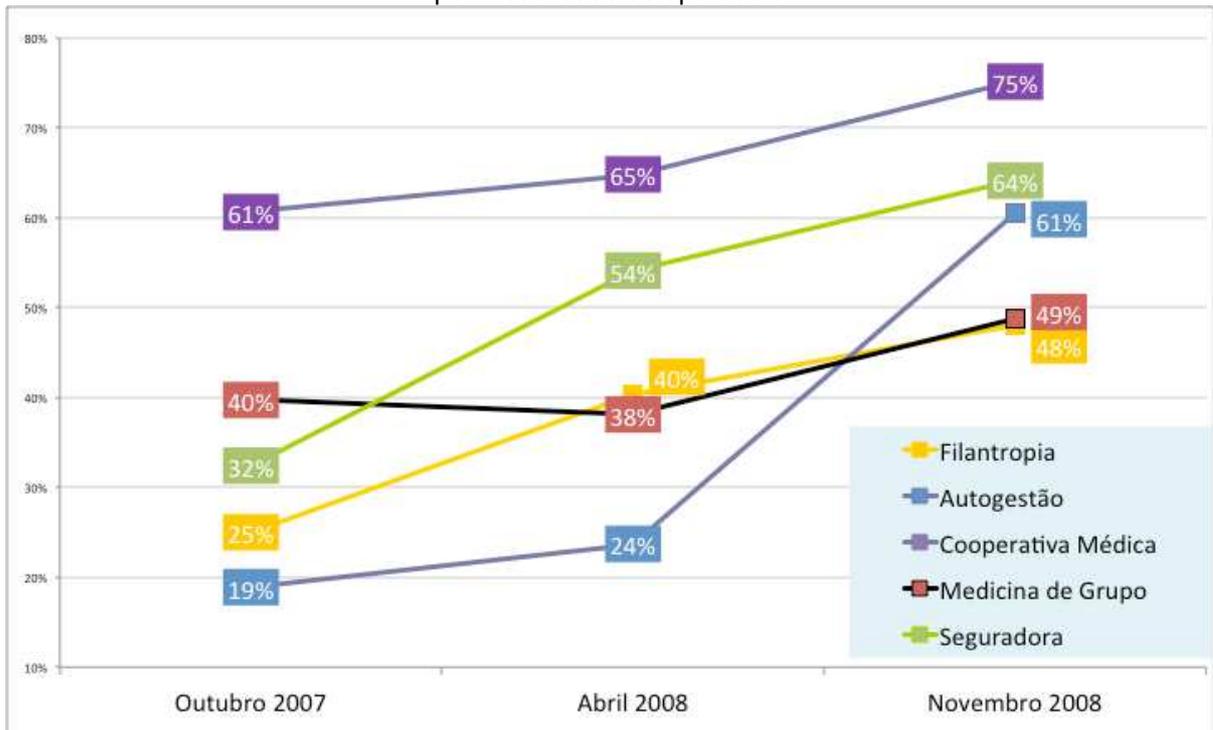
A ANS, através da Resolução Normativa 153 de 28 de maio de 2007 (ANS, 2007), estabeleceu o padrão TISS como um padrão obrigatório para troca de informações na saúde suplementar, abrangendo todos os eventos vinculados aos beneficiários de planos privados de assistência a saúde, integrando informações entre operadoras, prestadores de serviços e a própria ANS.

Segundo a ANS (2009), a ausência de normas, a complexidade de gestão das informações de eventos em saúde e o baixo investimento das operadoras em Tecnologia da Informação (TI) foram os principais estímulos ao desenvolvimento do padrão TISS. A adoção do padrão tem o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento, racionalizar custos e otimizar os recursos existentes.

Encontramos disponível para consulta pública na internet as três primeiras edições da pesquisa Radar TISS, com dados correspondentes aos meses de Outubro 2007, Abril 2008 e Novembro 2008. Ao comparar a evolução dos dados destas pesquisas, verificamos que há diferenças entre as modalidades de operadoras no que tange à implementação de troca eletrônica de informações.

Como pode ser observado no gráfico 1, as operadoras de autogestão demonstraram menor adesão aos padrões de troca eletrônica nas duas primeiras amostras, e um crescimento substancial na terceira.

Gráfico 1 – evolução de percentual de troca eletrônica de guias de atendimento no novo padrão TISS por modalidade de operadora



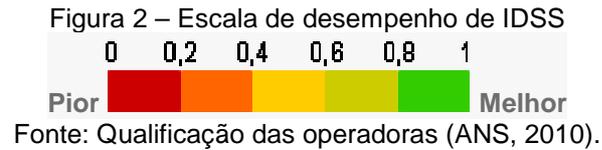
Fonte: Radar TISS Relatório de análise 3ª campanha médico-hospitalar abril de 2009 (ANS, 2009).

Já o Programa de Qualificação de Operadoras (ANS, 2010) tem como objetivo avaliar os graus de qualidade oferecidos pelas operadoras de planos privados de saúde, permitir a comparação entre operadoras semelhantes e estimular a concorrência no setor, a partir da análise de quatro dimensões:

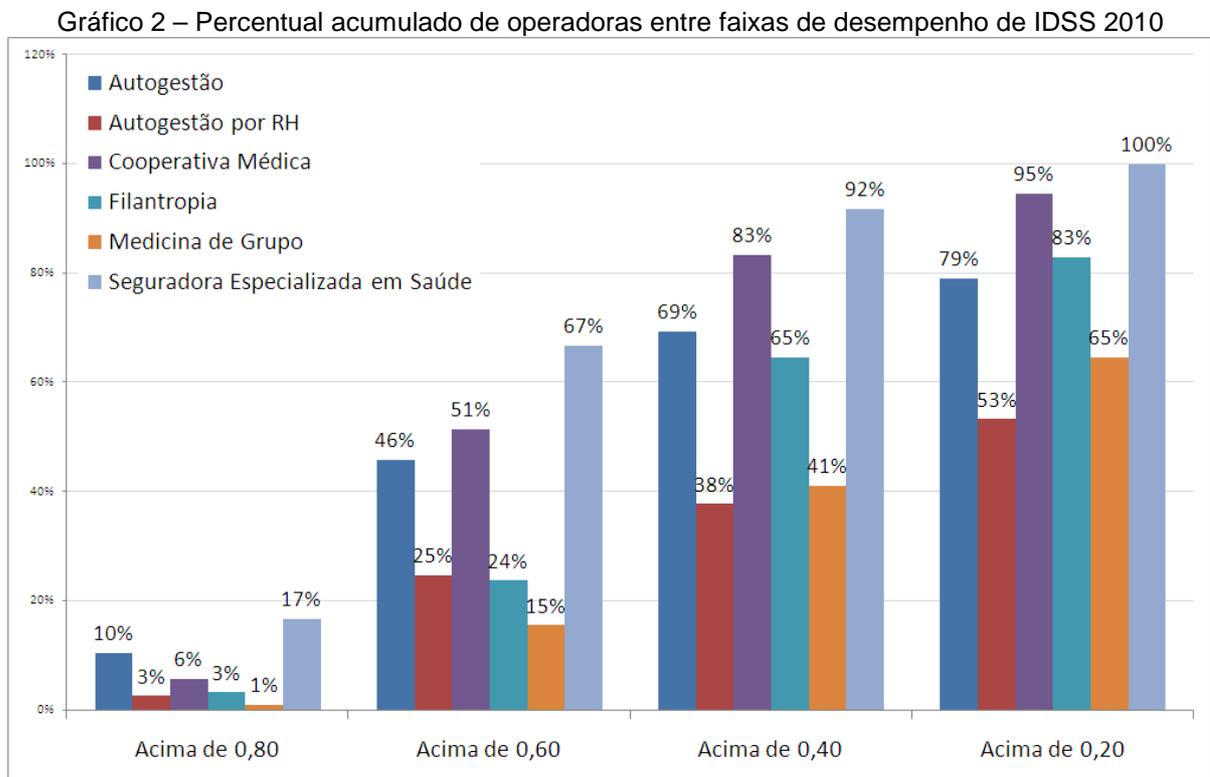
- I. Atenção à Saúde;
- II. Econômico-Financeira;
- III. Estrutura e Operação;
- IV. Satisfação dos Beneficiários.

As dimensões são avaliadas por meio de indicadores gerais e específicos, que buscam expressar os condicionamentos e os resultados dos serviços prestados aos beneficiários pelos planos de saúde.

Ao final, os resultados de todos os indicadores são consolidados em um único indicador geral titulado de Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que é padronizado em uma escala de 0,00 a 1,00, sendo que quanto maior for o indicador, melhor é o desempenho da operadora. A divulgação do resultado do IDSS é feito em cinco faixas de desempenho: de 0,00 a 0,19; de 0,20 a 0,39; de 0,40 a 0,59; de 0,60 a 0,79; e de 0,80 a 1,00.



A partir dos resultados da avaliação 2011 do programa, referente ao ano base 2010 (ANS, 2011), apresenta-se uma adaptação de gráfico acumulado, para evidenciar as diferenças de desempenho entre as modalidades de operadora, com destaque para as Autogestões por RH que apresentam a menor proporção de operadoras com IDSS na faixa superior a 0,40 e superior a 0,20.



Fonte: Listagem de operadoras por faixa de IDSS (ANS, 2011a).

Inegavelmente, a padronização das informações trará, acima de tudo, uma melhor qualidade e velocidade às informações do setor. Uma vez tratadas pela ANS, essas informações são difundidas entre todos os interessados no setor, gerando um ambiente de competitividade entre as operadoras e de qualificação dos consumidores.

O mercado de saúde suplementar está em permanente mudança devido à dinâmica social e econômica entre suas partes interessadas, além da própria evolução da medicina. Neste sentido, até o ano de 2012, a ANS expediu 317

resoluções normativas com o objetivo principal de promover a competitividade no setor de saúde suplementar em benefício dos consumidores. Estas mudanças, a exemplo de novos rols de coberturas (ANS, 2011c), e da TISS (ANS, 2007), produzem forte impacto nas operadoras, principalmente as Autogestões que por princípio não competem por consumidores e não obtêm lucro de suas operações.

A atual agenda regulatória (ANS, 2013a) da ANS coloca em pauta outras 27 propostas de ações regulatórias. A capacidade de adaptação é um fator chave de competitividade neste mercado. Acompanhar a dinâmica do setor e avaliar as estratégias de competitividade das Autogestões é fundamental para a manutenção deste modelo de assistência no longo prazo, sob pena de sua obsolescência frente às outras categorias de operadoras de saúde.

2.3 A ASSISTENCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAUDE DA PETROBRAS

A Petróleo Brasileiro S.A., conhecida mundialmente como PETROBRAS, é a 7º maior empresa de energia do mundo (PETROBRAS, 2013f). Constituída como uma sociedade anônima de capital aberto, cujo acionista majoritário é o Governo do Brasil, atua como uma empresa de energia nos seguintes setores: exploração e produção, refino, comercialização e transporte de óleo e gás natural, petroquímica, distribuição de derivados, energia elétrica, biocombustíveis e outras fontes renováveis de energia.

Diante do amplo conhecimento desta companhia pelo público em geral, é apresentado abaixo no quadro 3 com os principais dados que demonstram o porte da empresa e a sua influência no cenário econômico brasileiro e internacional:

Quadro 3 – Dados econômicos da PETROBRAS

Dados	Referência	Valores
Investimentos	Ano 2012	R\$ 84 bilhões
Receita Líquida	Ano 2012	R\$ 281 bilhões
Lucro Líquido	Ano 2012	R\$ 21 bilhões
Presença Global	Ano 2012	25 países
Número de empregados (mundo)	Ano 2012	85.065

Dados	Referência	Valores
Produção Média Diária	Ano 2012	2.6 milhões (BOE)
Reservas (Critério SEC - Securities and Exchange Commission)	Dezembro 2012	16,4 bilhões (BOE)

Fonte: Petrobras (2013f).

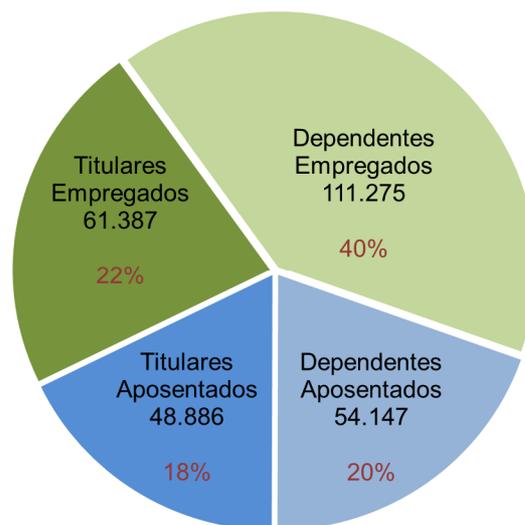
A Assistência Multidisciplinar de Saúde (AMS) é um benefício de assistência suplementar de saúde, sem fins econômicos, e de natureza assistencial, criado e instituído desde 1975, através de Acordo Coletivo Trabalho (ACT) (PETROBRAS, 2011), pactuado entre a PETROBRAS e entidades sindicais representantes dos empregados.

Para operação deste benefício, a PETROBRAS mantém registro de nº 36687-1 como Operadora de Saúde de AUTOGESTÃO junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O Benefício AMS é disponibilizado para os empregados ativos e aposentados da PETROBRAS no Brasil, aos quais é permitido ainda a inclusão de dependentes e agregados, a eles vinculados.

Em Dezembro de 2012 o Benefício AMS registrou 276.446 vidas assistidas, distribuídas em 1.799 municípios do Brasil. Os gráficos 3 e 4 detalham a distribuição de beneficiários da AMS:

Gráfico 3 – Distribuição de beneficiários da AMS dezembro 2012



Fonte: Sistema de informações gerenciais da AMS (SIG-AMS). (Petrobras, 2013h).

Quadro 4 – Distribuição de beneficiários da AMS em dezembro 2012

UF	Município	Beneficiários	%
RJ	RIO DE JANEIRO	58.484	21%
BA	SALVADOR	33.708	12%
SE	ARACAJU	16.205	6%
RJ	MACAE	10.692	4%
RJ	NITEROI	7.686	3%
RJ	CAMPOS DOS GOYTACAZES	7.481	3%
RN	NATAL	7.265	3%
SP	SANTOS	7.286	3%
PR	CURITIBA	5.714	2%
MG	BELO HORIZONTE	4.521	2%
CE	FORTALEZA	4.180	2%
AM	MANAUS	4.022	1%
SP	SAO PAULO	3.685	1%
SP	CAMPINAS	3.696	1%
RJ	RIO DAS OSTRAS	3.239	1%
SP	SAO JOSE DOS CAMPOS	3.281	1%
PA	BELEM	2.463	1%
BA	ALAGOINHAS	3.396	1%
ES	VITORIA	2.959	1%
RJ	DUQUE DE CAXIAS	2.281	1%
<i>DIVERSOS</i>	<i>OUTROS 1.889 MUNICÍPIOS</i>	<i>83.451</i>	<i>30%</i>
<u>TOTAL</u>		<u>275.695</u>	<u>100%</u>

Fonte: Sistema de informações gerenciais da AMS (SIG-AMS). (Petrobras, 2013h).

A AMS dispõe de um portfólio de cobertura abrangente nas áreas ambulatorial, hospitalar, psicológica, fonoaudiológica, farmacêutica, nutricional, odontológica, entre outras. Para isso, disponibiliza uma rede com mais de 20 mil prestadores credenciados, distribuídos pelo Brasil, entre profissionais de saúde, clínicas, laboratórios e hospitais.

Uma característica marcante da PETROBRAS é que apesar de ser considerada uma operadora de grande porte (mais de 100.000 beneficiários), a mesma manteve o modelo de Autogestão por RH, patrocinada e com administração própria, interna à estrutura da empresa. Semelhante à PETROBRAS, destacam-se como Autogestões por RH de grande porte as também estatais Caixa Econômica Federal (Reg. ANS 31292-4) e Correios (Reg. ANS 35376-1).

As demais Autogestões de grande porte, são geridas por entidades paralelas especializadas, geralmente fundações e/ou associações de empregados e

aposentados, a exemplo das duas maiores Autogestões do país, a CASSI do Banco do Brasil (Reg. ANS 34665-9) e GEAP do Governo Federal (Reg. ANS 32308-0).

Dentro da estrutura da PETROBRAS, a gestão do Benefício AMS é dividida basicamente entre duas unidades organizacionais: a unidade corporativa de Recursos Humanos (RH), responsável pela gestão estratégica e normativa, e a unidade de Serviços Compartilhados (COMPARTILHADO), responsável pela gestão operacional do benefício. Sob esta divisão de papéis e responsabilidades na gestão do benefício, há inclusive um documento interno denominado Acordo de Nível de Serviço, pactuado entre as duas unidades, o qual institui uma relação de cliente-prestador de serviço, entre RH e COMPARTILHADO respectivamente.

Porém, além destas duas principais, e mesmo internamente dentro das estruturas do RH e do COMPARTILHADO, observa-se uma grande dispersão da gestão e governança do Benefício AMS, entre diversas unidades organizacionais, algumas com estrutura especializada e dedicada, outras com dedicação parcial e não especializada, e ainda outras unidades que eventualmente são envolvidas nos processos do Benefício AMS. O quadro 5 exemplifica esta dispersão da gestão do benefício na região da Bacia de Campos:

Quadro 5 – Exemplo de dispersão de atividades da AMS entre diferentes unidades da estrutura da Petrobras na região da Bacia de Campos

Sigla da Unidade	Nível de estrutura	Descrição	Atribuições	Estrutura
COMPARTILHADO /RBC/SAMS	GERENCIA	Gerência de Serviço de AMS da Regional Bacia de Campos dos Serviços Compartilhados	Responsável pela gestão operacional de Credenciamento e Autorizações da AMS na região da Bacia de Campos e no estado do Espírito Santo	Especializada e dedicada a AMS
COMPARTILHADO /RSUD/SAMS	GERENCIA	Gerência de Serviço de AMS da Regional Sul-Sudeste dos Serviços Compartilhados	Responsável pela gestão operacional de Pagamentos da AMS para a região da Bacia de Campos e do estado do Espírito Santo	Especializada e dedicada a AMS

Sigla da Unidade	Nível de estrutura	Descrição	Atribuições	Estrutura
COMPARTILHADO /RBC/NS	GERENCIA	Gerência de Núcleo de Serviços da Regional Bacia de Campos dos Serviços Compartilhados	Responsável pelos postos de atendimento a empregados e aposentados, denominados Postos Avançados dos Serviços Compartilhados, nos quais cerca de 70% dos atendimentos são relacionados ao Benefício AMS	Não especializada e parcialmente dedicada
COMPARTILHADO /RBC/SMS	GERENCIA	Gerência de Serviços de Segurança, Meio Ambiente e Saúde da Regional Bacia de Campos dos Serviços Compartilhados	Responsável pelas atividades especializadas de Perícia Médica e Serviço Social da AMS na região da Bacia de Campos	Não especializada e parcialmente dedicada
JURIDICO/BC/DT	GERENCIA	Gerência Jurídica da Regional Bacia de Campos	Responsável pelos processos judiciais relacionados a AMS	Não especializada e eventualmente envolvida

Fonte: Organograma da Petrobras. (Petrobras, 2013c). Adaptado pelo autor.

