

Universidade FUMEC
Faculdade de Ciências Empresariais – FACE
Curso de Mestrado em Administração

**ANÁLISE DE ASPECTOS QUE INFLUENCIAM O
DESEMPENHO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE
PRIVADOS**

RODRIGO ALEXANDRE CORRÊA

Belo Horizonte - MG
2016

RODRIGO ALEXANDRE CORRÊA

ANÁLISE DE ASPECTOS QUE INFLUENCIAM O
DESEMPENHO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE
PRIVADOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Administração, da Universidade FUMEC,
como parte dos requisitos para a obtenção do
título de Mestre em Administração
Prof. Orientador: Dr. Alexandre Teixeira Dias
Área de Concentração: Gestão Estratégica de
Organizações
Linha de Pesquisa: Estratégia de Organizações
e Comportamento Organizacional

Belo Horizonte - MG
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C824a Corrêa, Rodrigo Alexandre, 1981-
Análise de aspectos que influenciam o desempenho de
operadoras de planos de saúde privados / Rodrigo Alexandre
Corrêa. - Belo Horizonte, 2016.
71 f. ; 29,7 cm

Orientador: Alexandre Teixeira Dias

Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade
FUMEC, Faculdade de Ciências Empresariais, Belo Horizonte,
2016.

1. Administração. 2. Desempenho - Avaliação. 3.
Operadoras de planos de saúde. I. Título. II. Dias, Alexandre
Teixeira. III. Universidade FUMEC, Faculdade de Ciências
Empresariais.

CDU: 658



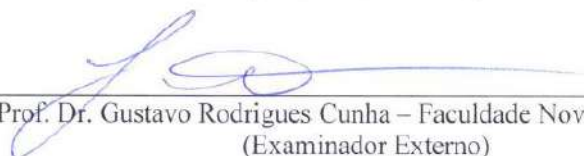
Dissertação intitulada “**Análise de Aspectos que Influenciam o Desempenho de Operadoras de Planos de Saúde Privados**” de autoria de Rodrigo Alexandre Correa, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



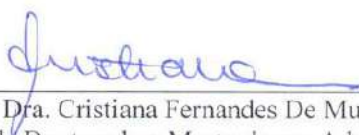
Prof. Dr. Alexandre Teixeira Dias – Universidade FUMEC
(Orientador)



Prof. Dr. Jersone Tasso Moreira Silva – Universidade FUMEC
(Examinador Interno)



Prof. Dr. Gustavo Rodrigues Cunha – Faculdade Novos Horizontes
(Examinador Externo)



Profa. Dra. Cristiana Fernandes De Muyllder
Coordenadora do Programa de Doutorado e Mestrado em Administração da Universidade
FUMEC

Belo Horizonte, 22 de dezembro de 2016.

REITORIA

Av. Afonso Pena, 3880 - Cruzeiro
30130-099 - Belo Horizonte, MG
Tel. 0800 0300 200
www.fumec.br

CAMPUS

Rua Cobre, 200 - Cruzeiro
30310-190 - Belo Horizonte, MG
Tel. (31) 3228-3000
www.fumec.br

RESUMO

A motivação desta pesquisa foi avaliar quais fatores internos e externos mais influenciam o desempenho de operadoras de planos de saúde. Para realizar esta análise foi considerado o período entre 2010 e 2015. Esse mercado é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) responsável por estabelecer o marco regulatório do setor, fiscalizar seu cumprimento e punir quando necessário. Essas empresas são segmentadas entre operadoras de assistência médico-hospitalar e de assistência odontológica. As operadoras de assistência médico-hospitalar se subdividem nas modalidades Cooperativas Médicas, Medicina de Grupo, Seguradora Especializada em Saúde, Filantrópicas e Autogestão. Mudanças no marco regulatório e a ampliação dos custos assistenciais têm promovido grandes desafios para as operadoras. Observa-se também a evolução do faturamento daquelas companhias. Contudo, cada operadora reage à sua maneira ao ambiente competitivo e fatores como atuação geográfica, porte (tamanho) e modalidade podem influenciar nos seus resultados. Esta pesquisa estruturou-se a partir dos conceitos de vantagem competitiva, desempenho organizacional e na identificação de fatores externos e internos que podem influenciar o desempenho das empresas. Como fatores externos foram considerados aspectos relacionados à localização geográfica, rivalidade e competição entre as empresas. Como fatores internos foram analisados a importância do porte e da constituição das empresas. Para sua realização, foram extraídos dados das operadoras no portal da ANS e construídos modelos de regressão múltipla para avaliar se as variáveis como satisfação de clientes, concentração de beneficiários nas regiões metropolitanas, tíquete médio das contraprestações (mensalidades), porte e modalidade das operadoras influenciam no desempenho dessas empresas. Como índice de desempenho foi considerado o Retorno Operacional sobre Ativos (OROA). Como resultados observou-se que a satisfação dos clientes e o tíquete médio não influenciam de forma estatisticamente significativa o desempenho das operadoras; que o porte e a modalidade apresentam importante influência e que a concentração de beneficiários nas regiões metropolitanas influencia parcialmente nos resultados. Este trabalho contribuiu para ampliar a compreensão sobre a influência de aspectos externos e internos no desempenho das organizações e teve como principais limitações a ausência de dados por parte de algumas operadoras e a restrição de algumas informações por parte da ANS.

Palavras-chave: desempenho organizacional, ambiente competitivo, localização geográfica, saúde suplementar, operadoras de planos de saúde.

ABSTRACT

The motivation of this research was to evaluate which internal and external factors most influence the performance of health plan operators. To carry out this analysis, the period between 2010 and 2015 was considered. This market is regulated by the National Supplemental Health Agency (ANS) responsible for establishing the regulatory framework of the sector, supervising compliance and punishing when necessary. These companies are segmented between providers of medical assistance and dental care. The medical-hospital care providers are subdivided into the modalities of Medical Cooperatives, Group Medicine, Specialized Health Insurance, Philanthropic and Self-management. Changes in the regulatory framework and the increase in healthcare costs have created major challenges for operators. It is also observed the evolution of the billing of those companies. However, each operator reacts in their own way to the competitive environment and factors such as geographical performance, size (size) and modality can influence their results. This research was structured from the concepts of competitive advantage, organizational performance and the identification of external and internal factors that can influence the performance of companies. As external factors, aspects related to geographical location, rivalry and competition between companies were considered. For this purpose, operators' data were extracted from ANS portal and multiple regression models were constructed to assess whether variables such as customer satisfaction, concentration of beneficiaries in the metropolitan regions, average ticket of the monthly payments, carrier size and modality influence Performance of these companies. As an index of performance was considered the Operational Return on Assets (OROA). As a result, it was observed that the customer satisfaction and the average ticket do not statistically influence the performance of the operators. That the size and modality have an important influence and that the concentration of beneficiaries in the metropolitan regions partially influences the results. This work contributed to broaden the understanding of the influence of external and internal aspects on the performance of organizations. The main limitation were the lack of data by some operators and the restriction of some information by ANS.