A dispersão da gestão do benefício se deve ao elevado porte e dispersão geográfica da própria PETROBRAS, na qual é comum o estabelecimento de Acordos internos de compartilhamento de instalações, serviços e consequentes rateios de gastos entre diferentes unidades a fim de otimizar os recursos da empresa. Devido a esta característica de dispersão da gestão do benefício, internamente é comum a utilização da denominação Função AMS, a qual corresponde aos processos da AMS dispersos entre diversas unidades da companhia.

Assim como ocorreu em todo mercado brasileiro de saúde suplementar, o Benefício AMS foi fortemente impactado pela regulamentação da ANS a partir do ano 2000. Neste mesmo período, a própria PETROBRAS passou por um grande

processo de transformação e evolução que a conduziram a posição de 7º maior empresa de energia do mundo (PETROBRAS, 2013f).

Os desafios presentes da companhia, de atender as expectativas do mercado mundial de energia, e da geração de riqueza para o Brasil, obtendo sucesso na exploração econômica dos campos gigantes do Pré-sal brasileiro, exigem um grande esforço de concentração em suas atividades comerciais.

Ao mesmo tempo, as partes interessadas na saúde suplementar no Brasil estão em permanente e intenso debate na agenda regulatória da ANS, o que exige um nível cada vez maior de especialização das operadoras para sua manutenção e competitividade no mercado.

Neste contexto, pairam-se sempre dúvidas quanto a real capacidade da Autogestão da PETROBRAS se manter competitiva no mercado de saúde suplementar, ou pelo menos a oportunidade de transferir a gestão do Benefício AMS para uma instituição externa, seja ela subsidiária ou mesmo uma operadora privada de saúde.

3 COMPETITIVIDADE

3.1 CONCEITO E ABORDAGENS DA COMPETITIVIDADE

Competitividade é um termo comumente utilizado na comunidade de Administração, porém, o seu conceito apresenta variações entre diferentes linhas teóricas (TEIXEIRA, 2005).

Ferraz, Kupfer e Haguenuer (1995) destacam que a maioria dos estudos relacionam o conceito de competitividade ao de desempenho comercial e/ou a eficiência operacional das organizações, tradicionalmente traduzidos em indicadores econômicos ou financeiros.

Por desempenho comercial entende-se a margem de participação de uma firma em relação ao consumo total de determinado produto em um dado mercado. Quanto maior a participação de mercado, maior a competitividade da firma.

Como eficiência operacional compreende-se a capacidade de uma firma em converter insumos em produtos com o máximo de rendimento, ou seja, a capacidade de gerar lucros em sua operação. Neste atributo, a firma detentora de técnicas mais produtivas é considerada mais competitiva.

Machado-da-Silva e Barbosa (2002) entendem que estas abordagens são restritas ao Ambiente Técnico, na qual a competitividade está ligada à obtenção, manutenção e uso de recursos apropriados para alcançar indicadores quantitativos de qualidade, produtividade, eficiência e desempenho econômico, interpretados como expressões de competência, valorização e competitividade.

Ferraz, Kupfer e Haguenuer (1995) criticam as abordagens tradicionais, restritas ao ambiente técnico, justificando que são limitadas à análise do comportamento passado de indicadores, e que, portanto, não elucidam relações mais complexas e dinâmicas que explicam a evolução da competitividade de um mercado.

Porter (1999) ressalta que não basta à organização garantir a eficiência operacional, o que, por si só, não garante um padrão adequado de competitividade. A análise da competitividade, com base apenas em padrões técnicos decorre da incapacidade dos gestores empresariais em distinguir eficiência operacional de

estratégia competitiva. Para o autor, as ferramentas gerenciais que visam ao aumento da produtividade, a busca da qualidade e da velocidade (como gestão da qualidade total, benchmarking, reengenharia e gestão da mudança), apesar de proporcionarem melhorias e ganhos operacionais, não garantem uma posição privilegiada e de sustentação da empresa no longo prazo.

Machado-da-Silva e Barbosa (2002) reforçam a crítica às abordagens tradicionais, afirmando que a competição organizacional não se dá apenas por meio de fatores econômicos, o Ambiente Técnico, mas também por fatores sócio culturais, o Ambiente Institucional. As organizações também sofrem pressões dos diversos *stakeholders* para se adequarem aos padrões de conduta socialmente aceitos, dotados de componentes simbólicos, tais como: reputação de eficiência, prestígio e conduta socialmente legitimada.

Pettigrew e Whipp (1993 apud MACHADO-DA-SILVA; BARBOSA, 2002) defendem que para se analisar a competitividade é preciso ter em mente a influência dos padrões setoriais e das características sócio culturais presentes nas organizações e no ambiente em que atuam.

Machado-da-Silva e Barbosa (2002) ainda ressaltam que as mudanças ambientais de diferentes ordens – políticas e sociais, ambientais e tecnológicas, novas configurações dos atores sociais e novos concorrentes no mercado, em padrões de consumo e nos indicadores econômicos – afetam os padrões de competitividade empresarial e precisam ser consideradas no processo de tomada de decisão estratégica em organizações.

Nesta direção, Scott (1987) defende que a competitividade também está ligada à capacidade da organização de entender e gerir os recursos simbólicos, mediante a adequação às normas e padrões de conduta socialmente valorizados, que correspondem às expectativas dos atores no contexto no qual atuam. A atenção da organização a essas normas e valores, socialmente construídos e instituídos, garante a sua permanência e legitimidade no contexto ambiental, permitindo a ela melhor acesso aos recursos materiais e econômicos.

Concluimos esta sessão sintetizando, e elegendo, o conceito de competitividade de Ferraz, Kupfer e Haguener (1995), descrita como a capacidade da empresa formular e implementar estratégias concorrenciais, que lhe permitam ampliar ou conservar, de forma duradoura, uma posição sustentável no mercado.

3.2 MODELOS DE ANÁLISE DE COMPETITIVIDADE

Encontramos na literatura duas principais referências de modelos de análise de competitividade: o modelo de Estratégia e Vantagem Competitiva de Porter (1989), e o modelo desenvolvido por Ferraz, Kupfer e Haguenaer (1995), pesquisadores do Instituto de Economia Industrial da UFRJ, denominado Estudo da Competitividade da Indústria Brasileira (ECIB).

3.2.1 Estratégia e vantagem competitiva

Porter (1989) define estratégia competitiva como: a busca de uma posição competitiva favorável em uma indústria, e que visa estabelecer uma posição lucrativa e sustentável contra as forças que determinam a concorrência na indústria.

Esta busca, primeiramente, baseia-se na análise da estrutura industrial, dos padrões concorrenciais, e da rentabilidade média de um determinado mercado, o que é determinado pela interação de cinco forças:

- a ameaça de novos entrantes/concorrentes;
- a ameaça de serviços ou produtos substitutos;
- o poder de negociação dos compradores;
- o poder de negociação dos fornecedores;
- e a rivalidade entre os concorrentes.

Diante da estrutura identificada, o segundo passo seria verificar a posição relativa da empresa dentro do seu mercado, ou seja, se a sua rentabilidade é acima ou abaixo da média do mercado.

Naturalmente, a estratégia competitiva da empresa deve levá-la a obter e manter uma rentabilidade superior a média de mercado no longo prazo, o que demonstra sua maior habilidade em lidar com as cinco forças competitivas em relação aos seus concorrentes. Isso somente é possível se a empresa possuir, ou desenvolver no longo prazo, alguma vantagem competitiva em relação aos seus concorrentes.

A vantagem competitiva existe quando os compradores reconhecem um maior valor agregado nos produtos e serviços de uma empresa em relação aos dos seus concorrentes.

Apesar de inúmeras variáveis entre vantagens e desvantagens de uma empresa em relação aos seus concorrentes, o valor agregado superior percebido advém de duas formas básicas: o baixo custo e a diferenciação. O baixo custo é quando a empresa oferece benefícios equivalentes aos da concorrência, porém à preços mais baixos. A diferenciação ocorre quando a empresa oferece benefícios tão superiores aos da concorrência que compensam o preço mais caro pago pelos compradores.

Sendo assim, a partir da análise da estrutura industrial, do posicionamento relativo da empresa, e dos tipos básicos de vantagens competitivas, Porter (1989) sugere a existência de três estratégias competitivas genéricas: a liderança de custo, a diferenciação e o enfoque.

A estratégia de Liderança de custo ocorre quando a empresa foca a sua gestão para a oferta ampla de produtos de baixo custo. As fontes de vantagem de custo variam e dependem da estrutura da indústria. Elas podem ser obtidas através de economias de escala, tecnologia de produção patenteada, e acesso privilegiado a matérias primas.

A Diferenciação é quando uma empresa busca atributos de exclusividade em seu mercado. A partir da identificação e seleção das características mais valorizadas no mercado, a empresa desenvolve produtos com o máximo de benefícios agregados, e sua singularidade é recompensada com um preço-prêmio pago pelos compradores.

Tanto na Liderança de custos quanto na Diferenciação, o escopo competitivo é amplo, ou seja, a empresa compete em todo o segmento de compradores e linhas de produtos daquela indústria.

Já a estratégia de Enfoque, é justamente quando uma empresa seleciona e restringe a sua atuação a uma determinada linha de produtos, grupo comprador ou mercado geográfico. Tem como premissa de que a empresa especializada é capaz de atender a um determinado nicho de mercado de forma mais efetiva ou eficiente do que os concorrentes que competem no mercado amplo de uma indústria.

Também no Enfoque, as fontes básicas de vantagem competitiva são as mesmas: o menor custo e a diferenciação. Sendo assim, esta estratégia subdivide-se em Enfoque no custo ou Enfoque na diferenciação.

Apesar da abstração das três estratégias genéricas sugeridas frente às infinitas singularidades entre empresas e indústrias, Porter (1989) ressalta que, em se tratando de estratégia, a empresa não pode objetivar um posicionamento de meio-termo ou se propor a integralizar as três simultaneamente, pois esta postura reflete uma mediocridade estratégica, e leva a crer que na prática a empresa não desenvolverá vantagem competitiva alguma frente aos seus concorrentes, e que no longo prazo caminha para um desempenho e rentabilidade abaixo da média do mercado.

Outra observação importante é que para o sucesso na implementação de qualquer uma das estratégias genéricas propostas, é necessário verificar se a empresa possui vocação cultural, liderança, qualificação e estrutura adequadas ao objetivo proposto.

Segundo Porter (1989), toda empresa, por menor que seja, e mesmo que de forma não explícita ou consciente, possui alguma estratégia competitiva. Logicamente que as grandes corporações se destacam por utilizarem processos formais e explícitos para o desenvolvimento de suas estratégias.

3.2.2 Estudo da competitividade da indústria brasileira ECIB

Ferraz, Kupfer e Haguenaer (1995) pressupõem que o desempenho competitivo no mercado, e a eficiência produtiva decorrem da capacitação acumulada pelas empresas que, por sua vez, reflete as estratégias competitivas adotadas em função de suas percepções quanto ao processo concorrencial e ao meio ambiente econômico onde estão inseridas.

Em outras palavras, podemos dizer que a gestão da competitividade da empresa se baseia na dinâmica de uma cadeia sucessiva e interativa entre três fatores: Estratégia-Capacitação-Desempenho.

Inicialmente colocam como elemento básico de análise a Capacitação de uma empresa em quatro áreas de competência, denominados Fatores Empresariais: gestão, inovação, produção e recursos humanos.

As atividades de gestão compreendem as tarefas administrativas em geral, o planejamento estratégico, os estudos de desempenho, os controles administrativos, as finanças e o marketing.

As atividades de inovação compreendem os esforços de pesquisa e desenvolvimento de novos processos e produtos, além do intercâmbio de tecnologias.

As atividades de produção referem-se aos recursos produtivos propriamente ditos, como: equipamentos e instalações, métodos de organização da produção e de controle da qualidade.

A dimensão de Recursos humanos contempla o conjunto de condições que caracterizam as relações de trabalho, envolvendo os diversos aspectos que influenciam a produtividade, qualificação e flexibilidade da mão-de-obra.

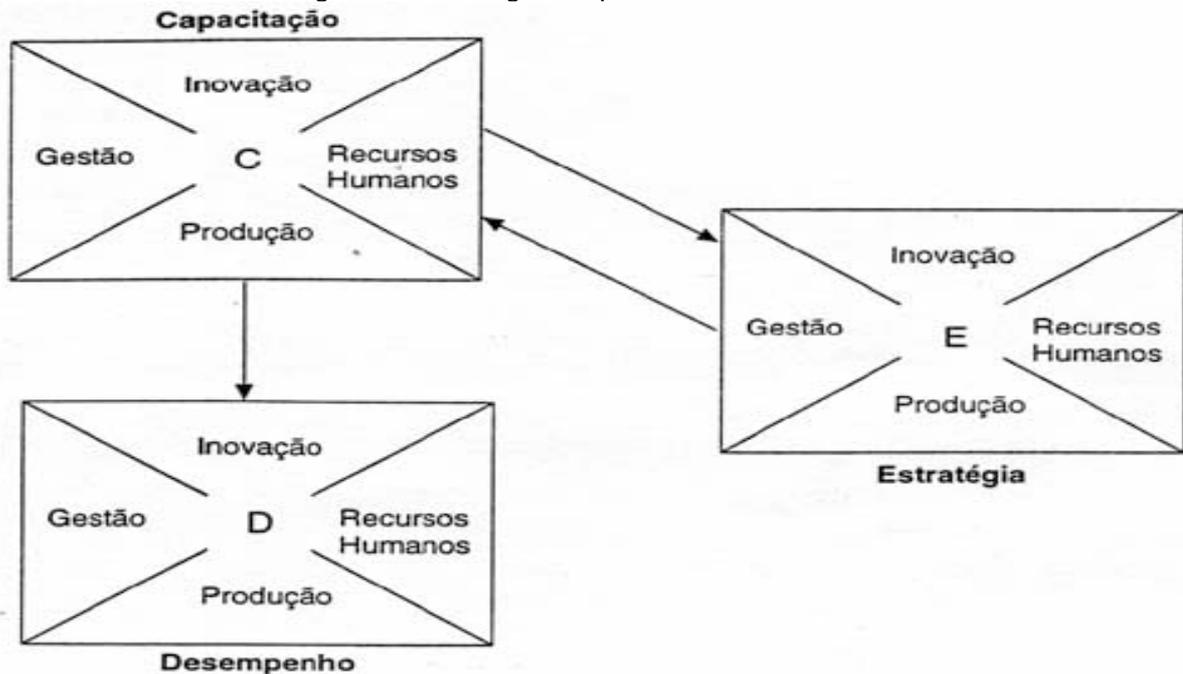
A empresa possui diferentes níveis de capacitação em cada uma das quatro áreas de competência, e em relação aos seus concorrentes de mercado.

O desempenho competitivo no mercado, e a eficiência produtiva, decorrem da capacitação acumulada da empresa comparada à de seus concorrentes e ao meio ambiente econômico onde estão inseridas, num dado período de tempo. Logo, numa perspectiva do tempo presente e estática, as empresas competitivas seriam simplesmente aquelas de maior capacitação.

Porém, no longo prazo, o que se observa é que as empresas se movem permanentemente em busca de aprendizado e desenvolvimento, ou seja, novas capacitações, a fim de conquistarem espaço no mercado concorrencial em que atuam.

Logo, primariamente, as estratégias competitivas das empresas devem visar a incorporação de novas capacitações para a manutenção ou melhora de seu desempenho no longo prazo.

Figura 3 – Estratégia competitiva no nível da firma



Fonte: Ferraz, Kupfer e Haguenaer (1995).

Além de Fatores Empresariais, as firmas formulam suas estratégias competitivas apoiadas em avaliações sobre os fatores externos determinantes da competitividade no mercado em que atuam, são eles: os Fatores Estruturais e os Fatores Sistêmicos.

Os Fatores Estruturais dizem respeito à configuração da indústria, aos padrões de funcionamento e condutas dominantes do mercado, e ainda aos instrumentos legais e de regulação voltados ao setor. A depender da relevância da empresa, ela pode exercer influência sob estes fatores diretamente relacionados ao seu ambiente de competição.

Os Fatores Sistêmicos são os mais abrangentes e dispersos, tendo a firma nenhum ou pouquíssimo poder de influência, e referem-se a aspectos macroeconômicos, político institucionais, sociais e infra estruturais.

Para Ferraz, Kupfer e Haguenaer (1995), cada empresa é parte integrante de um sistema econômico que favorece ou restringe a realização de seu potencial competitivo, de modo que o desempenho alcançado, as estratégias praticadas e a capacitação acumulada não dependem exclusivamente da firma.

As análises de competitividade devem levar em conta simultaneamente os processos internos à empresa e à indústria, e as condições econômicas gerais do

ambiente produtivo, pois, em qualquer das três instâncias podem haver fontes de vantagens competitivas para as firmas.

Para obter êxito na formulação e implementação de estratégias, é fundamental identificar os fatores críticos de sucesso competitivo, verificar sua relevância no presente e sua trajetória futura.

Neste sentido, o desempenho competitivo superior de uma firma é função da adequação de sua estratégia e capacitação aos padrões de concorrência do mercado no longo prazo.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O presente trabalho é preponderantemente de natureza exploratória, pois, conforme descrito por Gil (1994 apud MOREIRA; CALEFF, 2008), tem o objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de um fenômeno, neste caso, a gestão de competitividade de uma organização de Autogestão em saúde.

A estratégia metodológica adotada foi o estudo de caso, que segundo Yin (2010) é o mais recomendado quando se colocam questões do tipo “como” e “por quê”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos, e quando o foco do estudo se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Yin (2010) desenvolve o conceito do estudo de caso destacando a forte interação entre contexto e fenômeno a ser estudado, e assim, atribui duas definições técnicas para o estudo de caso, que a distingue das outras estratégias metodológicas: a primeira diz respeito ao escopo, e a segunda refere-se à coleta e tratamento de dados propriamente dito:

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos (YIN, 2010).

A investigação do estudo de caso enfrenta a situação tecnicamente diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado conta com múltiplas fontes de evidência, com os dados precisando convergir de maneira triangular, e como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e análise de dados (YIN, 2010).

O interesse de realização desta pesquisa concentra-se justamente na interação contraditória do fenômeno da competitividade, força motriz capitalista, no contexto de organizações sem fins lucrativos, Autogestões em saúde, atuando em um mercado fortemente regulado.

Para realização deste trabalho foi selecionada a Autogestão da PETROBRAS, denominada Benefício AMS ou Função AMS. A sua escolha se deu pelo natural envolvimento do pesquisador que atua nesta organização, pelo interesse da organização em desenvolver conhecimento acerca de suas possibilidades de atuação na saúde suplementar, e pelo próprio caráter exploratório e empírico advindo da formação do Mestrado Profissional.

Quadro 6 – Dados cadastrais da PETROBRAS na ANS

Nome Fantasia	PETROBRAS
Registro ANS	36687-1
CNPJ	33.000.167/0001-01
Razão Social	PETRÓLEO BRASILEIRO S.A.- PETROBRAS
Situação do Registro ANS	Ativa
Total de Consumidores	268.894 (Competência: Dez/2012)
Segmentação	Operadora médico-hospitalar

Fonte: Dados cadastrais de operadoras. (ANS, 2013c).

Baseado no trabalho de Gama (2003) e documentos da ANS (2010) é possível distinguir três principais variáveis de segmentação das Autogestões: o tipo de organização institucional, a gestão operacional e o porte da operadora. É pressuposto que estas variáveis diferenciem significativamente o contexto de atuação e o próprio desempenho entre as Autogestões.

Conforme demonstrado no quadro 7, da combinação destas três variáveis, pode-se encontrar 18 diferentes variações de Autogestão. Destas 18, é identificada

a organização selecionada para este estudo de forma a retratar a abrangência e diversidade de contexto das autogestões.

Quadro 7 – Segmentação de Autogestões de saúde

Tipo de organização	Gestão operacional	Porte da operadora (número de beneficiários)		
		Pequeno porte de 1 até 9.999 beneficiários	Médio porte de 10.000 até 99.999 beneficiários	Grande porte a partir de 100.000 beneficiários
Sem mantenedor (Autopatrocínadas)	Gestão própria			
	Contratada (Administradora)			
Com mantenedor através de departamento de Recursos humanos	Gestão própria			PETROBRAS
	Contratada (Administradora)			
Com mantenedor através de entidade jurídica paralela	Gestão própria			
	Contratada (Administradora)			

Fonte: Próprio autor, adaptado de Gama (2003) e ANS (2000).

4.2 DELIMITAÇÕES DA PESQUISA

4.2.1 Delimitação teórica

Considerando a complexidade e abrangência das abordagens relacionadas ao estudo da competitividade em relação à disponibilidade de tempo e de recursos do pesquisador, a presente pesquisa foi limitada à análise dos Fatores Empresariais (FERRAZ, KUPFER; HAGUENAUER, 1995) da Autogestão de Saúde da Petrobras, sobre os quais a empresa detém poder de decisão e podem ser controlados ou modificados através de condutas ativas assumidas, correspondendo às variáveis no processo decisório.

Originalmente a metodologia de Ferraz, Kupfer e Haguenuer (1995) para análise dos Fatores Empresariais foi desenvolvida para segmentos Industriais, e é segmentada basicamente em quatro áreas de competência: Gestão, Inovação, Produção e Recursos Humanos.

Porém nesta pesquisa está se tratando de serviços de assistência suplementar de saúde, e, portanto, identificou-se a necessidade de ampliar as perspectivas de análise, de modo a detalhar e aprofundar o conhecimento acerca deste segmento empresarial. O quadro 8 ilustra a adaptação realizada neste trabalho:

Quadro 8 – Demonstração de adaptação de Fatores Empresariais para pesquisa de Operadora de Autogestão de Saúde

Dimensões originais FERRAZ, KUPFER E HAGUENAUER (1995)	Dimensões adaptadas para análise de competitividade de Operadora de Saúde Suplementar
Gestão	Gestão e estrutura organizacional
	Relacionamento com partes interessadas
Inovação	Inovação
Produção	Prestação de serviços
	Gestão e estrutura operacional
Recursos humanos	Recursos humanos

Fonte: Próprio autor, adaptado de Ferraz, Kupfer e Haguenuer (1995).

No caso em estudo, o fator Gestão e estrutura organizacional compreende o modelo de governança, as relações internas de hierarquia, poder e cooperação entre diferentes departamentos, bem como atividades de tomada de decisões estratégicas, planejamento, controle e avaliação de desempenho.

O fator Relacionamento com partes interessadas compreende principalmente Beneficiários, Credenciados e Patrocinadora, esta última, no caso de Autogestão, compreende ao relacionamento interno com a alta administração da Petrobras.

O fator Inovação compreende esforços de pesquisa e desenvolvimento de novos serviços, ampliação de portfólio e coberturas, melhorias de processos e ações estratégicas de campanhas e programas de promoção da saúde.

O fator Prestação do serviço compreende o portfólio, as condições de cobertura, os canais de acesso aos serviços da operadora, a qualidade da rede de prestadores, a facilidade, a agilidade e/ou dificuldade para acesso aos serviços.

O fator Estrutura operacional e recursos de tecnologia da informação e comunicação compreende os recursos produtivos propriamente ditos, como: equipamentos e instalações, métodos de organização da produção, controle da

qualidade, além do próprio esforço de gestão e manutenção da produtividade dos processos.

O fator Recursos humanos contempla o conjunto de condições que caracterizam as relações de trabalho, envolvendo os diversos aspectos que influenciam a produtividade, a qualificação, a versatilidade, a criatividade, o comprometimento, o aprendizado e desenvolvimento das pessoas na organização.

4.2.2 Delimitação de unidade de análise

Devido à dispersão da gestão da Função AMS na Petrobras, esta pesquisa foi limitada às unidades organizacionais com estrutura especializada e dedicada ao benefício. No quadro abaixo destaca-se apenas as unidades com estrutura especializada e dedicada a gestão do benefício, as quais delimitam a abrangência desta pesquisa:

Quadro 9 – Unidades da Petrobras dedicadas à gestão e operação do benefício AMS

Sigla da Unidade	Nível de estrutura	Abrangência	Descrição
RH/AMS	GERENCIA	CORPORATIVA	Gerência de AMS da unidade Corporativa de Recursos Humanos
PLAFIN/GFB	GERENCIA	CORPORATIVA	Gerência Financeira de Benefícios da unidade Corporativa de Planejamento Financeiro
COMPARTILHADO/ SERV/SAMS	GERENCIA SETORIAL	CORPORATIVA	Gerência Setorial de Serviços de AMS da unidade Corporativa de Serviços Compartilhados
TIC/TIC-CORP/TIC- RH/CAMS	COORDENA ÇÃO	CORPORATIVA	Coordenação de AMS da Gerência Corporativa de Tecnologia da Informação e Comunicação dedicada a unidade de Recursos Humanos
COMPARTILHADO/ RBC/SAMS	GERENCIA	REGIONAL	Gerência de Serviço de AMS da Regional Bacia de Campos dos Serviços Compartilhados
COMPARTILHADO/ RSUD/SAMS	GERENCIA	REGIONAL	Gerência de Serviço de AMS da Regional Sul-Sudeste dos Serviços Compartilhados

COMPARTILHADO/ RNNE/SAMS	GERENCIA	REGIONAL	Gerência de Serviço de AMS da Regional Norte-Nordeste dos Serviços Compartilhados
COMPARTILHADO/ RSPS/SAMS	GERENCIA	REGIONAL	Gerência de Serviço de AMS da Regional São Paulo-Sul dos Serviços Compartilhados

Fonte: Organograma da Petrobras. (Petrobras, 2013c). Adaptado pelo autor.

4.3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

O Estudo de Caso não representa uma amostragem, o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias (generalização analítica), e não enumerar frequências (generalização estatística), ou seja, presume-se análises “generalizantes” e não “particularizantes” (YIN, 2010). Por esse motivo, o papel do levantamento bibliográfico ganha peso nos Estudos de Caso, tornando-se uma parte essencial no desenvolvimento do estudo.

YIN (2010) descreve o uso de múltiplas fontes de dados (evidência de duas ou mais fontes, convergindo sobre os mesmos fatos ou descobertas) como um dos princípios dominantes para qualquer esforço de coleta de dados em estudos de caso.

Primeiramente, conforme já mencionado, a análise dos Fatores Empresariais da Função AMS está segmentado em seis perspectivas: Gestão e estrutura organizacional, Relacionamento com partes interessadas, Inovação, Prestação de serviços, Gestão e estrutura operacional e Recursos humanos.

Para o desenvolvimento deste trabalho foram utilizadas basicamente as seguintes fontes de dados: entrevistas com gestores da Função AMS (ver quadro 9, p. 43), documentos internos da organização, e dados de mercado, disponibilizados principalmente pela ANS, entre outras instituições.

As entrevistas foram estruturadas, e seguiram o roteiro de perguntas descritos no Apêndice A.

Basicamente foram selecionados para entrevista pessoas com cargo de gerência, e profissionais que frequentemente participam de grupos de trabalho e/ou projetos estratégicos da AMS.

Devido à abrangência dos seis fatores empresariais em análise, limitação de disponibilidade de tempo dos entrevistados, e a necessidade de aprofundamento no conteúdo de cada um dos fatores, cada entrevistado dedicou-se a responder questões relacionadas a um ou dois fatores empresariais específicos. A escolha do fator associado a cada respondente foi determinado pela aproximação funcional do entrevistado com o respectivo fator e balanceado entre diferentes unidades ou regionais, as quais se integram à Função AMS na PETROBRAS. Cada fator foi avaliado por um mínimo de três entrevistados. O quadro 10 ilustra a distribuição de entrevistas realizadas.

Quadro 10 – Matriz de distribuição de entrevistados vs. fatores empresariais

Entrevistado	Gestão	Relac. partes interessadas	Inovação	Prestação de serviços	Gestão e estrutura operacional	Recursos humanos
Entrevistado 1	X	X				
Entrevistado 2	X					
Entrevistado 3			X			X
Entrevistado 4	X				X	
Entrevistado 5					X	
Entrevistado 6			X			X
Entrevistado 7						X
Entrevistado 8				X		
Entrevistado 9				X		
Entrevistado 10		X				
Entrevistado 11					X	
Entrevistado 12		X				
Entrevistado 13		X				
Entrevistado 14			X			
Entrevistado 15				X		
Entrevistado 16					X	
Entrevistado 17		X				
Entrevistado 18					X	
Entrevistado 19		X				
Entrevistado 20	X					
Entrevistado 21	X		X	X		X
<i>Total de Entrevistas</i>	5	6	4	4	5	4

Fonte: Próprio autor.

Conforme a estrutura de entrevista do Apêndice A, os próprios entrevistados indicaram as fontes documentais que sustentavam as informações prestadas por eles, e, cujos originais foram disponibilizados para análise neste trabalho.

Além dos documentos indicados pelos entrevistados, também foram analisadas informações e documentos, internos e externos à organização, levantados e obtidos diretamente pelo pesquisador.

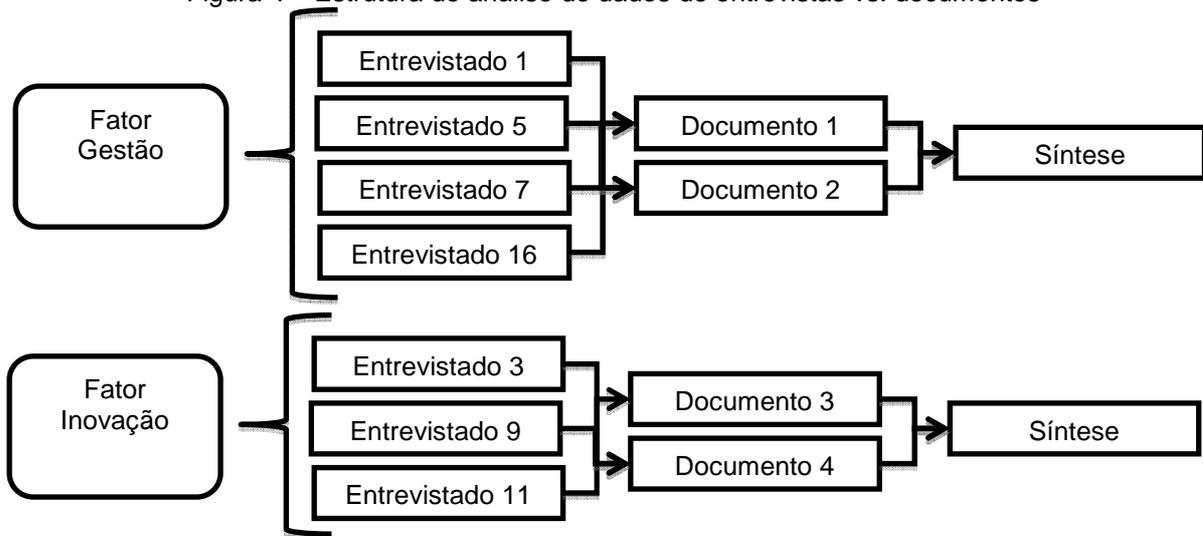
4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

A estratégia de análise de dados tem como base verificar a proposição teórica de que as Autogestões, mesmo sem a intenção de competir por lucro no mercado de saúde suplementar, necessitam criar e manter uma estrutura capaz de acompanhar as demandas de competitividade do setor sob pena de que a sua obsolescência em relação às demais operadoras de saúde leve a uma substituição do modelo de gestão.

Como técnica de análise de dados a pesquisa busca a construção da explanação para a proposição teórica. Segundo Yin (2010), “Explicar” um fenômeno é estipular um conjunto presumido de elos causais sobre ele, ou “como” e “por que” algo aconteceu. O mesmo acrescenta que este procedimento é relevante principalmente para os estudos de caso exploratórios.

A partir dos dados obtidos das entrevistas semi estruturadas, dos documentos internos, e dos dados externos, devidamente segmentados e organizados em capítulos entre as seis diferentes perspectivas dos Fatores Empresariais, realizou-se o cruzamento e consolidação das informações das diversas fontes, para então desenvolver-se uma síntese acerca de cada uma dos Fatores Empresariais da Função AMS na Petrobras. A figura 4 exemplifica o método utilizado neste trabalho, a partir de dois dos seis fatores empresariais utilizados na análise:

Figura 4 – Estrutura de análise de dados de entrevistas vs. documentos



Fonte: Próprio autor.

Ao final, ainda foi desenvolvido um capítulo de Considerações Finais com uma análise crítica consolidada e integrada de todos os fatores empresariais analisados individualmente, de forma a responder a questão de pesquisa relacionada à competitividade da Autogestão da Petrobras.

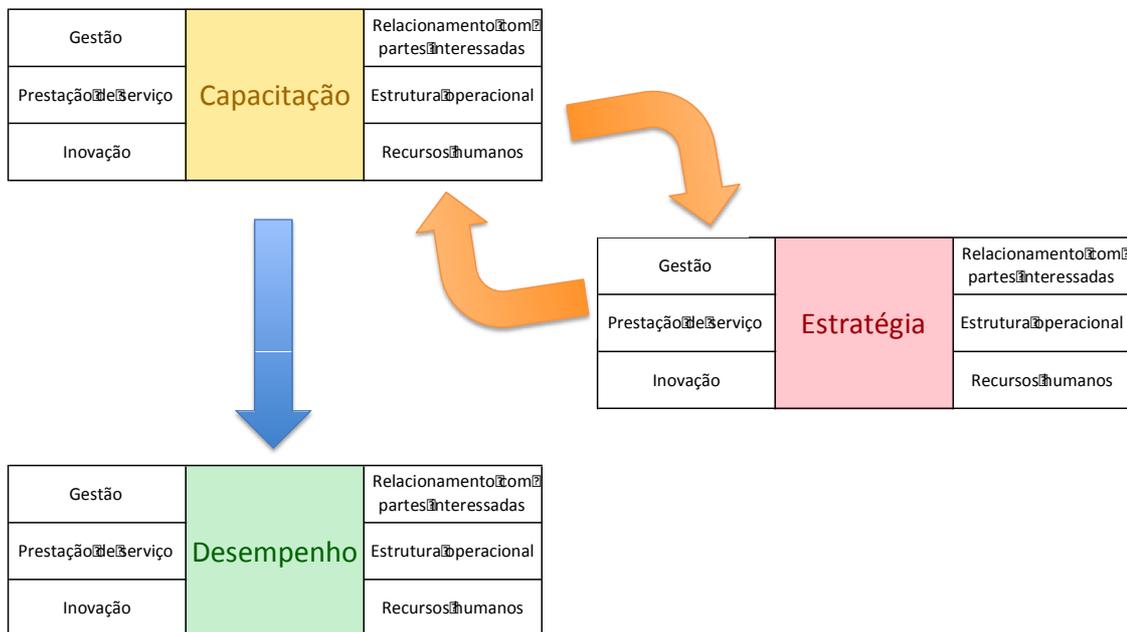
5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados da pesquisa está organizado e segmentado por cada um dos seis fatores empresariais destacados:

- Gestão e estrutura organizacional
- Relacionamento com partes interessadas
- Inovação
- Prestação do serviço
- Estrutura operacional
- Recursos humanos

Para cada um dos seis fatores empresariais, foi feita uma análise conforme o ciclo virtuoso da competitividade: Estratégia-Capacitação-Desempenho proposto por Ferraz, Kupfer e Haguenaer (1995). A Figura 5 ilustra a dinâmica de análise dos fatores empresariais na AMS.

Figura 5 – Ciclo virtuoso da competitividade para operadoras de saúde



Fonte: Próprio autor. Adaptado de Ferraz, Kupfer e Haguenaer (1995).

5.1 GESTÃO E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O fator Gestão e estrutura organizacional compreende o modelo de governança, as relações internas de hierarquia, poder e cooperação entre diferentes departamentos, bem como atividades de tomada de decisões estratégicas, planejamento, controle e avaliação de desempenho.

Desempenho

As entrevistas demonstraram consenso entre os gestores que a gestão da AMS encontra-se num grau de desvantagem em relação a outras operadoras de mercado.

Os principais indicadores de desempenho da gestão são o Desembolso Assistencial Médio per capita e o Custo Administrativo Médio per capita.

O Desembolso Assistencial médio per capita é a razão entre o montante total de desembolso com despesas assistenciais e a quantidade total de beneficiários da AMS, conforme relação abaixo:

$$\text{Desembolso assistencial médio per capita} = \frac{\text{Montante desembolso com cobertura de despesas assistenciais}}{\text{Quantidade total de beneficiários}}$$

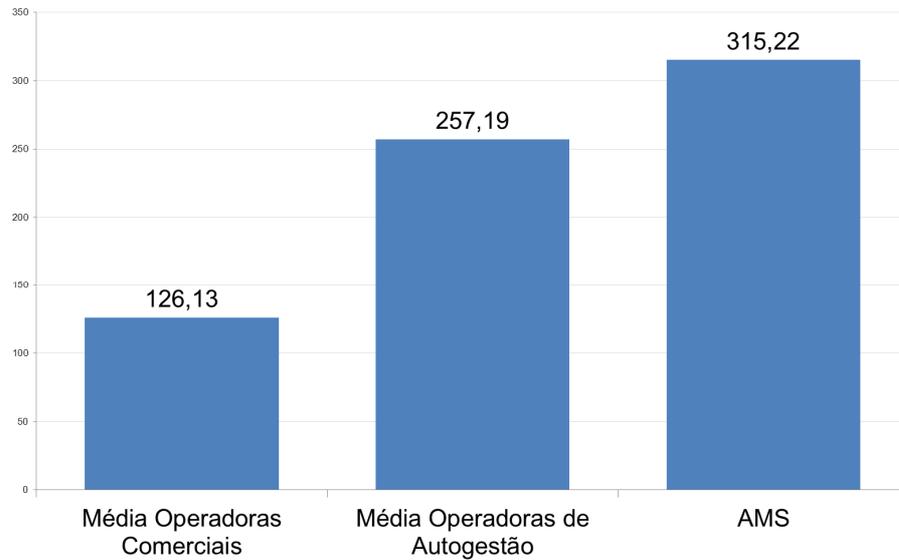
O Custo Administrativo médio per capita é a razão entre o montante total de despesas administrativas para gestão do benefício e a quantidade total de beneficiários da AMS.

$$\text{Custo Administrativo médio per capita} = \frac{\text{Montante desembolso com despesas administrativas}}{\text{Quantidade total de beneficiários}}$$

Ambos os indicadores encontram-se acima da média de mercado, e distantes dos parâmetros competitivos, segundo relatórios de consultorias especializadas contratadas pela própria companhia.

Apenas como uma referência ilustrativa e aproximativa do leitor, desprovida de rigor científico, uma vez que não se teve acesso à integralidade e padronização dos dados necessários para as respectivas medições dos indicadores de Desembolso Assistencial e Custo Administrativo, simulamos os respectivos indicadores a partir dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), para o período de dezembro de 2012, e pelo Relatório de Demonstrações Contábeis da Petrobras do ano base de 2012.