Key words: organizational performance, competitive environment, geographic location, supplementary health, health plan operators.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Objetivos.....	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 Vantagem Competitiva.....	10
2.1.1 Criação e manutenção do valor no tempo	12
2.2 Desempenho Organizacional.....	14
2.2.1 Pesquisas sobre desempenho	15
2.3 Avaliação de Desempenho.....	18
2.3.1 Modelos de avaliação	19
2.3.2 Desempenho econômico-financeiro	22
2.4 Aspectos externos influenciando desempenho.....	23
2.4.1 Aspectos geográficos e socioeconômicos	24
2.4.2 Rivalidade e competição	26
2.5 Aspectos internos influenciando desempenho.....	28
2.5.1 Porte das organizações	30
3 SERVIÇOS DE SAÚDE.....	31
3.1 Aspectos assistenciais.....	33
3.2 Aspectos regulatórios.....	36
3.3 Aspectos geográficos.....	37
3.4 Tamanho das operadoras de planos de saúde.....	39
3.5 As modalidades de operadoras de planos de saúde.....	40
3.6 Concentração de beneficiários de saúde suplementar.....	42
3.7 Verticalização em operadoras de planos de saúde.....	44
3.8 Desempenho em operadoras de planos de saúde.....	45
4 HIPÓTESES DE PESQUISA.....	47
5 METODOLOGIA.....	48
6 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

Organizações são criadas, recebem investimento, contratam ou se associam a outros profissionais, ofertando os mais diversos produtos e serviços a seus consumidores na expectativa de se manterem vivas e, para algumas delas, crescerem e se destacarem no mercado. A forma como as organizações estabelecem e executam suas estratégias, em um cenário de competição caracterizado por crescente dinamismo e complexidade, promove toda a sorte de resultados obtidos pelas companhias.

Aspectos relacionados à gestão estratégica, características das organizações e seu desempenho estiveram presentes em estudos e pesquisas desenvolvidas em diversos locais do mundo. Buscar explicações que levem a compreensão sobre o que diferencia a eficiência entre as empresas e a identificação de fatores que influenciam no resultado superior das firmas motivou muitos pesquisadores (OLIVEIRA; GONÇALVES; PAULA, 2013). No Brasil não é diferente e o que se observa é um crescente interesse nos temas relacionados à competitividade das firmas e estruturas de mercado (COSTA; GARCIA, 2009).

Dentre as diversas vertentes que acompanham e analisam o desempenho das organizações, algumas delas se dedicam a compreender o processo decisório e as definições estratégicas que norteiam seu desenvolvimento. Estratégias essas que contribuem para definir objetivos, propósitos, mercados de atuação, produtos e serviços que serão ofertados e, através dos quais, busca-se diferenciar dos seus concorrentes (PORTER; TEISBERG, 2007).

Para compreender as estratégias organizacionais, correntes acadêmicas avaliam a evolução do mercado, o desempenho dos competidores e o uso dos recursos organizacionais e, a partir disso, analisam como e porque as companhias se tornam bem sucedidas. Para alguns autores é a existência de uma vantagem competitiva única e de difícil reprodução por parte dos concorrentes que colabora para esse eventual sucesso (PORTER, 1985; PRAHALAD; HAMEL, 1990; BARNEY, 1991; BRITO; BRITO, 2012).

A compreensão dos fatores que colaboram positivamente para o desempenho das empresas é de grande relevância, pois companhias mais eficientes e eficazes podem promover evolução tecnológica e menores custos de produção, podendo acarretar em preços mais baixos e acessíveis à população em geral.

A eficiente análise de desempenho das empresas passa, necessariamente, pela utilização de métodos e instrumentos adequados, conforme alertam Hitt, Boyd e Li (2004). Caso esse cuidado não seja considerado, corre-se o risco de tomar decisões de forma indevida, podendo comprometer a sustentabilidade da organização.

A análise de desempenho precisa ainda estabelecer as referências que serão utilizadas para promover sua avaliação. Para tanto, além da escolha de bons indicadores, é necessário realizar criteriosa reflexão sobre o ambiente competitivo conforme destacam Miles e Snow (1978) e Davis, Eisenhardt e Bingham (2009).

Para tanto, identificar fatores externos que podem comprometer o desempenho da empresa é tarefa essencial dos gestores, uma vez que ambientes menos competitivos podem contribuir para os ganhos da companhia e cenários mais acirrados exigem maior precisão nas estratégias organizacionais. Por outro lado, essa conduta também precisa considerar os aspectos internos da instituição, elencando suas fragilidades e potencialidades. Afinal, uma empresa pode não se beneficiar de oportunidades do mercado se não estiver preparada para isso.

Um exemplo de oportunidade mercadológica pode estar relacionado a aspectos geográficos. Como o Brasil é um país de dimensões continentais e possui regiões com grande diversidade econômica e cultural, empresas podem se beneficiar ao atuar em mercados com menor concorrência ou ao atender a necessidades regionais não cobertas por produtos e serviços de âmbito nacional.

É importante destacar ainda que, como apontado por Simerly e Li (2000), cada organização reagirá às pressões do seu ambiente competitivo de forma particular com base nos seus processos de gestão e nos recursos internos que possui. Assim, em função da diversidade de desempenho que várias empresas podem ter, mesmo atuando em um mercado comum, este trabalho buscou avaliar que fatores externos e internos às organizações têm maior influência nos seus resultados.

Para realizar esta pesquisa foi considerado o mercado de saúde suplementar brasileiro, que atende a quase 25% da população do país, focando ainda na análise dos resultados alcançados pelas operadoras de planos de saúde. Neste sentido, este trabalho buscou responder a seguinte questão: quais são os fatores externos e internos que mais influenciam no desempenho de operadoras de planos de saúde?

1.1 Objetivos

- **Geral**

Avaliar os fatores externos e internos que mais influenciam o desempenho das operadoras de planos de saúde.

- **Específicos**

- ✓ Analisar os fatores internos que influenciam o desempenho das operadoras;
- ✓ Analisar os fatores externos que influenciam o desempenho das operadoras.

Feita a introdução inicial do trabalho, contemplando a apresentação da questão de pesquisa e dos objetivos geral e específicos na seção 2, destaca-se o referencial teórico que serviu de base para a elaboração das hipóteses de pesquisa, para a condução da mesma e para análise dos resultados e conclusões alcançadas.

A seção 3 apresenta aspectos relevantes do mercado de saúde, sobretudo da saúde suplementar, com o propósito de descrever os principais fatores que influenciam na dinâmica daquele mercado, sendo estes tópicos muito importantes para a compreensão das particularidades desse ambiente competitivo e para análise dos resultados desta pesquisa.

A seção 4 aponta as hipóteses que nortearam a realização da pesquisa propriamente dita e que contribuíram para a análise dos resultados alcançados. Já a seção 5 descreve os procedimentos metodológicos utilizados neste trabalho que possibilitaram sua execução, tendo na seção 6 a avaliação e interpretação dos dados obtidos. Por fim, a seção 7 traz as considerações finais, conclusões, limitações desta pesquisa e a sugestão de novas abordagens relacionadas ao tema estudado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A estrutura deste referencial teórico busca apresentar os tópicos que compõem o desempenho das organizações e os aspectos que podem influenciar nos seus resultados. Dessa maneira, a subseção 2.1 apresenta autores que estudaram a importância da vantagem competitiva para a sustentabilidade das organizações e suas principais características. A subseção 2.2 se aprofunda no desempenho organizacional e, para tanto, destaca relevantes pesquisas sobre o tema. Já na seção 2.3 são avaliados os modelos de avaliação utilizados para analisar o desempenho das organizações.

As subseções 2.4 e 2.5 se concentram na identificação e análise de aspectos que influenciam ou que podem influenciar nos resultados das empresas. Enquanto a subseção 2.4 se concentra nos aspectos externos que podem comprometer o desempenho das empresas, considerando fatores como localização geográfica e ambiente competitivo, a subseção 2.5 foca nos aspectos internos, em especial à importância do porte (tamanho) das organizações.

Essa estrutura se propõe, dessa forma, a facilitar a compreensão do tema, buscando coerência com os objetivos desta pesquisa.

2.1 Vantagem Competitiva

Em um ambiente de intensa competição, o desempenho de muitas organizações depende de sua condição de interpretar e implementar mudanças e promover adequações estratégicas, considerando novas soluções e competências (ROMAN ET AL., 2012). Por esta razão, a busca pela compreensão dos diferentes desempenhos das firmas, mesmo atuando dentro de um mesmo mercado, encontra análises diferentes nas teorias administrativas.

Algumas firmas têm desempenho acima da média dos concorrentes por possuírem um diferencial único, difícil de reproduzir pelos rivais, ou seja, apontam presença de vantagem competitiva (PORTER, 1985; PRAHALAD; HAMEL, 1990; BARNEY, 1991; PETERAF; BARNEY, 2003; BRITO; BRITO, 2012).

A vantagem competitiva teria relação com recursos e capacidades que tornam as firmas diferenciadas. Porém, para possuírem um caráter estratégico, “as capacidades precisam ser orientadas para o mercado, atendendo às necessidades específicas e únicas dos clientes, de modo que o preço não dependa da concorrência, e difíceis de reproduzir, para que os lucros não sejam afetados pela concorrência” (SILVEIRA-MARTINS; TAVARES, 2014, p.315).

As capacidades estão relacionadas a fatores que expressam habilidades e competências com impacto positivo no diferencial competitivo e nos resultados. Esses fatores “relacionam-se às pessoas, aos métodos e à capacidade de planejamento, de organização e de controle, em níveis capazes de fazer frente às organizações concorrentes” (ROMAN ET AL., 2012, p.30).

Brandenburger e Stuart Jr. (1996) destacam que a vantagem competitiva seria o valor criado a partir da diferença entre a disposição a pagar pelo cliente e o custo de oportunidade dos fornecedores. Assim, “em função das interações com fornecedores e clientes, a empresa pode criar mais valor e expandir as fronteiras da disposição a pagar e o custo de oportunidade” (BRITO; BRITO, 2012, p.71).

A análise da vantagem competitiva da firma se baseia também na avaliação sobre o que ela faz, ou pode fazer, com os recursos que dispõe ao longo do tempo. Ou seja, a vantagem competitiva “se baseia na capacidade estratégica da firma em focar a coordenação do esforço humano e a habilidade de avaliar efetivamente a posição do recurso da firma” (KRETZER; MENEZES, 2006, p. 71).

Para que uma vantagem competitiva seja considerada como tal, ela deve possuir algumas características. Barbosa e Cintra (2012) apresentam algumas delas, ressaltando que ambas devem estar presentes para que essa vantagem se mantenha no longo prazo:

- a) **Heterogeneidade:** valor superior dos recursos de uma firma em relação aos recursos equivalentes de seus rivais associada à raridade da disponibilidade desses recursos;
- b) **Sustentabilidade:** capacidade do recurso de sustentar seu valor superior no longo prazo;
- c) **Apropriabilidade:** permanência de disponibilidade dos recursos à empresa, tendo seu custo inferior ao valor do retorno que gera.

A vantagem competitiva pode ainda apresentar características específicas conforme apontado por Kretzer e Menezes (2006):

1. **Vantagem competitiva posicional:** contempla as condições que definem o tipo, a magnitude e a natureza do estoque de recursos adquiridos ou desenvolvidos pela firma, com foco nos aspectos que limitam sua reprodução por outras firmas;

2. **Vantagem competitiva sustentável:** contempla as condições que garantem e sustentam a firma a reter os recursos que são próprios dela e que não são facilmente reproduzíveis.

Diante disso, as organizações procuram criar valor, de forma sustentável, através dos seus recursos. Contudo, “valor criado não é necessariamente valor apropriado; enquanto o custo de oportunidade e disposição a pagar define o valor criado, preço e custo definem o valor apropriado” (BRITO; BRITO, 2012, p.71).

Essa condição é reforçada por Kotabe, Srinivasan e Aulakh (2002) onde através da diferenciação dos produtos e serviços, em relação aos concorrentes, é possível cobrar preços superiores, tendendo a influenciar positivamente no desempenho da firma. Dessa forma, essa diferenciação está diretamente relacionada à performance financeira da organização. Brito e Brito (2012) destacam que essa relação pode promover os seguintes resultados:

- Lucratividade superior e manutenção da participação de mercado;
- Lucratividade média e crescimento da participação de mercado; ou
- Lucratividade superior e crescimento da participação de mercado.

Contudo, é importante destacar também que o desempenho financeiro superior não significa necessariamente a presença de vantagem competitiva e que a existência desta última pode não resultar em lucratividade (BRITO; BRITO, 2012). Isso dependerá, no último caso, da apropriação de valor por parte da firma e, na primeira situação, outros aspectos do mercado podem proporcionar ganhos financeiros para a organização.

2.1.1 Criação e manutenção do valor no tempo

A criação e sustentação da vantagem competitiva ao longo do tempo é desafio para muitas organizações. Essa dinâmica pode levar vários anos e promover, durante esse período, diferentes índices de desempenho (BRITO; BRITO, 2012).

Oliveira, Gonçalves e Paula (2013) destacam que a criação de valor depende também do conhecimento tácito disponível na organização e nos relacionamentos construídos ao longo do tempo (*path dependence*). Dessa forma, “a firma deve ser vista em uma perspectiva histórica (evolucionária), na qual sua posição corrente é, frequentemente, formada pelo caminho que ela tem percorrido (dependência de caminho)” (KRETZER; MENEZES, 2006, p.72). Essa condição não pode ser reproduzida rapidamente pelos concorrentes.

Prahalad e Hamel (1995) também reforçam que a vantagem competitiva é resultado das competências organizacionais desenvolvidas ao longo do tempo, num processo de aprendizado coletivo contínuo. Assim, o resultado desse processo não pode ser facilmente copiado, contribuindo para o desenvolvimento de novos negócios.

A vantagem competitiva, para se manter como diferencial estratégico, precisa ser sustentável e essa sustentabilidade “é subsequente a uma posição superior ganha pela firma, gerando retornos superiores ao resistirem à erosão (diluição) pelo comportamento dos competidores” (KRETZER; MENEZES, 2006, p.78).