Gráfico 4 – Simulação de comparativo de Desembolso Assistencial médio per capita mensal no ano base de 2012. (Valores em R\$ reais)

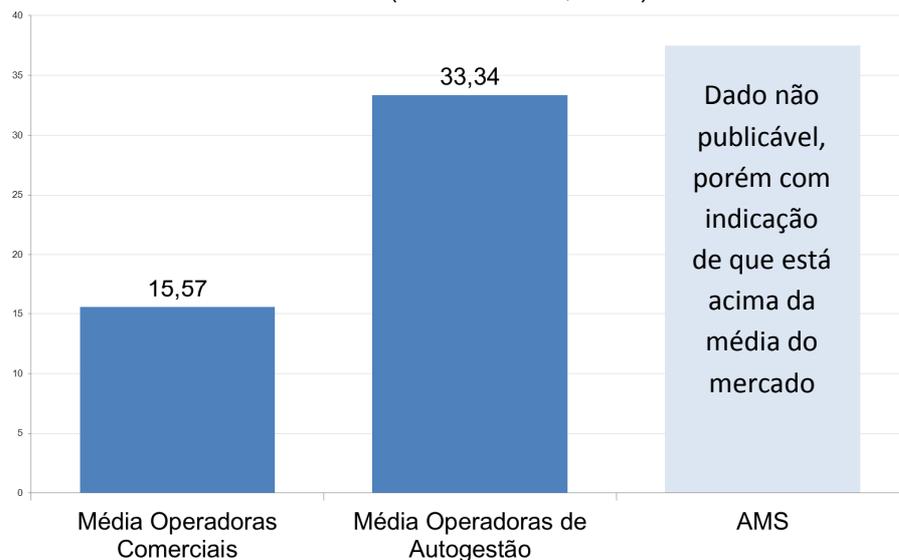


Fonte: Dados econômico-financeiros das operadoras e seguradoras de planos de saúde (ANS, 2013d) e Demonstrações contábeis em 31 de dezembro de 2012 e 2011 (Petrobras, 2013b).

A simulação simplificada indica que o custo assistencial da AMS é superior às médias dos segmentos comerciais e de outras operadoras de Autogestão do Brasil.

O Relatório de Demonstrações Contábeis não disponibiliza a informação de custo administrativo da AMS. Desta forma, apenas como referência, apresenta-se a simulação do Custo Administrativo médio per capita.

Gráfico 5 – Simulação de comparativo de Custo Administrativo médio per capita mensal no ano base de 2012. (Valores em R\$ reais)

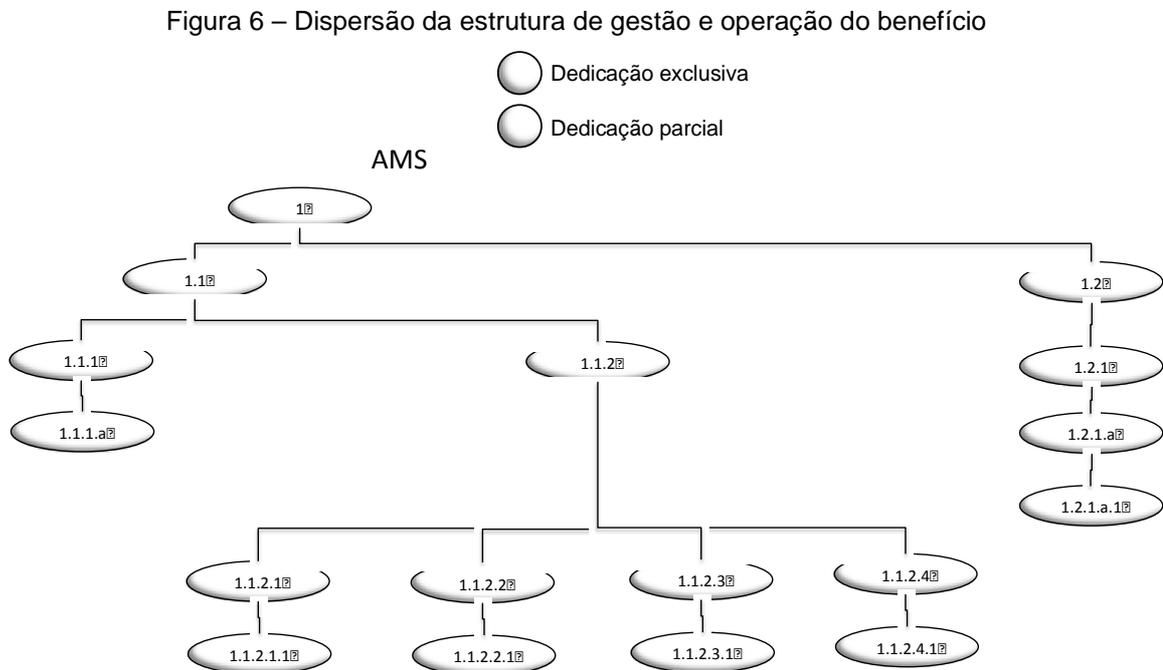


Fonte: Dados econômico-financeiros das operadoras e seguradoras de planos de saúde (ANS, 2013d) e Demonstrações contábeis em 31 de dezembro de 2012 e 2011 (Petrobras, 2013b).

Ressalta-se que as informações são o resultado de uma simulação simplificada, que servem apenas de referência para uma visão aproximada da realidade de gestão de operadoras de saúde.

Capacitação

Conforme já mencionado em capítulo anterior, a principal marca da gestão do benefício AMS é a fragmentação de sua estrutura em diversas unidades organizacionais independentes. A figura 6 exemplifica como está dispersa a estrutura da Função AMS dentro da Petrobras:



# Identificação	Denominação
1.	Presidência
1.1	Diretoria Corporativa e de Serviços
1.1.1	Gerência Executiva de Recursos Humanos
1.1.1.a	Gerência Corporativa de AMS
1.1.2	Gerência Executiva de Serviços Compartilhados
1.1.2.a	Gerência Corporativa de Serviços
1.1.2.a.1	Gerência Corporativa de Serviços de AMS
1.1.2.1	Gerência Geral da Regional Sudeste dos Serviços Compartilhados
1.1.2.1.1	Gerência de Serviços de AMS da Regional Sudeste
1.1.2.2	Gerência Geral da Regional Bacia de Campos dos Serviços Compartilhados
1.1.2.2.1	Gerência de Serviços de AMS da Regional Bacia de Campos
1.1.2.3	Gerência Geral da Regional São Paulo-Sul dos Serviços Compartilhados
1.1.2.3.1	Gerência de Serviços de AMS da Regional São Paulo-Sul

1.1.2.4	Gerência Geral da Regional Norte-Nordeste dos Serviços Compartilhados
1.1.2.4.1	Gerência de Serviços de AMS da Regional Norte-Nordeste
1.2	Diretoria de Engenharia, Tecnologia e Materiais
1.2.1	Gerência Executiva de Tecnologia da Informação e Comunicação
1.2.1.a	Gerência de Tecnologia da Informação para área de Recursos Humanos
1.2.1.a.1	Coordenação de Tecnologia da Informação para área de AMS

Fonte: Organograma Petrobras (Petrobras, 2013c). Adaptado pelo próprio autor.

O exemplo mais evidente desta fragmentação é a recorrente citação dos entrevistados acerca das dificuldades de conciliação técnica e de gestão entre as áreas de RH, COMPARTILHADO e TIC, em todas as instâncias decisórias da Função AMS, o que frequentemente repercute negativamente na operação e desempenho do serviço.

Apesar da histórica divisão da gestão do benefício AMS entre RH e COMPARTILHADO datar do ano de 2003, e de, desde então, haver registros de conflito interno de gestão, somente no ano de 2011 foi pactuado um Acordo formal de divisão de responsabilidades.

Porém, ainda com o estabelecimento de Acordo corporativo entre as áreas, foram observados depoimentos dos entrevistados e documentos que evidenciam a permanência de conflito técnico e de gestão entre as áreas durante o ano de 2012, alguns até explicitados como descumprimento do respectivo acordo.

Mesmo dentro da estrutura do COMPARTILHADO, a gestão do benefício é dispersa e desdobrada em quatro gerências regionais praticamente independentes. A maior evidencia deste quadro de divergência de gestão entre regionais é o fato do processo AMS ser o único dentre aqueles gerenciados pelo COMPARTILHADO a não participar do programa de certificação em Sistemas de Gestão Integrados (SGI), contemplando as normas ISO 9001, ISO 14001 (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION, 2008, 2004) e OHSAS 18001 (BRITISH STANDARDS INSTITUTION, 1999). Tendo o programa obtido a primeira certificação em 2009, até o ano de 2012 não houve nenhuma iniciativa de incorporar a AMS ao escopo de certificação.

Durante o ano de 2012, a PETROBRAS promoveu reestruturação que resultou na criação de uma nova Diretoria Corporativa e de Serviços, sob a qual foram alocadas e passaram a ser subordinadas concomitantemente as unidades de RH e COMPARTILHADO, antes separadas em diretorias diferentes. Esta nova

estrutura naturalmente aproxima e encurta o caminho decisório dentro da Função AMS, e com isso espera-se que haja conciliação e atuação integrada entre as áreas.

Além de RH e COMPARTILHADO, é altamente relevante citar o distanciamento e dificuldade de integração com a área de TIC, atualmente subordinada à Diretoria de Tecnologia e de Materiais (DT&M). A falta de integração com a área de TIC pode ser evidenciada pelo consenso entre os entrevistados do déficit tecnológico da AMS em relação à operadoras de porte similar no mercado.

Uma evidência do déficit tecnológico é o baixo grau de automação dos processos e o baixo índice de troca eletrônica de informações da AMS com os seus credenciados, apesar dos incentivos promovidos pela ANS com a implementação do padrão TISS (ANS, 2007).

A área de TIC não tem contrato de gestão ou metas a cumprir dentro da Função AMS, sendo recorrentes as ausências desta área em inúmeros fóruns de discussão e grupos de solução de problemas.

Outra característica já especulada e confirmada pelas entrevistas é o fato da AMS ser uma atividade não lucrativa e paralela ao negócio fim da companhia, o que explica (mas certamente não justifica) o preterimento nos investimentos e recursos necessários ao aperfeiçoamento da gestão do benefício para acompanhar o nível de competitividade do mercado de saúde suplementar.

Estratégia

As entrevistas e documentos consultados evidenciam como estratégia para reverter a situação de desvantagem da gestão da AMS a substituição do atual sistema informatizado de gestão da AMS, software de propriedade da Petrobras denominado SAM0810, por um contrato de licença de uso de software de fornecedor, especializado em soluções de tecnologia de informação e comunicação para operadoras de saúde brasileiras.

A expectativa dos gestores é de que um novo software proporcione a automação de processos, a troca eletrônica de informações com prestadores em tempo real, o que poderá reduzir significativamente a estrutura operacional, aumentar a qualidade e velocidade dos processos na AMS, além de oferecer indicadores de gestão de forma fácil e rápida para a tomada de decisão.

Na contratação proposta, o fornecedor especializado, e que também presta o mesmo serviço a diversas operadoras, já seria responsável por manter e

desenvolver atualização de estrutura de TIC aderente ao mercado e às normas de regulação da ANS.

Além de software, a proposta é que o fornecedor absorva atividades administrativas acessórias, como atendimento Call Center e digitalização de documentos.

Segundo os entrevistados, com essa estratégia a gestão da AMS, atualmente onerada com elevada carga de trabalho operacional e gestão de contingências devido ao déficit tecnológico, poderia se concentrar em atividades de gestão propriamente dita e no desenvolvimento de ações de sustentabilidade e qualidade do benefício.

Quanto à expectativa de desempenho com este projeto, os gestores esperam que o Fator Gestão da AMS alcance uma posição de igualdade em relação às demais operadoras do mercado, principalmente em relação ao indicador de Custo Administrativo, no curto prazo, e de Custos Assistenciais, no longo prazo.

5.2 RELACIONAMENTO COM PARTES INTERESSADAS

O fator Relacionamento com partes interessadas compreende Beneficiários, Credenciados e Patrocinadora, esta última, no caso de Autogestão, compreende o relacionamento interno com a alta administração da Petrobras.

5.2.1 Relacionamento com Beneficiários

Desempenho

Para avaliar o desempenho da AMS no fator Relacionamento com beneficiários o principal indicador utilizado é o Índice de Satisfação dos Empregados com a AMS (ISE-AMS).

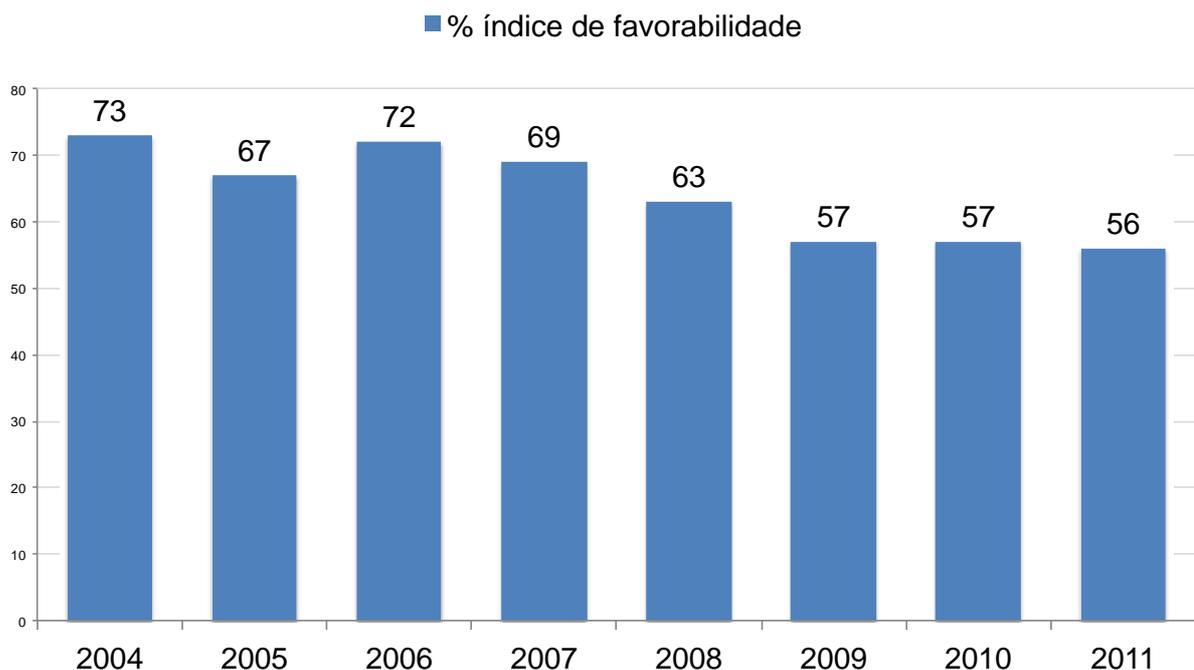
O ISE-AMS é obtido a partir da Pesquisa de ambiência organizacional (PETROBRAS, 2013d) da Petrobras, na qual são abordados diversos fatores que influenciam o desempenho dos Recursos Humanos da companhia, tais como:

Liderança, Treinamento, Comunicação, Remuneração, Benefícios. Dentro do fator Benefícios, há um, e somente um, quesito específico da AMS: “A AMS atende às minhas necessidades”.

Para todos os itens da pesquisa, verifica-se o grau de concordância com a afirmativa, numa escala de Likert clássica com cinco pontos: Discordo plenamente, Discordo parcialmente, Não concordo nem discordo, Concordo parcialmente, Concordo plenamente. O ISE-AMS é obtido pela proporção de respondentes que concordam parcialmente ou plenamente com a afirmativa “A AMS atende as minhas necessidades”, em relação ao total de respondentes do quesito.

O gráfico 6 apresenta o histórico de resultado do item “A AMS atende as minhas necessidades” entre o período de 2004 à 2011.

Gráfico 6 – Resultado do item “a AMS atende às minhas necessidades” da pesquisa de ambiência organizacional da Petrobras



Fonte: Pesquisa de ambiência organizacional (PETROBRAS, 2012a).

Nos últimos anos, principalmente com a retomada do crescimento da companhia e com a entrada de novos empregados o benefício vem perdendo espaço no conceito dos empregados em relação a outros benefícios.

Especula-se que os empregados, diante da ampliação de benefícios oferecidos pela empresa nos últimos anos, e com o aumento dos custos da saúde em geral, acima dos índices de inflação, tem a expectativa de que a Petrobras passe

a custear integralmente as despesas assistenciais da AMS. Atualmente, o custo da AMS é rateado na proporção de 70% para a Petrobras e 30% de participação dos empregados e aposentados.

Uma vez que os beneficiários custeiam parte das despesas, e que a Petrobras está sujeita a regulamentação da ANS, percebe-se uma tendência de mudança para o relacionamento baseado no consumidor em substituição a percepção assistencialista original do benefício, o que implica em maiores expectativas quanto à qualidade dos serviços disponibilizados pela AMS.

Capacitação

No relacionamento com beneficiários a AMS possui a característica de Benefício assistencial, sem fins lucrativos, e voltado para a satisfação dos beneficiários, típico de uma Autogestão por Recursos Humanos.

Além dos canais de comunicação convencionais, são frequentes os casos em que os beneficiários que tratam assuntos relacionados à AMS com colegas de trabalho, com profissionais Assistentes Sociais nas unidades operacionais, com seus gerentes imediatos ou com as associações e sindicatos de classe.

As unidades da Função AMS são constantemente exigidas por flexibilidade para atendimento às mais diferentes demandas assistenciais dos beneficiários, apoiadas por diversos atores dentro da própria companhia.

A cada dois anos, a AMS é pauta das mais discutidas no Acordo Coletivos de Trabalho (ACT). Através deste instrumento observa-se o quanto evoluiu o benefício na direção de ampliar o acesso de novos beneficiários e as coberturas assistenciais de modo a atender às expectativas dos trabalhadores.

Pressupõe-se que a proximidade da estrutura administrativa da Autogestão, dentro da mesma companhia, favorece a barganha dos beneficiários quanto à seguridade e ampliação da cobertura assistencial, e um maior comprometimento da PETROBRAS com a prestação do serviço.

Um bom exemplo deste atributo, inato a modalidade de Autogestão, é encontrado na Pesquisa Anual de Benefícios da consultoria Towers Watson. Historicamente, em todas as suas edições, o segmento de Autogestão na área de saúde é o melhor pontuado em satisfação pelos empregados entre as empresas pesquisadas.

Quadro 11 – Nível de satisfação com benefício saúde

Tipo de operadora	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito
Administradora de planos	14%	68%	16%	2%
Autogestão	24%	61%	9%	6%
Cooperativa médica	8%	81%	8%	3%
Medicina de grupo	7%	76%	10%	7%
Seguradora	17%	75%	6%	2%

Fonte: 29ª pesquisa sobre planos de benefícios no Brasil (TOWERS WATSON, 2012).

Estratégia

O atual desempenho no relacionamento com beneficiários não é resultante de uma estratégia formal ou específica da Função AMS para atuação no mercado de saúde suplementar. A AMS é parte integrante de uma estratégia ampla e histórica da Petrobras na valorização de seus Recursos Humanos.

A evolução do ACT demonstra a iniciativa da empresa em ampliar não só as coberturas da AMS, mas de todos os benefícios concedidos pela empresa, além da própria remuneração salarial.