Essa manutenção (da vantagem competitiva) exige, normalmente, que a firma estabeleça condições para reter seus recursos estratégicos utilizando mecanismos de proteção (KRETZER; MENEZES, 2006). Isso porque algumas dessas vantagens, conforme apontado por Sirmon et al. (2010), tendem a ser rapidamente desenvolvidas e melhoradas pelos seus rivais através da criação, ou aperfeiçoamento de produtos, serviços e tecnologias.

Assim, “quanto mais rápido a concorrência agir de forma inovadora e dinâmica, tanto mais determinante se torna a necessidade de ação e reação da firma para se manter sustentável no mercado” (SILVEIRA-MARTINS; TAVARES, 2014, p.300).

Para isso, a organização precisa compreender quais são seus fatores críticos de competitividade e como estes estão relacionados com os resultados da organização. Compreendendo essa dinâmica, a instituição pode estar melhor preparada para o ambiente competitivo, buscando aperfeiçoar produtos e processos, utilizando boas práticas, reduzindo os níveis de incertezas, atendendo a necessidade dos clientes e melhorando seu desempenho (ROMAN ET AL., 2012).

2.2 Desempenho Organizacional

A presença da vantagem competitiva em algumas organizações pode resultar em melhor desempenho conforme apontado anteriormente. Contudo, o próprio conceito de desempenho organizacional apresenta variações entre os pesquisadores que se dedicam a seu estudo, faltando ainda consenso sobre qual é a sua melhor definição (BARBOSA; CINTRA, 2012).

Uma das abordagens clássicas, destacada por Venkatraman e Ramanujam (1986), menciona desempenho organizacional como uma forma de mensuração da eficácia organizacional de forma mais abrangente. Aqueles autores consideram, além dos indicadores financeiros, também indicadores operacionais, pois esses últimos auxiliam no melhor entendimento dos fatores de sucesso que levam a firma a obter melhor desempenho financeiro.

Ao longo do tempo, conforme o contexto histórico, social e econômico, esse conceito sofreu variações. Hirata (1994) destaca que no regime fordista, que tinha foco maior em produtividade, critérios de desempenho estavam mais relacionados à lucratividade e ampliação produtiva. Já Santos (2008) aponta que, a partir da década de 1970, passou-se a considerar também aspectos relacionados à eficiência das estruturas e processos organizacionais, além da capacidade da firma em obter recursos do ambiente. Todavia, na década de 1980, associou-se também desempenho à satisfação dos grupos que se relacionam com a organização.

Tão importante quanto obter desempenho é conseguir mantê-lo ao longo do tempo. Richard et al. (2009) citam que essa observação no tempo serve para considerar os efeitos das decisões estratégicas das firmas, ponderada por fatores internos e externos à organização e melhor entendimento da atividade organizacional.

A lucratividade é um dos parâmetros que pode ser utilizado para avaliar o desempenho organizacional no tempo. Brito e Brito (2012), considerando os trabalhos de Hawawini, Subramanian e Verdin (2003) e Morrow Jr. et al. (2007), citam o valor de mercado da organização como um parâmetro mais abrangente e de longo prazo.

Um contraponto a esse entendimento, também apontado pelos autores, é que essa medida é também influenciada por aspectos externos a firma, impactando na composição dos preços das ações e se refletindo no seu valor de mercado. Contudo, medidas de mercado são também influenciadas por fatores externos ao contexto da empresa, que afetam a formação dos preços das ações e, conseqüentemente, o valor de mercado da empresa (BRITO; BRITO, 2012).

Outra alternativa para observar o desempenho das empresas, também apontada por Brito e Brito (2012), mas desta vez a partir do trabalho de McGuire, Scheeweis e Branch (1990), seriam medidas de reputação organizacional que consideraram o percurso trilhado pela firma ao longo do tempo.

Dessa forma, conforme apontado por Damke e Gimenez (2014), o desempenho organizacional, positivo ou negativo, é resultante de complexas interações entre as condições ambientais nas quais as firmas estão inseridas, de processos internos destas mesmas firmas e do comportamento estratégico dos seus dirigentes.

2.2.1 Pesquisas sobre desempenho

O desempenho alcançado pelas organizações promove efeitos diversos no cotidiano de clientes, executivos, fornecedores, acionistas e, inclusive, nações. Por isso sua compreensão atrai a atenção de diversos pesquisadores, resultando na produção de muitos trabalhos acadêmicos (DAMKE; GIMENEZ, 2014; SILVA; SANTOS; MACEDO, 2015).

Contudo, alguma das dificuldades encontradas no estudo do desempenho organizacional deve-se a complexidade e multidimensionalidade desse construto, resultando em muitas abordagens incompletas, seja por não considerar aspectos importantes no contexto da firma ou pela dificuldade em selecionar os melhores parâmetros de mensuração de desempenho (HITT; BOYD; LI, 2004; BARBOSA; CINTRA, 2012; SILVEIRA-MARTINS; TAVARES, 2014; DE-CARVALHO; DIAS, 2016).

Em função desse certame, trabalhos sobre desempenho organizacional vêm apresentando resultados conflitantes e muitas dessas inconsistências, segundo Hitt, Boyd e Li (2004), deve-se, além da dificuldade de conceitualização e mensuração do construto, à diversidade do escopo de análise ou da natureza do objeto de pesquisa.

Tal desafio resulta no desenvolvimento de muitas pesquisas a partir de variáveis isoladas, tendo a maioria delas foco na dimensão financeira, mais precisamente em indicadores de lucratividade, ainda que outros parâmetros não financeiros como qualidade e eficiência operacional possam contribuir também (VENKATRAMAN; RAMANUJAM, 1986; BRITO; BRITO, 2012).

Eficiência operacional pode ser entendida como a eficiência de suas estruturas e processos, influenciada pelo clima organizacional (BARBOSA; CINTRA, 2012) que, por sua vez, é composta pela adequada integração de processos, gestão da informação e bom relacionamento nas cadeias horizontal e vertical de trabalho. Contudo, avaliar esse tipo de performance, em função das múltiplas interações, é muitas vezes complexo.

Pesquisas voltadas para identificação de aspectos relacionados ao desempenho das organizações foram realizadas mais recentemente no Brasil por autores como: Barbosa e Cintra (2012); Brito e Brito (2012); Roman et al. (2012); Cunha e Corrêa (2013); Damke e Gimenez (2014); Dias et al. (2014); Kuhl, Kuhl e Gusmão (2014); Silveira-Martins e Tavares (2014); Soares e Melo (2014); De-Carvalho e Dias (2016); e Munaretto e Corrêa (2016).

Barbosa e Cintra (2012) avaliaram como os construtos Inovação, Competências e Desempenho Organizacional estão inter-relacionados. Para tanto, os autores destacam a importância da gestão de competências como ferramenta de gestão de recursos humanos e a gestão da inovação traduzida em vantagem competitiva para as organizações.

Brito e Brito (2012), por sua vez, destacam a presença de vantagem competitiva como principal explicação para a diferença de desempenho entre as empresas. Nessa linha os autores destacam que o desempenho deve ser avaliado não somente como rentabilidade superior, mas também considerando outros aspectos como a participação de mercado.