Estas iniciativas reforçam o caráter assistencial do benefício concedido pela Petrobras em atenção aos seus empregados, e o distancia da convencional relação de consumo atribuída aos planos de saúde comerciais que visam o lucro.

5.2.2 Relacionamento com prestadores de serviços credenciados

Desempenho

Atualmente não existem indicadores estruturados e reconhecidos para avaliação do fator Relacionamento com credenciados na AMS. As entrevistas indicaram percepção dos gestores de que neste fator a AMS está numa posição de vantagem em relação as demais operadoras de saúde.

Para evidenciar a situação de vantagem foram citados diversos episódios de impasse negocial com credenciados, seguidos de paralização de atendimentos aos

planos de saúde em geral, exceto a AMS devido ao histórico de bom relacionamento.

Outras evidências citadas são eventuais títulos de reconhecimento de parceria expedidos pelos próprios credenciados individualmente ou através de suas associações. No ano de 2012, por exemplo, a AMS obteve premiação da revista Diagnóstico, especializada em negócios da área de saúde no estado da Bahia, como segunda melhor operadora de Autogestão do estado, baseado nos critérios de pesquisa e público especializado formado por executivos e empresários do setor.

No ano de 2009, foi realizada uma enquete sobre Satisfação dos credenciados quanto ao relacionamento com a AMS (PETROBRAS, 2010x) com representantes dos seus credenciados das regiões norte e nordeste a qual indicou que 89% destes representantes estavam muito satisfeitos com o relacionamento com a AMS.

Capacitação

Assim como acontece em diversas áreas em que atua, a relevância econômica no cenário nacional, a reputação social de atuação ética e comprometida com a sustentabilidade, entre outros atributos e valores agregados a marca Petrobras, são replicados para a Função AMS e também reconhecidas no mercado de saúde suplementar.

Segundo os entrevistados, os prestadores de serviço de saúde prezam pelo credenciamento com a Petrobras devido à sua solidez financeira, com capacidade de melhor remuneração, a fidelidade de seus beneficiários, que em geral permanecem no plano por toda vida, além da flexibilidade da empresa para cobertura de serviços não convencionais, diante de situações de sinistro imprevisível.

Nas entrevistas os gestores relataram que diversas operadoras exercem forte pressão de custos sobre os prestadores, extrapolando o custo propriamente dito dos serviços, mas, sob a forma de transferência do risco dos sinistros, o que conseqüentemente pode refletir em baixa qualidade da assistência.

Diferente de operadoras que adotam postura rígida e restrita sobre contratos, a AMS mantém conduta de flexibilidade para negociação sobre problemas operacionais não previstos contratualmente, com foco na manutenção do acesso e qualidade dos serviços para os seus beneficiários.

Estratégia

Para o atual desempenho no relacionamento com credenciados não houve uma estratégia formal ou específica da Função AMS para atuação no mercado de saúde suplementar. O que se observa é a natural réplica dos valores praticados pela Petrobras no relacionamento com os seus fornecedores em geral, nos diversos segmentos econômicos onde atua.

A partir do Acordo de Nível de Serviço em 2011, a responsabilidade de negociação com prestadores credenciados foi transferida do COMPARTILHADO para a unidade de RH corporativo, e em Outubro de 2012 foi criada uma gerência corporativa de Rede Credenciada.

Porém, apesar destas iniciativas, não foi identificada nenhuma estratégia formal ou espontânea que venha a alterar ou reforçar significativamente este cenário de réplica de valores de relacionamento com fornecedores praticada pela Petrobras.

5.3 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

O fator Prestação do serviço compreende o portfólio, as condições de cobertura, os canais de acesso aos serviços da operadora, a qualidade da rede de prestadores, a facilidade, a agilidade e/ou dificuldade para acesso aos serviços.

Desempenho

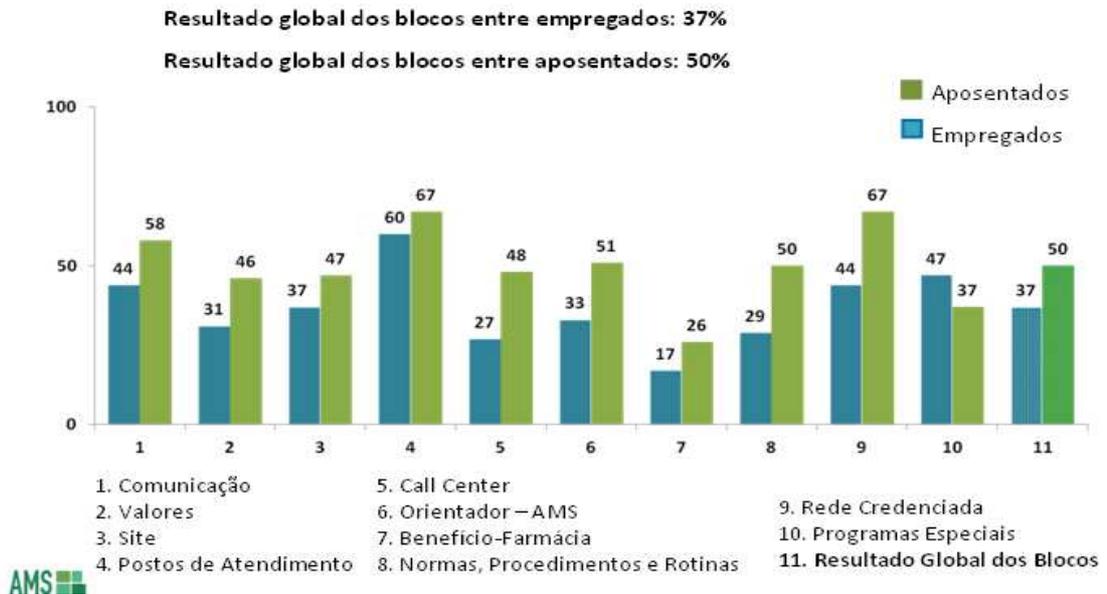
Em relação à prestação de serviços, os entrevistados demonstraram consenso de que a Petrobras está numa posição de vantagem em relação às demais operadoras do mercado devido principalmente à disponibilidade e qualidade de sua rede credenciada, ao seu portfólio abrangente de cobertura, e a disponibilidade de Postos de Atendimento humanizado em praticamente todas as instalações da empresa.

Em 2011 a Petrobras realizou pesquisa específica sobre a qualidade dos serviços prestados pela AMS entre os usuários deste mesmo ano, a partir da qual se estabeleceu um Índice de Satisfação de Usuários (ISU-AMS).

Gráfico 7 – Resultado da pesquisa de satisfação dos serviços de AMS

Satisfação com a AMS -2011

Resultado Global dos Blocos (Fatores)



Fonte: Pesquisa de satisfação com a AMS. (PETROBRAS, 2011b).

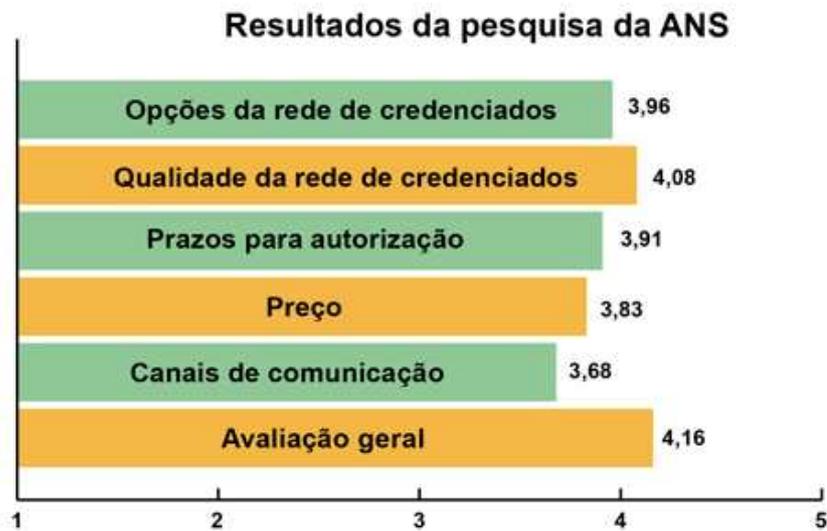
Conforme entrevistas, o resultado da pesquisa indica que a rede de credenciados e os Postos de Atendimento são os dois fatores de melhor percepção de qualidade dos serviços da AMS. Por outro lado, os índices de Call Center e Benefício Farmácia apresentam índices abaixo da média (gráfico 7).

Outro fato relevante é a nítida diferença de percepção de qualidade do benefício entre os empregados ativos e os aposentados. Conforme já mencionado no item 5.2, nos últimos anos, os empregados da ativa tem demonstrado queda na satisfação com o benefício, principalmente os mais novos que já percebem o benefício com uma visão de consumidor, e menos assistencialista que os aposentados.

No ano de 2012 os beneficiários da AMS participaram de uma pesquisa de satisfação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esta pesquisa faz parte do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e segue uma metodologia padronizada para todas as operadoras.

A pesquisa revelou um percentual de 88% dos entrevistados que afirmaram que recomendariam a AMS como plano de saúde, sendo que para 63% a AMS supera as expectativas.

Gráfico 8 – Resultado da pesquisa de satisfação da ANS 2012



Fonte: Resultado da pesquisa de satisfação dos beneficiários 2012 (ANS, 2013e).

Adicionalmente, a ANS realiza também o acompanhamento do índice de reclamações de beneficiários com operadoras de planos de saúde.

O Índice é a relação entre a média de reclamações dos beneficiários de planos privados de saúde contra uma operadora com registro ativo na ANS nos últimos seis meses e a média do número de beneficiários desta operadora no mesmo período, e padronizado numa escala de 10.000 beneficiários, segundo a fórmula:

$$IR = (R/B) \times 10.000$$

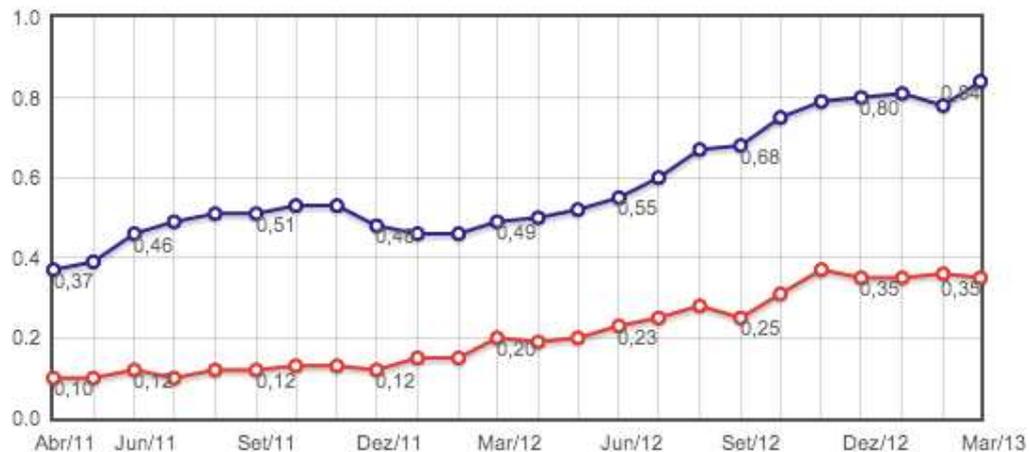
Onde “IR” é o Índice de reclamações, “R” é o total de reclamações dos últimos seis meses e “B” é a soma do número de beneficiários dos últimos seis meses.

O gráfico abaixo demonstra o índice da AMS em relação a média das operadoras de mesmo porte. O índice representa, portanto, o número de reclamações para cada grupo de 10.000 usuários.

Gráfico 9 – Índice de reclamações de beneficiários da Petrobras

■ Índice médio das operadoras de grande porte

■ Índice da AMS



Fonte: Dados cadastrais de operadoras. (ANS, 2013c).

Os resultados da ANS indicam a AMS no mais alto nível de qualidade entre as operadoras de saúde do Brasil, e o que corresponde a percepção dos gestores entrevistados.

Capacitação

A prestação do serviço da AMS está bastante ligada à unidade de Serviços Compartilhados, ou simplesmente COMPARTILHADO, que realiza a gestão da rede de prestadores e disponibiliza uma ampla rede de 47 postos de atendimento personalizado espalhados em inúmeros imóveis da companhia.

O COMPARTILHADO é uma unidade especializada e dedicada a prestar diversos serviços administrativos demandados pelas unidades operacionais da Petrobras, entre eles a prestação de serviços de AMS.

Desde a sua criação em 2003, o COMPARTILHADO nasceu com a missão de desenvolver profissionais e tecnologia especializada para soluções em serviços administrativos, demandados em larga escala e compartilhados entre diversas unidades operacionais, entre eles o serviço de AMS.

Atualmente são cerca de 778 colaboradores, distribuídos em quatro escritórios regionais, envolvidos na prestação de serviço de AMS.

É consenso entre os gestores da Função AMS de que apesar da qualidade reconhecida dos serviços a estrutura atual é muito grande e onerosa quando comparada às demais operadoras de mercado. O fato se deve ao baixo nível de

automação e padronização dos processos da AMS, oriundo da obsolescência dos recursos de tecnologia da informação e comunicação.

Conforme já mencionado no fator Gestão, o reflexo deste déficit tecnológico é o custo administrativo elevado para manutenção da qualidade dos serviços prestados. São inúmeras as situações de contingência operacional de sistemas de informação que demandam pessoas para controle manual de processos sob pena de comprometer a qualidade dos serviços.

Estratégia

Semelhante ao fator Gestão já mencionado, a Petrobras adotou como estratégia investir na substituição do atual sistema informatizado de gestão da AMS por um contrato de licença de uso de software de fornecedor especializado em soluções para operadoras de saúde.

A expectativa é de melhora significativa na troca eletrônica de informações, na estabilidade, padronização e eficiência dos processos de forma que reduzam os custos da atual estrutura operacional do serviço.

Acredita-se de que com o advento da nova tecnologia, os beneficiários ampliem a percepção da qualidade da prestação do serviço da AMS.

5.4 INOVAÇÃO

O fator Inovação compreende esforços de pesquisa e desenvolvimento de novos serviços, ampliação de portfólio e coberturas, melhorias de processos e ações estratégicas de campanhas e programas em saúde suplementar.

Desempenho

Identifica-se na AMS inúmeras iniciativas de melhorias na assistência a saúde e no aperfeiçoamento de processos de trabalho, porém, ao mesmo tempo, verifica-se que não há indicadores ou mesmo processos estruturados de gestão e avaliação das inovações implementadas no benefício.

Os Acordos Coletivos de Trabalho (ACT) e as normas regulatórias da ANS são as principais fontes de inovação do benefício, ou seja, são exógenas. Além

disso, a implementação da inovação geralmente se dá de forma contingencial de forma a cumprir os prazos pactuados com as partes interessadas, o que, por vezes, também é frustrado.

O quadro abaixo exemplifica a diversidade de iniciativas de inovação de assistência e de processos observados nos últimos anos no benefício. Porém, em nenhuma foi observado processo de planejamento ou estudo de viabilidade técnica e econômica, além disso, em nenhum dos casos são evidenciados acompanhamento de resultados das inovações.

Quadro 12 – Iniciativas de inovação na assistência a saúde na AMS

Ano	Inovação
1987	Programa de Assistência Especial (PAE)
2001	Programa de Assistência Domiciliar (PAD)
2003	Programa de Assistência a Saúde do Aposentado (PASA)
2006	Benefício Farmácia (BF)
2008	Implante dentário
2010	Reembolso de consulta diferenciada
2011	Programa de Gerenciamento do Câncer
2011	Assistência Pré Hospitalar (APH)
2011	Isenção de desconto de co-participação em atendimentos de emergência em Pronto Socorro
2011	Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas (GDC)
2011	Novo PASA
2012	Benefício Farmácia Delivery

Fonte: Acordo coletivo de trabalho (Petrobras, 2011).

O Programa de Assistência Especial (PAE), lançado em 1987, e que disponibiliza assistência especializada à beneficiários com deficiência física, mental ou sensorial, é considerado a única inovação original da AMS, sendo que, mesmo no ano corrente, e dado os seus padrões de abrangência de elegibilidade e de serviços, ainda é uma cobertura exclusiva da AMS.

Todas as demais iniciativas mencionadas no quadro 12 são réplicas de iniciativas já conhecidas e disponibilizadas à época por outras operadoras do mercado. Também, para nenhuma iniciativa, foram especificadas metas ou pelo menos estudos de avaliação de eficácia da implementação.

Como exemplo, ambas as iniciativas do Programada de Gerenciamento de Doenças Crônicas (GDC) e Novo Programa de Atenção a Saúde do Aposentado (Novo PASA) foram negociadas no ACT de 2011, com promessa de lançamento até

dezembro de 2012, porém as mesmas não foram implementadas no prazo acordado.

Além das inovações em assistência à saúde, tem-se um outro grupo de iniciativas de melhorias de processos de trabalho na AMS, as quais são apresentadas no quadro 13.

Quadro 13 – Iniciativas de inovação nos processos de trabalho na AMS

Ano	Inovação
2009	Implementação do padrão TISS da ANS
2009	Cartão inteligente AMS
2009	Portal AMS
2010	Autorizador eletrônico
2010	OPME Portal UNIDAS
2011	Implementação do padrão TUSS da ANS
2011	Painel de gestão AMS

Fonte: Entrevistas e documentos internos da Petrobras.

Das iniciativas citadas no quadro 13, nenhuma pode ser considerada uma inovação gerada na AMS, todas são réplicas de inovações já observadas no mercado à época de suas implementações.

Duas das ações citadas no quadro 13 merecem destaque: a implementação do padrão TISS em 2009 e a implementação do padrão TUSS em 2011. Conforme já abordado no capítulo anterior sobre o mercado de saúde suplementar brasileiro, essas duas ações foram iniciativas da ANS para padronizar e facilitar a troca eletrônica de informações entre os diversos atores do mercado.

É importante ressaltar que o projeto TISS da ANS iniciou-se em 2003, e desde então já era uma realidade em grandes operadoras de saúde. Em 2009 ocorreu de fato apenas o encerramento do prazo para adaptação das operadoras ao novo padrão.

Apesar de atender aos requisitos mínimos estabelecidos pela ANS e adaptar suas atividades a utilização do padrão da agência, até o ano de 2012 a AMS não conseguiu efetivamente modificar seus processos de trabalho para a troca eletrônica de informações, persistindo até o momento o trâmite paralelo entre processos eletrônicos e físicos de documentos de registros de transações de serviços.

Na prática, o trânsito eletrônico de informações limita-se a atender aos requisitos mínimos da ANS, pois a totalidade dos procedimentos administrativos da AMS continuam a ser trabalhados por meio de documentos físicos e manualmente.

Outras três iniciativas do quadro 13 também merecem destaque: o módulo Autorizador eletrônico, a utilização do Portal de compras da UNIDAS, e o Painel de Gestão AMS. Apesar da expectativa de ganhos operacionais, do tempo e recursos financeiros gastos, estes projetos acabaram não sendo implementados, além de não terem sido identificados motivos excepcionais ou específicos que frustraram os projetos.

Capacitação

A AMS possui duas principais capacitações para inovação: disponibilidade de recursos para investimento em assistência e processos, e a qualificação de pessoas.

Naturalmente, todas as iniciativas demonstradas nos quadros 12 e 13 demandaram alavancagem de recursos financeiros permanentes, custos fixos, seja para integração ao portfólio de assistência ou para a criação e manutenção de um novo processo de serviço.

Dado que o custo financeiro da operação de assistência à saúde da Petrobras é insignificante diante da magnitude de sua operação no mercado de energia, para nenhuma das iniciativas citadas foi observado qualquer procedimento prévio ou póstumo de avaliação financeira.

Em outras palavras, pode-se afirmar que a Função AMS tem uma disponibilidade de recursos financeiros para projetos de assistência e de serviços muito acima da média das demais operadoras de saúde pelo fato de ser uma Autogestão no contexto de uma empresa com alto grau de alavancagem financeira.

Em relação à qualificação de pessoas, a Função AMS também se apropria da característica da Petrobras de alto investimento em qualificação de pessoal. É consenso entre os entrevistados de que os profissionais que atuam na função tem acesso a diversos programas de qualificação, desde a participação em cursos de curta duração, congressos e conferências, até cursos de mestrado e doutorado, no Brasil e no exterior, todos custeados pela própria empresa.

Estratégia

Apesar do volume de iniciativas adotadas nos últimos anos, não foi mencionado ou identificado uma estratégia formal para inovação na AMS. A inovação se desenvolve de forma desestruturada, e geralmente consiste em replicar iniciativas já praticadas pelo mercado.

A maioria das iniciativas são originadas por pressão de negociação de Acordos Coletivos de Trabalho (ACT), com o objetivo de ampliar o portfólio de cobertura assistencial, e sem nenhum tipo de estudo prévio de viabilidade técnica e econômica.

Pode-se observar que a inovação não é um fator propulsor de desenvolvimento do benefício, na verdade ela se desenvolve num contexto de acompanhar as práticas já disponíveis no mercado.

Naturalmente, devido ao monopólio sobre os beneficiários da Petrobras, a inovação na AMS é desenvolvida num contexto de solucionar problemas internos, o que difere de operadoras comerciais, que desenvolvem inovações no contexto de solucionar problemas de mercado, e com isso aumentar sua lucratividade.

5.5 ESTRUTURA OPERACIONAL

O fator Estrutura operacional e recursos de tecnologia da informação e comunicação compreende os recursos produtivos propriamente ditos, como: equipamentos e instalações, métodos de organização da produção, controle da qualidade, além do próprio esforço de gestão e manutenção da produtividade dos processos.

Desempenho

Conforme abordado no capítulo sobre o mercado de saúde suplementar brasileiro, o processo de serviço de operadoras de planos de saúde é todo baseado em trânsito e análise de informações, e, logo, conclui-se que é intensivo em tecnologia da informação.

Basicamente, para a avaliação do desempenho da estrutura operacional podem ser observados os respectivos indicadores operacionais da AMS. Porém, devido justamente à deficiência tecnológica da AMS já relatada ao longo de todo o trabalho, diversos são os relatos de indisponibilidade de recursos de tecnologia que permitam a extração de indicadores mais detalhados à gestão do benefício.

Entre os possíveis, destacamos quatro: o Índice solicitações de autorização respondidas no prazo (ISATRP), o Índice de Reembolsos Processados no Prazo

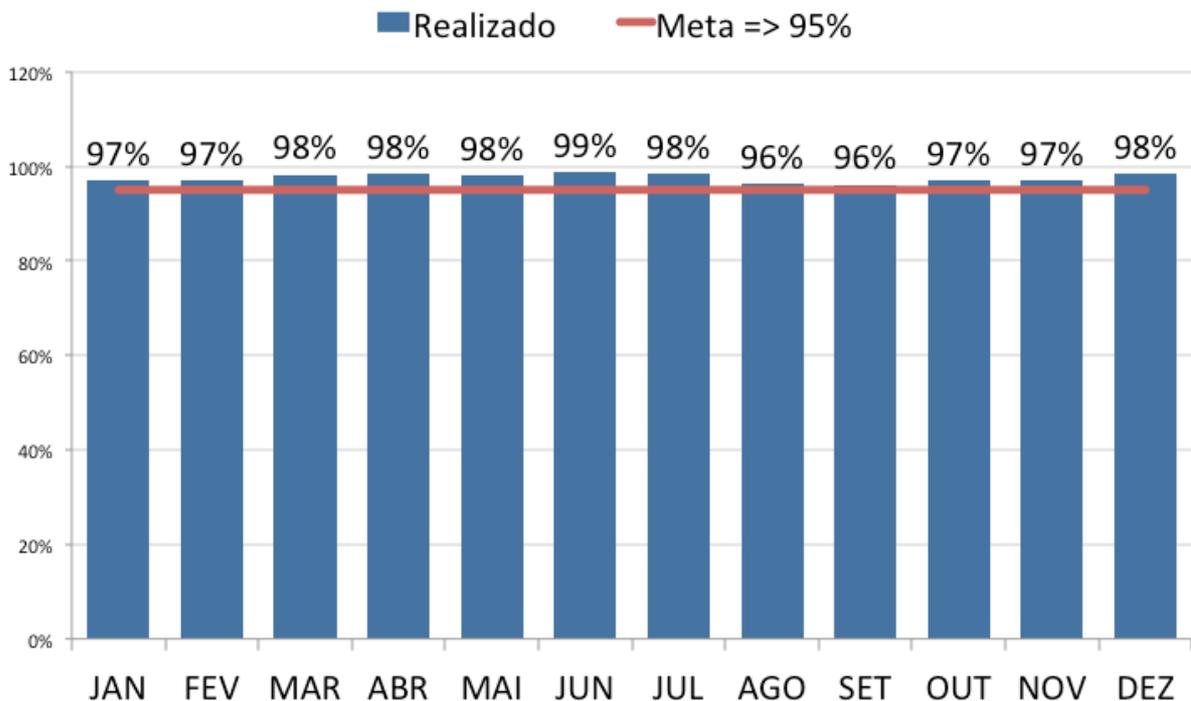
(IRPP), o Índice de manifestações do canal Fale Conosco respondidas no prazo (IMFCP) e o índice de chamadas atendidas do Call Center (ICACC).

O Índice solicitações de autorização respondidas no prazo (ISATRP) é obtido da razão entre a Quantidade de solicitações de autorização de serviços de média e alta complexidades respondidas dentro do prazo de 5 dias úteis (QSANP) e a Quantidade total de solicitações de autorização de serviços de média e alta complexidades recebidas (QSAT).

$$\text{ISATRP} = \text{QSANP} / \text{QSAT}$$

A meta estabelecida para o indicador ISATRP é de 95%, e o Gráfico 9 abaixo apresenta o resultado mês a mês do indicador durante o ano de 2012.

Gráfico 10 – Índice % solicitações de autorização de serviços de média e alta complexidades respondidas no prazo ISATRP. Ano 2012.



Fonte: Sistema de Gestão de Resultados - SIGER (PETROBRAS, 2013g).

Como pode ser observado no Gráfico 9, o desempenho da AMS na operação do processo de autorização foi satisfatório ao longo de todo o ano de 2012, alcançando a meta estabelecida. Ainda é importante ressaltar que o prazo de cinco dias úteis também é compatível com o praticado pelas demais operadoras de saúde.

No processo de autorização, a operadora verifica se os procedimentos solicitados para tratamento dos beneficiários são compatíveis com os critérios de cobertura. Mesmo sendo poucos os casos de incompatibilidade, cerca de 2% do total de solicitações, estes são o foco principal de conflitos entre a operadora, seus beneficiários e prestadores credenciados, geralmente relacionado à procedimentos de alto custo, e que em diversas ocasiões resultam em processos judiciais.

A área é considerada estratégica pois resguarda a operadora de cobranças abusivas de preços, ou mesmo procedimentos desnecessários ao tratamento dos beneficiários.

Apesar do resultado positivo do indicador durante todo o ano de 2012, os entrevistados relataram a necessidade de manutenção de uma grande estrutura de pessoal, bastante acima do observado em outras operadoras de saúde, para compensar a falta de recursos de tecnologia suficientes para suportar a elevada carga de controles internos requeridos pela gestão da AMS, além das frequentes contingências dos sistemas informatizados disponíveis.

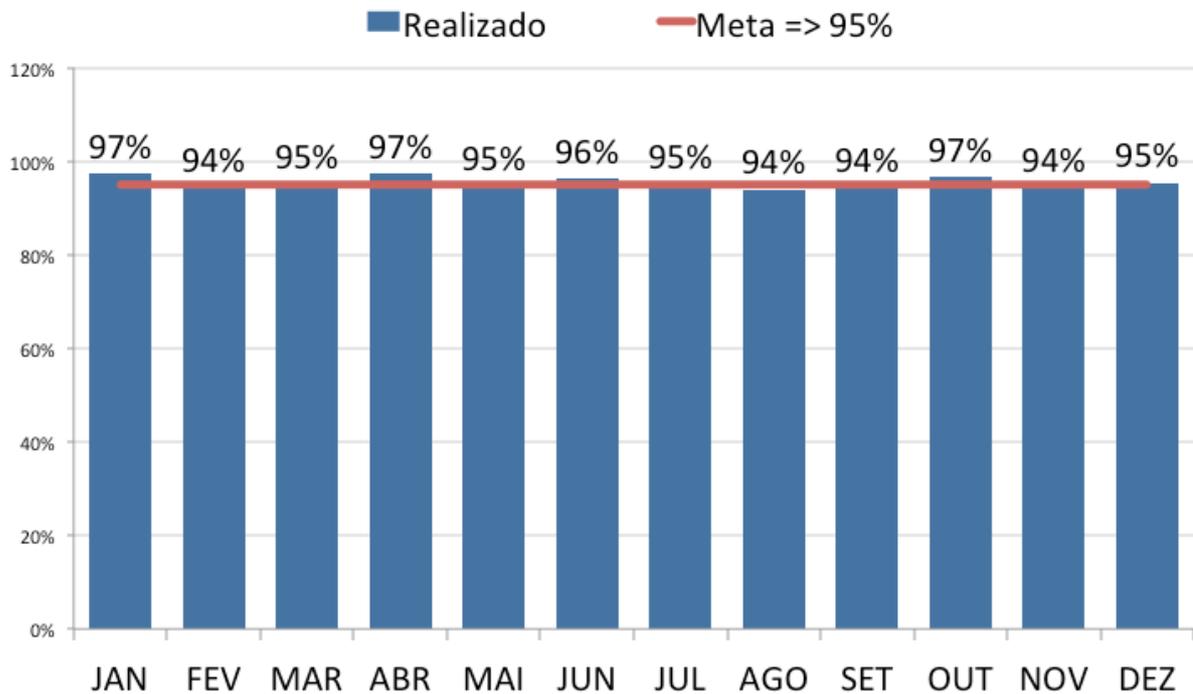
Apenas como exemplo, atualmente para operacionalização das autorizações de média e alta complexidades da AMS é necessário operar e replicar informações entre pelo menos três diferentes sistemas informatizados, enquanto que outras operadoras de mesmo porte utilizam apenas um único sistema integrado.

O segundo indicador, o Índice de Reembolsos Processados no Prazo (IRPP), é calculado pela razão entre a Quantidade de solicitações de reembolso processados no prazo de 15 dias (QRNP) e a Quantidade total de solicitações de reembolso recebidas (QRT).

$$\text{IRPP} = \text{QRNP} / \text{QRT}$$

A meta estabelecida para o indicador IRPP é de 95%, e o Gráfico 10 abaixo apresenta o resultado mês a mês do indicador durante o ano de 2012.

Gráfico 11 – Índice % de Reembolsos Processados no Prazo (IRPP)



Fonte: Sistema de Gestão de Resultados - SIGER (PETROBRAS, 2013g).

O Gráfico 10 indica um desempenho razoável na operação do processo de reembolso. Em quatro dos doze meses observados a meta não foi atingida.

Em geral, o processo de reembolso é menos complexo considerando que 80% do volume de solicitações é específico de consulta médica, que é o serviço mais simples e menos burocrático para se ter acesso.

Porém, ainda assim, para o restante do volume de procedimentos, que não a consulta médica, verificam-se relatos de dificuldades burocráticas e contingências de sistemas informatizados que, com certa frequência, impedem o cumprimento da meta integralmente.

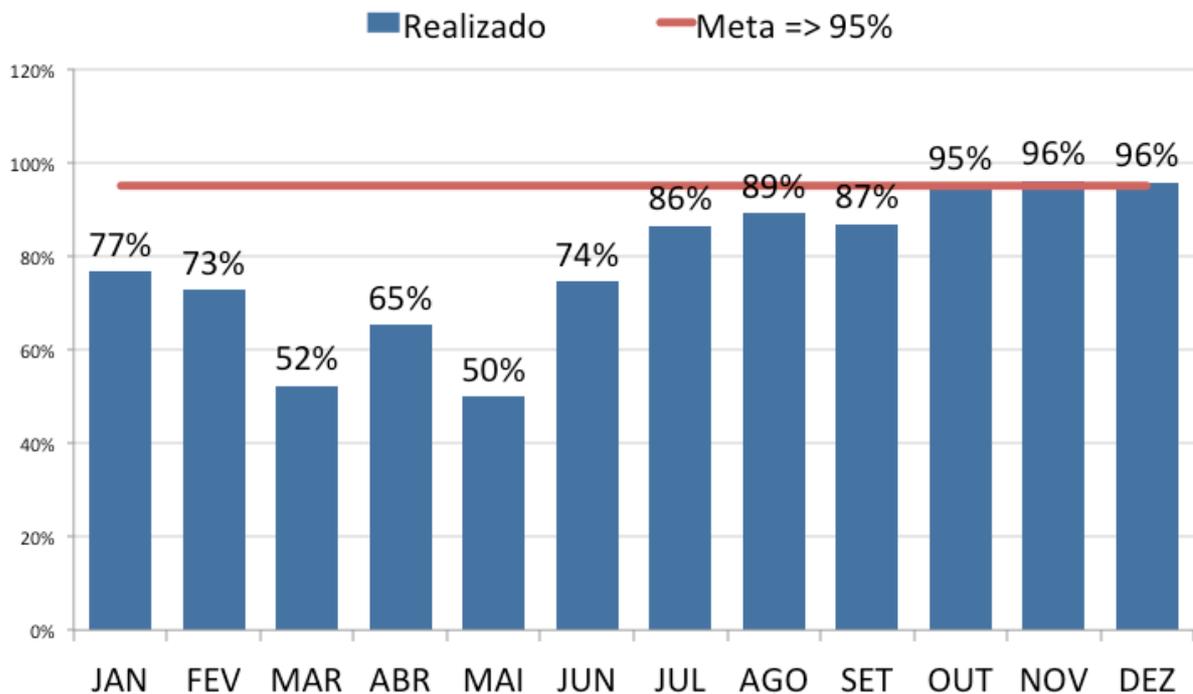
Já o terceiro indicador, Índice de Chamadas Atendidas do Call Center (IACC), é obtido da razão entre a Quantidade de chamadas atendidas pelo Call Center (QCA) e a Quantidade total de tentativas de chamadas (QCT), variáveis extraídas do sistema informatizado de gestão de ligações. Para melhor entendimento, menciona-se que do total de tentativas de chamadas(QCT), além das chamadas atendidas (QCAT), existem as chamadas rejeitadas (QCR), quando do congestionamento das linhas do call center, e as chamadas abandonadas (QCAB), quando o usuário abandona a chamada em fila, antes do atendimento do operador. Abaixo faz-se a demonstração destas variáveis de medição:

$$\text{IACC} = \text{QCA} / \text{QCT}$$

$$\text{QCT} = \text{QCAT} + \text{QCAB} + \text{QCR}$$

A meta estabelecida para o indicador IACC é de 95%, e o Gráfico 11 abaixo apresenta o resultado mês a mês do indicador durante o ano de 2012.

Gráfico 12 – Índice % de Chamadas Atendidas do Call Center ICACC



Fonte: Sistema de Gestão de Resultados - SIGER (PETROBRAS, 2013g).

Uma vez que o Call Center é o principal canal de atendimento da AMS, tanto para credenciados quanto para beneficiários, e, portanto, sua operação abrange informações de todos os demais processos da AMS, o Gráfico 12 deixa claro que existem lacunas no processo de serviço da AMS, pois, raramente o indicador esteve dentro da meta estabelecida ao longo de todo o ano de 2012.

Os depoimentos dos entrevistados indicam que o baixo índice de chamadas atendidas se deve à sobrecarga de ligações para o Call Center devido às inúmeras contingências de sistemas e processamentos com erros, e que ocasionam a necessidade de contato personalizado com o Call Center para solução de problemas, que por consequência elevam o tempo médio de atendimento, e assim forma-se um ciclo de filas de atendimento, que se expressam no indicador insuficiente observado.

Somente nos três últimos meses do ano de 2012, após um longo período de contingência, e diagnóstico de elevada complexidade do processo AMS, que houve uma efetiva ampliação de estrutura de posições de atendimento exclusivas para AMS e que posicionaram o indicador em níveis satisfatórios.

Até o ano de 2009, cada uma das quatro regionais do COMPARTILHADO possuíam um call center regional próprio da AMS. A partir de 2010, um comitê executivo da Petrobras decidiu pela centralização de todos os serviços de Call Centers da companhia no Brasil, entre eles os quatro da AMS, fossem centralizados no Rio de Janeiro, e terceirizados por contrato com empresa especializada, sob a gestão e fiscalização da TIC, e desde então se observa este mesmo quadro de insuficiência operacional.

Esta situação desfavorável é evidenciada pelo gráfico 5, sobre o resultado da pesquisa de satisfação dos serviços de AMS, que indicou o Call Center como o pior item de avaliação do serviço no ano de 2011.

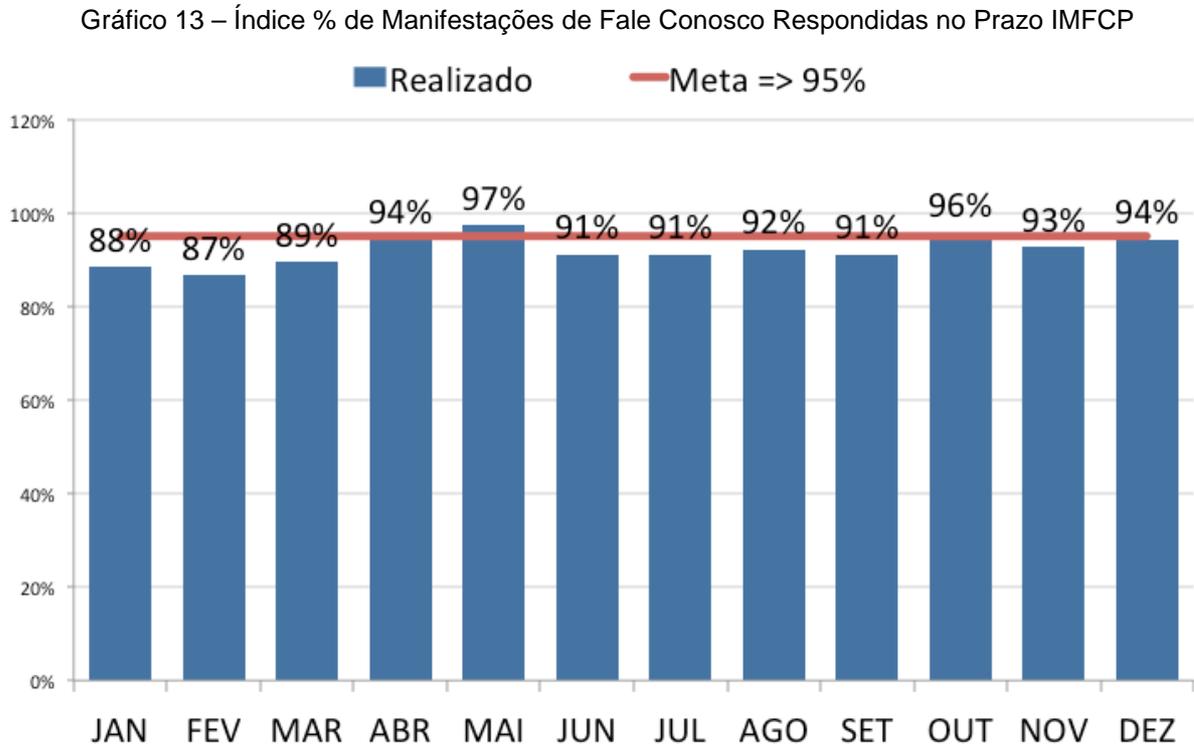
Exemplo típico da fragmentação da gestão da AMS, há relatos históricos de que a TIC nunca geriu a contento a operação do Call Center. Esta incapacidade está potencialmente ligada a diversos fatores, como: planejamento inadequado da centralização, subestimativa da complexidade do processo AMS, fragmentação e distanciamento completo do serviço de call center das demais áreas operacionais da AMS.