Roman et al. (2012) fizeram um levantamento da produção científica entre os anos de 2000 a 2009, no Portal de Periódicos da CAPES, de temas relacionados ao desempenho das organizações através de palavras-chave como competitividade, produtividade, eficiência e desempenho/performance organizacional, resultando na identificação de 486 trabalhos. Esses trabalhos foram agrupados, possibilitando identificar 15 fatores de desempenho organizacional: Alianças Estratégicas, Capital Humano, Confiabilidade, Conhecimento, Custo, Fatores Culturais, Flexibilidade, Inovação, Qualidade, Rapidez, Relacionamento com Clientes, Responsabilidade Social, Sistemas de Controle, Técnicas de Produção e Tecnologias da Informação e Comunicação. Essa pesquisa evidenciou como há uma grande diversidade de aspectos que influenciam, ou podem influenciar, o desempenho das organizações.

Trabalho nesse sentido foi elaborado por Soares e Melo (2014) que buscaram identificar em publicações nacionais (revistas da base de dados Scielo e dos estratos Qualis A1, A2 e B1) da área de Administração, Contabilidade e Turismo, produção científica sobre avaliação de

desempenho organizacional. Os autores identificaram que entre 2011 e 2012 houve maior frequência de pesquisas nesse tema.

Cunha e Corrêa (2013) procuraram desenvolver um modelo para avaliação de desempenho voltado para hospitais filantrópicos, comparando a eficiência daquelas organizações. Para isso, foram coletados dados junto a 70 hospitais em pesquisa de campo.

Já Damke e Gimenez (2014) analisaram aspectos que influenciam o desempenho de empresas de pequeno porte do setor de varejo. Os dados das 228 empresas pesquisadas foram avaliados pela técnica de análise de *clusters*, relevando dois grupos de empresas com configurações e níveis de desempenho distintos. Os autores constataram que os fatores que influenciam o desempenho dessas empresas são mais complexos do que se poderia julgar.

Dias et al. (2014) analisaram empresas de capital aberto para avaliar aspectos estratégicos e de composição do Conselho de Administração no desempenho das organizações. Eles identificaram que as empresas que tinham maior número de integrantes no Conselho, contando também com maior independência do mesmo e que eram mais diversificadas, apresentavam desempenho médio superior.

A análise do desempenho das 500 maiores empresas estabelecidas no Brasil, a partir da publicação da edição especial Melhores e Maiores 2011 da Revista Exame foi a proposta do trabalho de Kuhl, Kuhl e Gusmão (2014). Essa análise foi também decomposta por estado, região, segmento econômico e controle acionário de modo a avaliar se haviam diferenças significativas nessas perspectivas.

Silveira-Martins e Tavares (2014) estudaram a relação entre as capacidades mercadológicas de uma empresa do setor agrícola e o seu desempenho considerando, nesse processo, a mediação da incerteza ambiental.

De-Carvalho e Dias (2016) investigaram a influência do ambiente da indústria no desempenho de firmas brasileiras. Eles evidenciaram que quanto maior a rivalidade, maior a possibilidade de se obter receitas através da venda de produtos, desde que essa rivalidade não seja intensa a ponto de dificultar o acesso aos valores das vendas.

O uso de indicadores de desempenho em Cooperativas de Eletrificação foi verificado por Munaretto e Corrêa (2016). Foi observado que os gestores utilizam mais indicadores relacionados à eficiência operacional, relacionamento com seus cooperados e aspectos econômicos financeiros, voltados mais para monitoramento e controle e tomada de decisão.

Por outro lado, Viana et al. (2012), Alves (2013); Baldassare (2014); Pinheiro et al. (2015); Silva, Santos e Macedo (2015); Silva e Loebel (2015) tiveram como foco as operadoras de planos de saúde, objeto de pesquisa deste trabalho e que foram comentados mais adiante.

2.3 Avaliação de Desempenho

As organizações normalmente estão sujeitas a mudanças no ambiente competitivo, seja pela evolução natural dos competidores ou por inovações em processos e produtos, facilitada por avanços tecnológicos. Isso faz com que as organizações necessitem cada vez mais estabelecer ferramentas e parâmetros que possibilitem medir e avaliar o seu desempenho, contribuindo para monitorar, comparar e corrigir sua atuação (KUHL; HUHL; GUSMÃO, 2014; SOARES; MELO, 2014; PINHEIRO ET AL., 2015; MUNARETTO; CORRÊA, 2016).

Por sua vez, a definição de parâmetros de avaliação não é tão simples. Richard et al. (2009) apontam que o desempenho é um constructo multidimensional e a definição de um único índice não é suficiente para avaliar adequadamente uma organização.

Essa análise deve ainda ser feita considerando a constituição e orientações estratégicas da empresa (SOARES; MELO, 2014; MUNARETTO; CORRÊA, 2016). Assim, sua definição “deve ser orientada pelos objetivos específicos da firma para suas unidades de negócio. Por exemplo, o desempenho esperado por firmas tipicamente capitalistas (lucro) não é em sua total abrangência o mesmo desempenho esperado pelo governo ou pelo terceiro setor” (BARBOSA; CINTRA, 2012, p.50).

A análise de desempenho deve, então, estar condicionada à definição e superação dos objetivos organizacionais, refletindo a habilidade da empresa em gerir adequadamente seus recursos, fazer boas escolhas, adaptar-se bem ao seu contexto competitivo e atender às expectativas dos clientes e acionistas (BARBOSA; CINTRA, 2012; SILVEIRA-MARTINS; TAVARES, 2014; SILVA; SANTOS; MACEDO, 2015).

Essa avaliação, segundo Dutra (2005), deve:

- a) identificar os aspectos considerados importantes no contexto organizacional;
- b) avaliar esses aspectos;

c) identificar o desempenho organizacional; e

d) promover ações de aperfeiçoamento.

Para tanto, é necessário estabelecer padrões de avaliação que possibilitam identificar a transição entre o que foi esperado da organização e o que ele conseguiu entregar em um período pré-determinado, buscando ações de melhoria de desempenho (SILVEIRA-MARTINS; TAVARES, 2014; SILVA; SANTOS; MACEDO, 2015).

Esse processo deve ser contínuo, retroalimentando o processo de tomada de decisão, ou seja, a análise de desempenho deve possibilitar a identificação de pontos de melhoria que, por sua vez, devem calibrar o instrumento de avaliação, redefinindo a estratégia da organização.

Cabe lembrar que outros fatores também podem ter influência no desempenho da organização. Barney (1986) destaca, inclusive, que retornos acima da média obtidos pela firma podem ser reflexos de imperfeições competitivas, isto é, situações extremamente favoráveis e atípicas. Essas distorções podem ocorrer por despreparo dos rivais, acesso privilegiado a informações estratégicas ou toda sorte que beneficie a firma.

Em outra perspectiva, Munaretto e Corrêa (2016) alertam para o risco de se estabelecer indicadores que avaliem o desempenho da organização apenas no curto prazo. Segundo os autores, a definição de indicadores voltados apenas a aspectos operacionais e financeiros, sem considerar temas como inovação e crescimento, fundamentais para a análise a longo prazo, pode comprometer a sustentabilidade da organização.