Como consequência dos sucessivos períodos de resultados negativos da operação do call center, desde o ano de 2011 que a própria TIC vem propondo devolver a gestão do call center AMS para o COMPARTILHADO, justificando que somente agora, passados três anos, percebeu-se que a TIC não detém conhecimento, nem interesse, específico sobre este processo, e que o mesmo, devido a sua complexidade e escala, deve ter uma estrutura específica, e com dedicação exclusiva, separada dos demais serviços de call center que a TIC gerencia centralizadamente para a Petrobras.

Por último, o Índice de Manifestações de Fale Conosco Respondidas no Prazo (IMFCP) é calculado pela razão entre a Quantidade de manifestações respondidas dentro do prazo de até 10 dias úteis (QMNP) e a Quantidade total de manifestações recebidas (QMT).

$$\text{IMFCP} = \text{QMNP} / \text{QMT}$$

A meta estabelecida para o indicador IMFCP é de 95%, e o Gráfico 13 abaixo apresenta o resultado mês a mês do indicador durante o ano de 2012.



Dados do ano 2012.

Fonte: Sistema de Gestão de Resultados - SIGER (PETROBRAS, 2013g).

O Fale Conosco é um canal de atendimento por email (correio eletrônico), que na AMS, na maioria das vezes, é originado pelos próprios operadores de Call Center, quando os mesmos, no ato do atendimento telefônico, não possuem demais recursos para análise e solução imediata de reclamações de credenciados e beneficiários da AMS. Pode-se considerar que o Fale Conosco é uma segunda instância de atendimento, uma vez que as mensagens de reclamações são encaminhadas para os diversos especialistas da AMS entre mais de 30 diferentes tipos de classificação da reclamação.

O Gráfico 13 do Fale Conosco evidencia uma situação de dificuldade geral da operacionalização da AMS para tratamento das reclamações recebidas de credenciados e beneficiários.

Diversos são os relatos de demasiada burocracia e deficiência de sistemas informatizados para solução das reclamações recebidas pelo Fale Conosco, sendo muitas vezes necessário o contato e cobrança de ações das áreas de TIC e do RH para tratamento de situações simples.

Em geral, é bastante evidente o consenso entre os gestores da AMS de que a estrutura operacional da AMS está em desvantagem em relação às demais operadoras do mercado, principalmente pelo baixo nível de automação de seus processos.

Percebe-se que, apesar de alguns índices operacionais até serem satisfatórios e compatíveis com os praticados pelo mercado, o esforço operacional e os recursos aplicados na AMS para obtenção dos mesmo resultados é significativamente mais elevado que as demais operadoras.

Enquanto a maioria das operadoras investiram na adaptação e atualmente gozam dos benefícios da nova plataforma tecnológica introduzida pela ANS em 2003 com os padrões de Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS), e Terminologia Unificada de Saúde Suplementar (TUSS), a AMS, até o ano de 2012, permaneceu com 100% de suas transações tramitando por documentos físicos, e sendo processadas manualmente por um grande efetivo de pessoas, entre auxiliares administrativos, operadores de call center e digitadores.

É frequente o comentário entre os gestores de que o elevado esforço para a operacionalização diária do serviço, historicamente, acabou comprometendo atividades de planejamento e gestão para aperfeiçoamento do benefício.

A maior evidência da pesada estrutura operacional, necessária para manutenção de bons índices operacionais, é o custo administrativo da AMS que está acima da média do mercado, conforme já explicitado anteriormente no Fator Gestão.

Capacitação

Sem dúvida, no que diz respeito à competitividade quanto à estrutura operacional de operadoras de saúde, a capacitação chave é tecnologia da informação e comunicação, justamente o ponto fraco da AMS.

Esta fragilidade, em grande parte se deve à fragmentação histórica da área de TIC em relação à gestão e operação da AMS. Enquanto em outras operadoras o investimento em TIC desempenha papel estratégico e de destaque, na Função AMS é uma área praticamente terceirizada, com pouco envolvimento na gestão do benefício, e pouco prestigiada dentro da própria Gerencia Executiva de TIC.

Não se pode deixar de citar que, independente das deficiências de recursos de TIC, é notório o excesso de burocracia da AMS. São diversos os depoimentos e documentos que evidenciam redundância de processamentos e aprovações entre o

COMPARTILHADO e o RH, sejam em credenciamentos de prestadores, liberação de autorizações, e processamento de pagamentos.

Apenas como exemplo, apesar dos gestores regionais do COMPARTILHADO terem designação de limite de competência para aprovar pagamentos excepcionais de até vinte mil reais, há inúmeros registros de encaminhamento de processos inferiores a duzentos reais para a unidade corporativa de RH, e ainda assim, em diversas situações, observa-se ausência de qualquer expectativa de prazo para a resolução dos processos, típico de uma estrutura burocrática-autoritária geralmente associada aos serviços públicos, e completamente desconexa com a realidade de consumo que envolve a saúde suplementar e todo o seu arcabouço regulatório.

Percebe-se que a gigante estrutura operacional foi concebida numa sucessão de contingências e improvisos, sem qualquer tipo de planejamento coordenado entre as diversas áreas da Função AMS: RH, COMPARTILHADO e TIC.

Estratégia

Devido à situação extrema de desvantagem em relação às demais operadoras de saúde, e conforme já mencionado na análise de fatores empresariais anteriormente, é estratégia dominante para a AMS a contratação de um serviço de suporte tecnológico e operacional especializado, capaz de reconduzir a estrutura operacional da AMS para patamares competitivos.

Além da atualização tecnológica, o serviço também deverá integrar algumas atividades operacionais, como exemplo as atividades de autorização e do atendimento de Call Center. Em outras palavras, esta estratégia é um movimento de terceirização das atividades operacionais da AMS, de forma concentrada em um único provedor de serviço.

Acredita-se que o provedor poderá absorver até 70% das atividades operacionais da AMS, e nesta escala, pode-se especular que não se tratará de um simples serviço de suporte, mas, na verdade, um parceiro estratégico, uma sub operadora do serviço, o que se aproxima bastante do modelo de operação das Administradoras de planos de saúde.

5.6 RECURSOS HUMANOS

O fator Recursos humanos contempla o conjunto de condições que caracterizam as relações de trabalho, envolvendo os diversos aspectos que influenciam a produtividade, a qualificação, a versatilidade, a criatividade, o comprometimento, o aprendizado e desenvolvimento das pessoas na organização.

Desempenho

No fator Recursos Humanos, a AMS apresenta diversas contradições que, por melhores que sejam mitigadas, a colocam em situação de desvantagem em relação às demais operadoras de saúde.

Primeiramente, como é muito comum nas instituições públicas, existe uma segmentação de vínculo entre Empregados Próprios, aqueles que ingressaram na Petrobras por concurso público, e Prestadores Contratados, também denominados Terceirizados, aqueles vinculados às empresas especializadas de gestão de mão de obra, que juntos formam o conjunto da força de trabalho da AMS. Abaixo exemplificamos para melhor entendimento:

Força de trabalho = Empregados próprios da Petrobras + Prestadores contratados

O quadro abaixo demonstra as principais diferenças entre os dois tipos de vínculos:

Quadro 14 – Principais diferenças entre vínculos de Empregados Próprios e Prestadores Contratados na AMS

Empregados Próprios	Prestadores Contratados
27% da força de trabalho total da AMS	73% da força de trabalho total da AMS
Maior remuneração em relação aos Prestadores Contratados	Menor remuneração em relação aos Empregados Próprios
Remuneração variável de participação nos lucros	Não possui remuneração variável de participação nos lucros
Regime CLT com estabilidade, devido ao ingresso por concurso público	Regime CLT sem estabilidade
Possui plano de carreira estruturado, com possibilidade de progresso anual por mérito	Não possui plano de carreira, não há progressão por mérito

Empregados Próprios	Prestadores Contratados
Carga horária 40h semanais com horário flexível	Carga horária 44h semanais com horário fixo
Programa de treinamento e desenvolvimento estruturado e integralmente custeado pela empresa	Não possui programa de treinamento e desenvolvimento estruturado, e nem de ajuda financeira
Benefício de previdência complementar	Não possui benefício de previdência complementar
Benefício de ajuda financeira para custeio de escola para dependentes	Não possui benefício de ajuda financeira para custeio de escola para dependentes

Fonte: Entrevistas e documentos internos Petrobras.

Apesar da existência de diversos indicadores relacionados aos recursos humanos na AMS, todos eles são restritos ao grupo de Empregados Próprios, e, portanto, não podem ser generalizados à toda a força de trabalho da AMS.

Considerando que 73% da força de trabalho da AMS está com vínculo de Prestador de Serviço, desprovido de expectativa de progresso na carreira dentro da organização, presume-se que outras operadoras sejam mais atrativas para os profissionais que desejam investir em carreira no mercado de saúde suplementar.

Outro fato que reforça o entendimento de desvantagem da AMS em relação às demais operadoras é que mesmo os restantes 27% de Empregados Próprios da força de trabalho não ingressaram na Petrobras com expectativa de atuar na função AMS, e, portanto, em sua totalidade, são profissionais adaptados ao longo do tempo ao custo de alto investimento em capacitação.

Como exemplo, destacamos as formações de Médico e de Enfermeiro que são as requisitadas por operadoras de saúde. No atual plano de cargos da Petrobras existem somente as carreiras de Médico do Trabalho e Enfermeiro do Trabalho, para as quais são abertos os concursos, e que exigem como pré-requisito de admissão a comprovação de formação específica em saúde ocupacional. Em suma, todos os Médicos e Enfermeiros, Empregados Próprios, que atualmente trabalham na Função AMS, nunca tiveram expectativa de atuar nesta área, e, conseqüentemente, a esmagadora maioria nunca teve experiência prévia na área de saúde suplementar.

Outras carreiras de Empregados Próprios na Petrobras como Administradores e Assistentes Sociais também passam pela mesma situação: expectativa de atuar em atividades relacionadas à indústria de petróleo, e acabam laborando em atividades de saúde suplementar.

Esta situação demanda da gestão da AMS um enorme esforço de capacitação e adaptação de profissionais para atuar na Função AMS. Dada a distância entre a expectativa e a realidade do trabalho dos Empregados Próprios ingressos por concurso na Petrobras, esta adaptação demora muito, e, naturalmente, a AMS acaba assumindo uma produtividade menor de seus recursos humanos em relação às demais operadoras de saúde.

Além da escala de 73% de Prestadores Contratados, é comum o relato de que a AMS não conseguiria operar apenas com empregados próprios, seja pelo demorado processo de adaptação, seja pela maior produtividade dos Prestadores contratados que não tem estabilidade de emprego.

Capacitação

Pelo fato de ser uma Autogestão por departamento de recursos humanos, e portanto uma atividade dentro da própria patrocinadora, a AMS é dotada do modelo de gestão de recursos humanos da Petrobras.

Neste sentido, a Petrobras sempre teve reconhecimento por uma excelente oferta de remuneração, de benefícios e oportunidades de carreira para os seus Empregados Próprios, sendo inúmeras vezes premiada por publicações especializadas em gestão de recursos humanos.

Como exemplo, destaca-se a pesquisa sobre Empresa dos sonhos dos jovens (CIA DE TALENTOS, 2013), que em sua 12ª edição, no ano de 2013, e somente no Brasil, captou mais de cinquenta e dois mil respondentes. Entre 12 edições realizadas, entre os anos de 2002 e 2013, a PETROBRAS foi sete vezes eleita a empresa dos sonhos dos jovens, sendo, portanto, a maior vencedora. Além disso, a companhia também foi a vencedora nas duas últimas edições, em 2012 e 2013, superando empresas ícones da juventude contemporânea como a americana Google.

Outro fato relevante é que, mesmo não sendo uma atividade econômica, é consenso de que a Petrobras investe na capacitação dos profissionais da AMS, em menor grau que as áreas de negócio, mas que, porém, é bastante acima do praticado pelas demais operadoras do mercado.

No caso de Prestadores Contratados, os quais não tem planos de carreira ou estabilidade, observa-se razoável rotatividade de pessoal, principalmente Médicos e Enfermeiros que tem oportunidades de carreira em outras empresas do mercado,

apesar dos contratos vinculados à Petrobras exigirem uma série de requisitos mínimos de remuneração e benefícios. Além disso, são comuns os relatos de que o ambiente de trabalho oferecido na Petrobras é bom, quer seja pelas suas instalações como também pelo relacionamento entre as pessoas.

Apesar das capacitações e enorme potencial para gestão de recursos humanos, o contexto da AMS não a leva a uma posição de competir pelos melhores recursos humanos que transitam no mercado de saúde suplementar. Por conta disso, demanda alto investimento em capacitação de profissionais.

Estratégia

Historicamente não há uma estratégia específica de recursos humanos para a AMS, o que se observa é a apropriação da estratégia de recursos humanos da Petrobras, que tem o reconhecimento público e é uma das empresas mais cobiçadas pelos profissionais do Brasil.

Porém, a situação de apenas 27% da força de trabalho ser de Empregados Próprios, e somente estes terem oportunidade de carreira na organização, não coloca a AMS numa posição de competir por melhores recursos humanos do mercado de saúde suplementar.

Outra observação importante é que mesmo com a escala de 80% da força de trabalho total ser de Prestadores Contratados, a AMS mantém estes profissionais através de contratos com empresas de mão de obra geral, e que muitas vezes não tem conhecimento aprofundado na gestão de profissionais especializados em saúde suplementar.

Neste sentido, e conforme já relatado no capítulo anterior do fator Gestão, a proposta de contratação de um serviço de suporte tecnológico e operacional agrega alguns serviços de mão de obra especializada, que se aproxima de um modelo de Administradora, e que deverá dispor de maior êxito na atratividade de profissionais interessados em carreira na saúde suplementar, e, portanto, mesmo que indiretamente, será agregado à capacitação da AMS como operadora.

Especula-se que se a AMS tivesse uma personalidade jurídica distinta da Petrobras, dotado de plano de cargos especializados para saúde suplementar, e realizasse concurso específico, somente a estabilidade de empregado já seria um grande atrativo aos profissionais interessados, e portanto elevaria seu potencial competitivo no fator Recursos Humanos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa pode-se observar que, apesar de seus 37 anos de experiência, a AMS da Petrobras apresenta uma série de oportunidades e de necessidades de melhoria para que o seu modelo de Autogestão por departamento de Recursos Humanos continue sendo a preferência de seus diversos públicos de interesse.

O quadro 15 apresenta um resumo da avaliação dos fatores empresariais da AMS da Petrobras:

Quadro 15 – Resumo de avaliação de fatores empresariais da Autogestão de saúde AMS da Petrobras

Fator empresarial	Posição competitiva em relação ao mercado	Principais atributos
Gestão e estrutura organizacional	 Em desvantagem	Fragmentação de estrutura e de liderança
Relacionamento com partes interessadas	 Em vantagem	Capacidade financeira e flexibilidade
Inovação	 Em desvantagem	Réplica intempestiva com implementação contingencial
Prestação do serviço	 Em vantagem	Abrangência de cobertura e rede de prestadores credenciados
Estrutura operacional	 Em desvantagem	Défict tecnológico
Recursos humanos	 Em desvantagem	Dificuldade de gestão de carreira de profissionais especializados em saúde suplementar

Fonte: Próprio autor.

Após a análise dos dados apresentados, e da experiência das observações e entrevistas, há uma percepção de que, apesar das mudanças estruturais observadas na saúde suplementar nos últimos 15 anos, na AMS ainda prevalece o modelo assistencialista na sua gestão, que sobrevive basicamente pela autossuficiência

financeira de sua patrocinadora, e despreocupado com o contexto de mercado em que, inevitavelmente, está inserido.

Pode-se traduzir e resumir o contexto dos últimos anos na AMS com o seguinte pensamento dominante: Autogestão a qualquer custo.

Sem dúvida, a capacitação em gestão de tecnologia da informação é o fator chave para sobrevivência de operadoras de saúde. A partir da regulamentação das operadoras, da padronização dos processos promovidos pela Agência Nacional de Saúde, e da própria universalização do Sistema Único de Saúde (SUS), cada vez mais o serviço de saúde suplementar tende a tornar-se uma commodity, semelhante aos atuais serviços bancários, intensivos em escala e com forte tendência de concentração em oligopólios.

Apesar dos índices de satisfação dos beneficiários serem positivos e os indicadores operacionais compatíveis com o praticado no mercado, observa-se que o custo financeiro está elevado, e há frequência de conflitos na gestão, aspectos que influenciam substancialmente a manutenção do modelo de Autogestão da AMS junto à administração superior da Petrobras.

Um dos grandes argumentos do modelo de Autogestão de saúde é que o valor equivalente à margem de lucro é convertida em aumento de cobertura da assistência. Porém, os aumentos do custo assistencial e administrativo da AMS nos últimos anos superam a expectativa de margens de lucro do mercado, ou seja, extrapolam o ponto de equilíbrio de mercado.

A situação de atividade secundária da AMS na cadeia de valor da Petrobras está reservada ao caráter de gestão, pois, do ponto de vista financeiro, os recursos que a patrocinadora investe nesta atividade são equivalentes, ou mesmo superam, o que é praticado pelo mercado. Não se tem relato de reprovação, insuficiência ou corte orçamentário de despesas para gestão da AMS.

Pode-se concluir que, de fato, não há plano estratégico para a AMS, por diversas razões, mas principalmente pela dispersão e fragmentação de sua estrutura. Os conflitos de sobreposição de liderança são frequentes e evidentes. Não há comportamento organizado e colaborativo entre as diversas áreas que compõem a Função AMS.

Mesmo as duas únicas iniciativas estratégicas existentes: a proposta de substituição do sistema de informação através da contratação de um serviço especializado de suporte tecnológico e operacional para a operadora; e a

centralização das atividades operacionais da AMS na Bahia, se desenvolvem a cerca de dois anos de forma pouco organizada e fragmentada, com incerteza de cumprimento de prazos e atingimento das metas esperadas.

O déficit histórico de capacitação tecnológica da AMS é bastante evidente. Mesmo na eminência de revolucionar os processos de operação do benefício a partir da contratação de parceiro especializado em sistemas de informações de operadoras de saúde, há incerteza quanto a capacidade de integração da nova tecnologia, gerida por um parceiro externo, com o processo burocrático da AMS.

O advento da tecnologia adquirida de um parceiro externo, isoladamente, não é suficiente para alterar o curso da gestão da AMS em relação à dinâmica evolutiva do mercado de saúde suplementar.

Sem um plano estratégico definido, e com a atual estrutura organizacional fragmentada, e histórico de conflitos de lideranças, não se observa expectativa de aumento do estoque de capacitações da AMS que a coloque numa posição de competitividade no setor.

Finalmente, é importante ressaltar que a Petrobras, pela sua magnitude econômica, pelo princípio de melhor assistência da Autogestão, pela escala de mais de cem mil beneficiários assistidos, considerada operadora de grande porte, e principalmente pelos recursos que são de fato investidos na AMS, deveria apresentar melhores expectativas de competitividade para sua patrocinadora, em relação ao mercado de saúde suplementar brasileiro, e melhores resultados de assistência, propriamente dito, para seus beneficiários.

O presente trabalho se propôs a analisar como a PETROBRAS realiza a gestão do Benefício AMS frente à dinâmica de competitividade do setor de saúde suplementar brasileiro.

A partir do estudo do atual contexto do mercado de saúde suplementar foi possível observar que a dinâmica de inovação do setor é liderada pelo órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde (ANS), e que esta não faz distinção da Autogestão, sem fins lucrativos, em relação as demais operadoras comerciais, e isto, inevitavelmente, exige das Autogestões um posicionamento competitivo em relação ao mercado em que atua.

Para avaliação da competitividade da AMS, foi escolhido o modelo analítico desenvolvido por Ferraz, Kupfer e Haguenaer (1995), baseado na interação de Estratégia, Capacitação e Desempenho, o qual oferece uma visão dinâmica da

competitividade, como um processo de amadurecimento e sustentabilidade no tempo.

Originalmente desenvolvido em 1995 para estudos de organizações industriais, neste trabalho foram implementadas adaptações, com a ampliação e segmentação de novos Fatores Empresariais, para melhor descrição da realidade de uma Operadora de Saúde e mais de uma década passada de transformações sociais e tecnológicas.

A estratégia metodológica do Estudo de caso foi assertiva dado o caráter exploratório e a oportunidade de acesso a organização estudada, com a possibilidade de uso de múltiplas fontes de informação, principalmente o cruzamento de documentos com entrevistas.

Os resultados da análise de cada um dos seis Fatores Empresariais permitiu uma visão abrangente da competitividade da AMS. Os próprios desenvolvedores do método Ferraz, Kupfer e Haguenuer (1995) indicam que dificilmente existe alguma organização com capacitações homogêneas entre os diferentes fatores empresariais, sempre hão de ser observadas forças e fraquezas, ameaças e oportunidades frente à concorrentes de mercado.

Esta pesquisa foi desenvolvida dentro do ambiente corporativo da AMS na Petrobras, e, com caráter exploratório, procurou ir além do conteúdo institucional ou óbvio da gestão de uma operadora de saúde, porém, claro, também teve seus limites de exposição de informações estratégicas para companhia, e da reserva da identidade dos entrevistados.

Devido à experiência inicial do pesquisador com o trabalho científico, além de sua dedicação parcial, não exclusiva, foi dado foco à profundidade de análise de Estudo de caso único, porém, seria de grande valia a abrangência da pesquisa ao estudo de caso múltiplo, com outras operadoras de Autogestão por departamento de Recursos Humanos, pois, há fortes indícios de que este modelo não conseguirá se sustentar num mercado fortemente regulado e competitivo no longo prazo.

Este trabalho foi específico para entendimento dos fatores Empresariais da AMS da Petrobras, porém há de se ressaltar a oportunidade de ampliar o estudo também nos fatores Estruturais e fatores Sistêmicos propostos por Ferraz, Kupfer e Haguenuer (1995).

Sem dúvida, há inúmeras lacunas a serem exploradas pela pesquisa na área da Competitividade no segmento da saúde. Este tema deve continuar em evidência

nos próximos anos pela abrangência das partes interessadas e pela sua repercussão econômica e social.

REFERENCIAS

AMBASTHA, Ajitabh. Competitiveness of firms: review of theory, frameworks, and models. **Singapore Management Review**, [S.I.], v. 26, no. 1, 2004.

ANCA, Hategan D. B. Litterature review of the evolution of competitiveness concept. In: ANNALS OF FACULTY OF ECONOMICS, 2012, [S.I.]. **ANNALS...** [S.I.]: University of Oradea: Faculty of Economic Sciences, 2012.

AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca (Org.). **Para entender a saúde no Brasil**. São Paulo: LCTE Editora, 2006.

_____. **Para entender a saúde no Brasil 2**. São Paulo: LCTE Editora, 2007.

_____. **Para entender a saúde no Brasil 3**. São Paulo: LCTE Editora, 2009.

ANDREASSI, Tales. **Repensar a graduação da EAESP**: um estudo de caso de inovação. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2004. Relatório 04/2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Agenda Regulatória**: um compromisso da ANS com a sociedade. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/aans/transparencia-institucional/agenda-regulatoria>>. Acessado em: 19 out. 2013.

_____. **Caderno de informação da saúde suplementa**. ed. jun. 2013. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 19 out. 2013.

_____. **Dados cadastrais de operadoras**. Rio de Janeiro, 2013c. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/consultar-dados>>. Acesso em: 19 out. 2013.

_____. **Dados econômico-financeiros das operadoras e seguradoras de planos de saúde**. Rio de Janeiro, 2013d. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/consultar-dados>>. Acesso em: 19 out. 2013.

_____. **Qualificação das operadoras**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Indicadores_de_qualidade/texto_base_aval_des_idss_20090811.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. **Listagem de operadoras por faixa de IDSS**. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/programa-ans-de-qualificacao-das-operadoras>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. **Quem somos.** Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em:
<<http://www.ans.gov.br/index.php/aans/quem-somos>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. **Radar TISS Relatório de análise 3ª campanha médico-hospitalar abril de 2009.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/tiss/Radar_tiss/radar_tiss_relatorio_terceiro_coleta.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. **Resolução de diretoria colegiada (RDC) n. 39 de 27 de outubro de 2000.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=380>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. **Resolução normativa (RN) nº 153 de 28 de maio de 2007.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1182>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. **Resolução normativa (RN) nº 262 de 1º de agosto de 2011.** Rio de Janeiro, 2011c. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1786>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. **Resultado da pesquisa de satisfação dos beneficiários 2012.** Rio de Janeiro, 2013e. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/2248-resultados-da-avaliacao-da-satisfacao-dos-beneficiarios-por-operadora>>. Acesso em: 19 out. 2013.

BARBIERI, José Carlos et al. **Organizações inovadoras:** estudos de casos brasileiros. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BARBIERI, José Carlos; SIMANTOB, Moysés Alberto (Organizadores). **Organizações inovadoras do setor financeiro:** teoria e casos de sucesso. São Paulo: Saraiva, 2009.

BOHRER, Cariza Teixeira. **P&D e inovação em serviços:** estudos de casos em hospitais universitários do Brasil e da França. 2010. Tese (Doutorado) – Faculdade de economia, administração, contabilidade e ciência da informação e documentação, Programa de pós-graduação em administração, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

BRASIL. Lei 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BRITISH Standards Institution (BSI). Occupational Health and Safety Assessment Standard (OHSAS 18001). London, 1999.

CIA de Talentos; NEXTVIEW. **12° edição da pesquisa Empresa dos sonhos dos jovens**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.ciadetalentos.com.br/esj/brasil.html>>. Acessado em 19 out. 2013.

CHRISTENSEN, Clayton M.; GROSSMAN, Jerome H.; HWANG, Jason. **Inovação na gestão da saúde**: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar a qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FERRAZ, João Carlos; KUPFER, David; HAGUENAUER, Lia. **Made in Brazil**: desafios competitivos para a indústria. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

GAMA, Anete Maria. **Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2003.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 9001**: quality management systems: requirements. [S.l.], 2008.

_____. **ISO 14001**: environmental management systems: requirements with guidance for use. [S.l.], 2004.

JONASH, Ronald S.; SOMMERLATTE, Tom. **O valor da Inovação (The innovation premium)**: como as empresas mais avançadas atingem alto desempenho e lucratividade. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

LUBISCO, Nídia N. L.; VIEIRA, Sônia Chagas; SANTANA, Isnaia Veiga. **Manual de estilo acadêmico**: monografias, dissertações e teses. 4. ed. rev. e ampl. Salvador: EDUFBA, 2008.

MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L.; BARBOSA, Solange de Lima. Estratégia, fatores de competitividade e contexto de referência das organizações: uma análise arquetípica. **RAC**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 7-32, set./dez. 2002.

MATSUZAWA, Carla Moeko. **Inovação em saúde**: estudo de casos. 2008. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

MOMAYA, K. Evaluating international competitiveness at the industry level. **Indian Institute of Management**, Ahmedabad, v. 23, no. 2, Apr./ June, 1998.

MOREIRA, Herivelto; CALEFFE, Luiz Gonzaga. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Manual de Oslo**: diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação. 3. ed. [S.l.]: FINEP, 2004.

PETROBRAS. **Acordo coletivo de trabalho (ACT) 2011**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.fup.org.br/downloads/act_2011_fup_31_10_2011.pdf>. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. **Assistência Multidisciplinar de Saúde (AMS)**. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <<http://www.ams.petrobras.com.br>>. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. **Demonstrações contábeis em 31 de dezembro de 2012 e 2011**. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <<http://www.investidorpetrobras.com.br/pt/central-de-resultados/4t12.htm>>. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. **Organograma da Petrobras**. Sítio de internet corporativa. Rio de Janeiro, 2013c. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. **Pesquisa de ambiência organizacional 2011**. Recursos Humanos: apresentação eletrônica. Rio de Janeiro, 2012a.

_____. **Pesquisa de satisfação com a AMS 2011**. Recursos Humanos: apresentação eletrônica. Rio de Janeiro, 2011b.

_____. **Quem somos**. Rio de Janeiro, 2013f. Disponível em: <<http://www.petrobras.com.br/pt/quem-somos/perfil/>>. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. **SIGER** - Sistema de gestão de resultados. Serviços Compartilhados: banco de dados. Rio de Janeiro, 2013g.

_____. **SIG-AMS** - Sistema de informações gerenciais da AMS. Serviços Compartilhados: banco de dados. Rio de Janeiro, 2013h.

PORTER, Michael E. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____. **O que é estratégia?** In: *Competição – on competition: estratégias competitivas essenciais*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Elsevier, 1989.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

SCOTT, W. Richard. The adolescence of institutional theory. *Administrative Science Quarterly*, v. 32, n. 4, p. 493-511, 1987.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de investigação em ciências sociais**. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 2002.

SIMANTOB, Moysés; LIPPI, Roberta. **Guia valor econômico de inovação nas empresas**. São Paulo: Globo, 2004.

TEIXEIRA, Francisco. Estruturas de mercado e competitividade industrial: breve referencial teórico. **Bahia análise & dados**, Salvador, v. 14, n. 4, p. 745-754, 2005.

TOWERS Watson. 29ª pesquisa sobre planos de benefícios no Brasil - 2011. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.towerswatson.com/pt-BR/Insights/IC-Types/Survey-Research-Results/2012/08/plano-de-beneficios-no-brasil-29-pesquisa-2011>>. Acesso em: 25 mai. 2013.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE.

Apresentação. São Paulo, 2011. Disponível em:

<<http://www.unidas.org.br/institucional/apresentacao>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. **Em**

defesa da autogestão. São Paulo, 2010. Disponível em:

<<http://www.unidas.org.br/emailimg/termo1.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

VALADARES, Rodrigo Lemos. **Ambientes organizacionais potencializadores de inovações em bases sistemáticas**: estudo de caso do Hospital Jorge Valente. 2008. Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

VARGAS, Eduardo Raupp et al. A pesquisa sobre inovação em serviços no Brasil: estágio atual, desafios e perspectivas. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE CIÊNCIA DE SERVIÇOS, 1., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: PPGA-Universidade de Brasília, 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

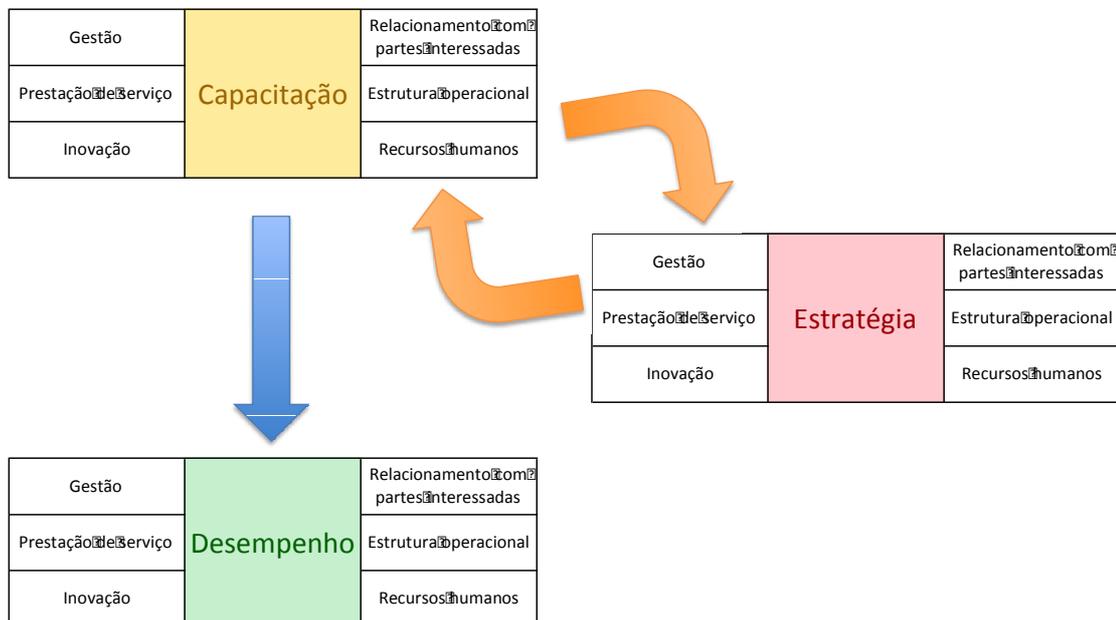
APÊNDICE A – Estrutura de entrevista

Introdução

Ferraz, Kupfer e Haguenuer (1995) definem **COMPETITIVIDADE** como: a capacidade da empresa formular e implementar estratégias concorrenciais, que lhe permitam ampliar ou conservar, de forma duradoura, uma posição sustentável no mercado.

O desempenho competitivo no mercado, e a eficiência produtiva decorrem da capacitação acumulada pelas empresas que, por sua vez, reflete as estratégias competitivas adotadas em função de suas percepções quanto ao processo concorrencial e ao meio ambiente econômico onde estão inseridas.

Em outras palavras, podemos dizer que a gestão da competitividade da empresa se baseia na dinâmica de uma cadeia sucessiva e interativa entre três fatores: Estratégia-Capacitação-Desempenho.



Fonte: Próprio autor, adaptado de Ferraz, Kupfer e Haguenuer (1995).

Como elemento básico de análise da Capacitação de uma Operadora de Saúde Suplementar de Autogestão, destacamos sete áreas de competência, denominados Fatores Empresariais: gestão, relacionamento com partes interessadas, inovação, portfólio e condições de cobertura, gestão e estrutura

operacional, recursos de tecnologia da informação e comunicação, e recursos humanos.

- 1) O fator Gestão e estrutura organizacional compreendem o modelo de governança, as relações internas de hierarquia, poder e cooperação entre diferentes departamentos, bem como atividades de tomada de decisões estratégicas, planejamento, controle e avaliação de desempenho.
- 2) O fator Relacionamento com partes interessadas compreende principalmente Beneficiários, Credenciados, o relacionamento interno com a alta administração ou líderes da organização, além de entidades sindicais e associações de empregados.
- 3) O fator Inovação compreende esforços de pesquisa e desenvolvimento de novos serviços, ampliação de portfólio e coberturas, melhorias de processos e ações estratégicas de campanhas e programas em saúde suplementar.
- 4) O fator Prestação do serviço compreende o portfólio, as condições de cobertura, os canais de acesso aos serviços da operadora, a qualidade da rede de prestadores, a facilidade, a agilidade e/ou burocracia para acesso aos serviços.
- 5) O fator Estrutura operacional e recursos de tecnologia da informação e comunicação compreende os recursos produtivos propriamente ditos, como: equipamentos e instalações, métodos de organização da produção, controle da qualidade, além do próprio esforço de gestão e manutenção da produtividade dos processos.
- 6) O fator Recursos humanos contempla o conjunto de condições que caracterizam as relações de trabalho, envolvendo os diversos aspectos que influenciam a produtividade, a qualificação, a versatilidade, a criatividade, o comprometimento, o aprendizado e desenvolvimento das pessoas na organização.

A empresa possui diferentes níveis de capacitação em cada uma das seis áreas de competência, e em relação aos seus concorrentes de mercado.

O desempenho competitivo no mercado, e a eficiência produtiva, decorrem da capacitação acumulada da empresa comparada à de seus concorrentes e ao meio ambiente econômico onde estão inseridas, num dado período de tempo. Logo, numa perspectiva do tempo presente e estática, as empresas competitivas seriam simplesmente aquelas de maior capacitação.

No longo prazo, o que se observa é que as empresas se movem permanente em busca de aprendizado e desenvolvimento, ou seja, novas capacitações, afim de conquistarem espaço no mercado concorrencial em que atuam.

Nome do Entrevistado:

Data da entrevista:

Meio: (Presencial ou Telefone)

Início na Função AMS: (mês/ano)

Término na Função AMS: (mês/ano)

1) Como você avalia a competitividade da AMS quanto ao fator (FATOR SELECIONADO) em relação a outras operadoras de planos de saúde (considerando todas as categorias: Autogestão, Medicina de Grupo, Seguradoras, Cooperativas, Administradoras) ?:

- (a) Em vantagem;
- (b) Numa posição de igualdade;
- (c) Em desvantagem;
- (d) Não saberia avaliar

1.1) Porquê/Justifique:

1.2) Há algum indicador de desempenho, dado ou documento que evidencia a sua afirmativa?

1.3) Existiu alguma estratégia, formal/desenvolvida ou informal/espontânea implementada para obtenção ou controle deste desempenho? Caso sim, desde quando?

1.4) Quais as capacitações específicas existentes, ou insuficientes que explicam o atual desempenho? Caso sim, desde quando?

2) Você realiza ou tem conhecimento sobre alguma estratégia, planejamento, ação ou programa em curso para melhorar o atual desempenho? Quais são elas?

2.1) Caso sim, qual o desempenho desejado pela organização?

- (a) Manter o desempenho atual
- (b) Se igualar ao desempenho do mercado
- (c) Superar o desempenho do mercado

2.2) Caso sim, quais as capacitações que se pretende agregar a organização?

2.3) Caso sim, há documento que evidencie a sua afirmativa?

2.4) Caso sim, como, quando e em quanto tempo foi desenvolvida/planejada?

2.5) Quais os fatores/aspectos facilitadores/positivos e quais os dificultadores /negativos observados no desenvolvimento/planejamento?

2.6) Caso sim, como, quando e em quanto tempo foi/está sendo implementada?

2.7) Quais os fatores/aspectos facilitadores/positivos e quais os dificultadores /negativos observados na implementação?