Outro apontamento feito por Munaretto e Corrêa (2016) é que em ambientes muito regulados a utilização de indicadores tende a cumprir normas regulatórias. Assim, o modelo de avaliação deve balancear aspectos regulatórios, operacionais, financeiros e de longo prazo.

2.3.1 Parâmetros de avaliação

Gestores e pesquisadores vêm se dedicando a buscar métricas e parâmetros que auxiliam na identificação da performance das organizações. Essa avaliação de desempenho pode ser explicada, de acordo com Neely (1998), como o esforço para mensurar a eficiência e a efetividade das ações da firma, considerando a aquisição, classificação, análise e disseminação

dos dados obtidos. A partir desse processo é possível avaliar a evolução ou não da empresa de modo a ampliar os aspectos positivos e agir sobre as eventuais fragilidades da organização.

Contudo, Hitt, Boyd e Li (2004) alertam que a mensuração de desempenho, caso não seja feita utilizando parâmetros adequados, pode levar a resultados diferentes e inconclusivos, não contribuindo para ampliar o conhecimento sobre os aspectos que provocam e influenciam a performance organizacional.

Para evitar que isso ocorra, Macedo et al. (2006) destacam a necessidade de definir etapas para se estabelecer um adequado sistema de avaliação de desempenho. Para tanto, deve-se elencar os itens que deverão ser considerados na avaliação, quais ferramentas serão utilizadas e quais objetivos deverão ser atingidos. Ou seja, essa iniciativa deve ser orientada pela mensuração entre a criação de valor, pela firma e seu desempenho no contexto competitivo (BRITO; BRITO, 2012).

Silveira-Martins e Tavares (2014), citando Pelham e Wilson (1996), apontam que o desempenho organizacional pode ser avaliado, além da expectativa criada pela própria empresa, também em relação ao desempenho dos seus concorrentes. Essas duas perspectivas, combinadas, podem reproduzir a posição competitiva da firma, isto é, identificar se a empresa é capaz de gerar vantagem competitiva em relação a seus rivais no ambiente competitivo (BRITO; BRITO, 2012).

Por outro lado, em função da complexidade do contexto empresarial, Macedo, Barbosa e Dal-cim (2007) destacam não haver um modelo de avaliação que contemple todas as nuances dos diversos mercados e arenas competitivas. Isso dificulta ainda a comparação entre organizações e a identificação de fatores que diferenciem o desempenho empresarial (BARBOSA; CINTRA, 2012).

Outro desafio apontado por Hitt, Boyd e Li (2004) é a dificuldade em obter dados válidos e minimamente comparáveis para a mensuração de desempenho. Para isso, no caso de ausência de dados secundários seguros, algumas pesquisas procuram utilizar indicadores subjetivos (de percepção) que, por sua vez, trazem outros desafios para os pesquisadores como a eventual imprecisão das informações e o viés do respondente (SILVEIRA-MARTINS; TAVARES, 2014).

A constatação de não haver um modelo único ou padronizado de avaliação de desempenho para todas as firmas promove o desenvolvimento de diversos exercícios voltados

à identificação de um instrumento que possibilite avaliar, ao menos minimamente, a performance de uma organização. Uma organização pode, inclusive, “valorizar um critério percebido como gerador de competitividade, em detrimento de outro, conforme suas condições específicas de atuação” (ROMAN ET AL., 2012, p.32).

Contudo, Soares e Melo (2014), citando Corrêa e Hourneaux Jr. (2008), destacam que os modelos de avaliação devem apresentar enfoque sistêmico, refletindo diversas perspectivas da organização e não somente algumas áreas ou departamentos, e enfoque estratégico, estando integrados com suas diretrizes estratégicas.

Nesse sentido, muitos autores destacam que essa iniciativa deve contemplar aspectos financeiros, identificados através de artefatos contábeis-financeiros e aspectos não financeiros como satisfação dos clientes, qualidade de atendimento e eficácia de processos (GONÇALVES ET AL., 2005; PORTER; TEISBERG, 2007; VELOSO; BANDEIRA-DE-MELLO; MALIK, 2013; KUHL; KUHL; GUSMÃO, 2014).

Para avaliação dos processos de trabalho, Barbosa e Cintra (2012) lembram que habitualmente são consideradas as medidas específicas das áreas funcionais muitas vezes mensuradas através de ferramentas de Tecnologia da Informação.

Outros exemplos de parâmetros de desempenho são a lucratividade, utilizada na maioria das pesquisas sobre desempenho, liquidez, participação de mercado, crescimento, valor de mercado, desenvolvimento tecnológico e desempenho operacional da firma (BRITO; BRITO, 2012; DIAS ET AL., 2014).

Contudo, ciente das limitações da utilização apenas de métricas financeiras, muitas empresas buscam balancear seus sistemas de mensuração de desempenho, considerando também métricas não financeiras (PORTER; TEISBERG, 2007; VELOSO; BANDEIRA-DE-MELLO; MALIK, 2013; SILVA; SANTOS; MACEDO, 2015). Afinal, “a ancoragem em modelos de observação de variáveis de retorno simplifica o conceito de desempenho e despreza os demais efeitos da criação de valor” (BRITO; BRITO, 2012, p.71).

Assim, Barbosa e Cintra (2012), citando Demsetz (1973), apontam que, em função da limitação das métricas financeiras, as empresas devem focar menos na estrutura da indústria e no poder de mercado e mais na habilidade em atender de forma mais eficaz e eficiente às necessidades dos seus clientes. Em decorrência disso, muitas organizações têm, como um dos seus principais indicadores, a satisfação dos clientes como medida de desempenho.

Buscando esse equilíbrio, Kaplan e Norton (1992) desenvolveram o Balanced ScoreCard (BSC), um modelo para medição de desempenho com a proposta de possibilitar uma visão mais abrangente das áreas estratégicas da organização, agrupando objetivos através de perspectivas financeiras, de clientes, dos processos internos e de aprendizado e crescimento. Nesse modelo, diversas métricas são incluídas e categorizadas dentro das perspectivas propostas buscando facilitar sua identificação e acompanhamento.

2.3.2 Desempenho econômico-financeiro

Medidas de performance financeira, conforme abordado anteriormente, são mais frequentes nas pesquisas sobre desempenho, sobretudo aquelas relacionadas à lucratividade. Rowe e Morrow Jr. (1999) explicam que isso ocorre porque medidas contábeis são mais adequadas à mensuração de curto prazo e também porque refletem dados históricos em relação à empresa. Outra vantagem é a disponibilidade e a padronização dessas informações o que facilita o desenvolvimento de pesquisas e a comparação de desempenho entre empresas ou mesmo o desempenho de uma firma ao longo do tempo.

Contudo, Pinheiro et al. (2015), citando Martins (2005), destacam que ao fazer a análise econômico-financeira de uma empresa é necessário conhecer o mercado em que a mesma atua, afinal cada setor possui suas características distintas.

A avaliação econômico-financeira é de grande importância para as empresas, possibilitando o monitoramento dos resultados de suas atividades (SILVA; LOEBEL, 2015). Esses indicadores apontam “os pontos fracos e fortes da empresa sobre uma ótica operacional e financeira e são usados para prever as decisões estratégicas futuras” (VIANA ET AL., 2012, p.4). Assim, diversos indicadores econômico-financeiros podem ser utilizados para avaliar o desempenho de uma organização (KUHL; KUHL; GUSMÃO, 2014).

Dentre essas medidas uma das mais utilizadas é o Lucro Antes de Impostos, Taxas, Depreciação e Amortização (LAJIDA ou EBITDA, em inglês). Ela mensura a capacidade da organização em gerar resultado financeiro a partir de sua atividade operacional, não considerando o impacto de aspectos alheios a empresa como regime de impostos, taxas ou depreciação. Também não leva em conta resultados obtidos através de ações não operacionais

como a venda de ativos e resultados no mercado financeiro (SILVA, 2010). Em função dessas características, essa medida é muito utilizada para comparar desempenho entre firmas.

Outra medida também muito empregada em estudos de estratégia é a lucratividade a partir da variável Retorno sobre Ativos (ROA) (BRITO; BRITO, 2012; KUHL; KUHL; GUSMÃO, 2014). Esta métrica proporciona avaliar a eficiência global da firma a partir da geração de lucros através de seus investimentos totais (SILVA, 2010). Ela permite acompanhar o quanto a firma é capaz de gerar resultado usando seus recursos internos, representando um indicador com grande poder explicativo sobre o desempenho da firma (BALDASSARE; 2014).

Contudo, o ROA contempla o resultado líquido da organização, podendo contemplar, além do resultado operacional (fruto de sua atividade fim), outros resultados não operacionais (aplicações financeiras e venda de serviços e produtos não relacionados diretamente a sua operação). Em função disso, alguns estudos costumam utilizar o índice Retorno Operacional sobre Ativos (OROA), calculado pela relação entre o resultado operacional e o ativo total da organização (BALDASSRE; 2014; SILVA; LOEBEL, 2015).

2.4 Aspectos externos influenciando desempenho

Um dos aspectos mais estudados no desempenho das organizações é a influência do ambiente externo. De-Carvalho e Dias (2016) destacam, inclusive, que nas últimas décadas as pesquisas em estratégia que abordaram essa influência ampliaram consideravelmente.

Uma das principais contribuições nesse sentido é o trabalho de Milles e Snow (1978). Para aqueles autores as organizações estão integradas em um ambiente de influências e relacionamentos diversos. Esse ambiente é dinâmico, complexo e heterogêneo e envolve ações governamentais, fornecedores, clientes e concorrentes, representando fontes de incerteza e imprevisibilidade. Para manterem desempenhos positivos duradouros, as empresas precisam desenvolver padrões de comportamento estratégico alinhados com as condições ambientais.

Silveira-Martins e Tavares (2014), citando Duncan (1972), apontam que a incerteza ambiental é composta por três aspectos:

a) Falta de informação dos fatores ambientais associados à tomada de decisão pela organização;

- b) Desconhecimento do resultado de uma decisão específica em relação ao que a organização poderá perder se a decisão for imprecisa; e
- c) Incapacidade de atribuir probabilidades com algum grau de confiança em relação à forma como o ambiente afetará o sucesso ou insucesso durante a gestão do tomador de decisões.

Davis, Eisenhardt e Bingham (2009) mencionam que ambientes de alta complexidade e incerteza promovem grandes dificuldades para as empresas, resultando em desempenho insatisfatório para boa parte delas.

A influência do ambiente no desempenho da firma é muito estudada pela escola Estrutura-Condução-Desempenho (ECD) (Kretzer e Menezes, 2006). O Paradigma ECD pressupõe que “o desempenho das indústrias depende da conduta de vendedores e compradores, que é dependente da estrutura do mercado” (COSTA; GARCIA, 2009, p.146).

Scherer e Ross (1990) apontam que o ECD procura identificar variáveis que influenciam o desempenho das firmas, buscando determinar relações entre essas variáveis e o resultado alcançado. Aqueles autores apontam como variáveis da estrutura de mercado: o número de vendedores e compradores, a diferenciação de produtos, as barreiras de entrada, a estrutura de custo, integração vertical e a diversificação. Como variáveis de conduta são destacados: comportamento de preços, pesquisa e inovação, projetos de investimentos e publicidade. E como variáveis de desempenho: lucro, evolução, eficiência e participação de mercado.

2.4.1 Aspectos geográficos e socioeconômicos

Um dos fatores ambientais que usualmente tem expressiva influência para muitas organizações é a região geográfica em que atua, isto é, sua localização (KUHL; KUHL; GUSMÃO, 2014; ANDRADE ET AL.; 2015).

Ainda que a empresa normalmente defina a cidade onde vai se instalar e os mercados onde vai participar, podendo ter uma atuação mais regional, nacional ou global, sendo, portanto, uma escolha da organização, aspectos locais podem influenciar em seu desempenho (HAMZA; SAAB; RODRIGUES FILHO, 2012). Esses fatores podem estar relacionados à infraestrutura disponível na região (fontes de energia, fatores logísticos, saneamento básico), geração de riqueza local, disponibilidade de bons profissionais, baixos índices de criminalidade, etc.

Esses aspectos não apenas influenciam nos resultados de muitas organizações, como também podem caracterizar o perfil desse desempenho. Pesquisa desenvolvida por Kuhl, Kuhl e Gusmão (2014), analisando o desempenho das 500 maiores empresas do país segundo publicação de 2011 da Revista Exame, apontou que as empresas da região Norte do Brasil, listadas nesse *raking*, apresentam bons índices de desempenho em média. Das empresas listadas situadas na região Nordeste observa-se predominância de desempenho com foco em liquidez, comportamento semelhante ao das empresas da região Centro-Oeste. Foi destacado também que a maioria das empresas da região Sudeste tem desempenho com foco na rentabilidade e que as empresas da região Sul não têm um perfil de desempenho que se sobressaia aos demais. Apontou-se ainda que das empresas listadas entre as 500 maiores, 81% delas estão localizadas nas regiões Sul e Sudeste do país.

Nesse mesmo trabalho, os autores apontam que as empresas situadas nos estados do Rio de Janeiro, Santa Catarina e Minas Gerais têm, como predominância, foco na rentabilidade e que aquelas sediadas no Rio Grande do Sul possuem bons índices de desempenho em seu maior número. Já em São Paulo observa-se grupos de empresas com desempenho mais focadas em rentabilidade e liquidez (KUHLL; KUHLL; GUSMÃO, 2014).

Já do ponto de vista da demanda, Andrade et al. (2015) destacam a importância da delimitação de mercados atraentes, agrupando municípios em torno de cidades-polo, mesmo que distantes das regiões metropolitanas, sobretudo no Brasil onde há expressiva heterogeneidade socioeconômica em função de sua grande extensão territorial.

Nesse sentido, é muito importante observar o grau de competição nos mercados geográficos em que a empresa atua de modo a melhor definir a política de preços que será praticada, podendo inclusive ter estratégias diferentes para determinadas praças. Assim, “a empresa que praticar preços uniformes em mercados geográficos distintos de um mesmo produto poderá deixar de capturar uma parcela substancial de rentabilidade” (HAMZA; SAAB; RODRIGUES FILHO, 2012, p.78).

Regiões com maior poder aquisitivo por parte de seus habitantes podem ser estratégicas para melhorar as margens das vendas. Porém, segundo Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012), preços superiores podem ser ofertados com maior êxito em mercados de menor competição.

2.4.2 Rivalidade e competição

A influência do ambiente competitivo no desempenho das organizações, apontada por Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012), é também destacada por outros autores como Chandler (1962), Porter (1985), Simerly e Li (2000), Neis e Pereira (2014); De-Carvalho e Dias (2016); e Azevedo et al. (2016). Como cada organização percebe e reage de forma diferente aos fenômenos que ocorrem no ambiente competitivo, desempenhos muito distintos podem ser observados, inclusive no mesmo mercado de atuação (SIMERLY; LI, 2000).

Essa questão já era debatida por Chandler (1962), que abordava que as organizações tendem a ser geridas por meio da inércia e apenas adequavam suas iniciativas e estratégias quando o ambiente competitivo as pressionava.

Já para Porter (1985), a intensidade da rivalidade não influencia apenas o desempenho individual das organizações, como também afeta a rentabilidade da indústria enquanto reflexo da competição por ajustes de preços. Contudo, “a definição da indústria na análise do ambiente deve abranger com precisão quais firmas efetivamente competem entre si, pois é delas que a firma sofrerá o impacto das ações decorrentes de suas decisões estratégicas” (DE-CARVALHO; DIAS, 2016, p.505).

Responder a essa competição implica acompanhar a atuação e os resultados das empresas concorrentes (Porter, 2004), sobretudo em mercados com maior concentração de competidores nos quais as empresas têm maior flexibilidade na formação de preços. Contudo, “este poder é limitado pelas estratégias das demais organizações que, por terem tamanho significativo, podem mudar a dinâmica do próprio mercado” (HAMZA; SAAB; RODRIGUES FILHO, 2012, p.67).

Avaliar o grau de concentração de mercado é essencial para a formulação de estratégias por parte das organizações, sendo também objeto de diversos estudos nas últimas décadas. Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012), por exemplo, identificou forte relação entre o nível de rivalidade de determinado mercado pesquisado, contemplado pelo seu número de competidores e o nível de preços praticados, sendo que esses últimos tendem a ser maiores quanto menor for a quantidade de concorrentes. Assim, a quantidade de competidores deve ser considerada nas estratégias de preço e posicionamento das empresas.

Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012), citando Hutt e Speh (2004), apresentam os seguintes aspectos que devem ser considerados para a formação de preços:

- a) atingir um determinado retorno sobre o investimento;
- b) conquistar uma determinada participação de mercado;
- c) analisar a demanda, considerando a sensibilidade a preço dos consumidores e sua avaliação de valor percebido;
- d) avaliar seus custos e despesas;
- e) analisar a rivalidade entre os demais participantes da indústria;
- f) avaliar o impacto sobre demais produtos comercializados pela empresa (eliminar/minimizar a “canibalização” dos produtos);
- g) avaliar a influência de aspectos macroeconômicos (crise, recessão, expansão de crédito, entre outros);
- h) elencar fatores logísticos;
- i) estudar custos de mudança para o consumidor (em relação a outro concorrente);
- j) considerar aspectos legais.

No caso deste último item, Andrade et al. (2015) destacam que quando o preço é muito influenciado por aspectos legais/regulatórios, a competição entre os concorrentes pode ter, como consequência, excessiva diferenciação nos produtos ofertados.

Quando não impactados de forma decisiva por definições regulatórias, em situação de concorrência “os agentes econômicos conseguem ter no preço um sinalizador do quanto um bem é valorado pela sociedade, seja pelos custos envolvidos em sua produção, seja pelo benefício adicional de seu consumo” (AZEVEDO ET AL., 2016, p.7-8). Quando isso ocorre, “além do valor apropriado em lucratividade, o excedente do cliente, a parcela entre a disposição a pagar e o preço, trazem impactos positivos para o desempenho e podem ser mensurados em crescimento em participação de mercado” (BRITO; BRITO, 2012, p.81).

Azevedo et al (2016), lembram ainda que algumas falhas de mercado podem interferir no mecanismo de preço. Uma delas seria a chamada assimetria de informação, quando um dos envolvidos na negociação detém mais informações que as demais partes (por exemplo, um

vendedor saber que certo produto está em franca obsolescência, enquanto o comprador desconhece isso). A outra seria um agente realizar aumentos ou diminuições de preços sem sofrer as consequências da concorrência, conhecido como poder (ou concentração) de mercado.

Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012), citando Souza (1980), listam as seguintes condições para a presença de estruturas de mercado concentradas: existência ou tendência a fusões; políticas governamentais; e economias de escala.

2.5 Aspectos internos influenciando desempenho

A resposta, eficiente ou não, das organizações à complexidade do ambiente competitivo dependerá, além da quantidade e poder dos concorrentes, da capacidade e dos recursos que essas companhias dispõem. A presença de vantagem competitiva, como visto anteriormente, propicia o desempenho das empresas e sua sustentabilidade.

Para Miller (1987), citado por Damke e Gimenez (2014), há uma relação interdependente entre estratégia e estrutura organizacional de modo que ambas devem ser analisadas conjuntamente para que se obtenha bons resultados em ambientes complexos e dinâmicos onde se encontra a maior parte das empresas atualmente.

Para alcançar seus objetivos as organizações dependem dos recursos e capacidades que dispõem. Oliveira, Gonçalves e Paula (2013), citando Barney e Hesterly (2007), apontam recursos como ativos tangíveis e intangíveis que têm vínculo com a empresa e que podem ser utilizados para criar e implementar estratégias; e por capacidades como um subconjunto de recursos que permitem à empresa utilizar por completo os demais recursos que administra.

Rangel e Castro (2008) acrescentam que os recursos são os elementos a disposição das organizações que lhe permitem produzir serviços ou produtos, ou seja, são as entradas do processo de produção podendo ser identificados como equipamentos, patentes, estruturas, finanças, habilidades e competências. Essas competências, por sua vez, podem ser classificadas como gerencial, mercadológica ou tecnológica (SILVEIRA-MARTINS; TAVARES, 2014).

Os recursos e capacidades podem ser classificadas, conforme Oliveira, Gonçalves e Paula (2013), citando Barney (1991) e Barney e Hesterly (2007), da seguinte maneira:

- Financeiros: dinheiro de qualquer fonte (acionistas, investidores, credores, bancos, aplicações, lucros retidos, empréstimos);
- Físicos: equipamentos, acesso à matéria-prima, instalações, localização geográfica;
- Individuais: experiência, conhecimento, relacionamentos, habilidades;
- Organizacionais: sistemas formais e informais, estrutura de controle, cultura e reputação.

Prahalad e Hamel (1995), diferenciam recursos e capacidades. Enquanto os recursos representam as fontes das capacidades das empresas, são as capacidades que proporcionam a vantagem competitiva da firma e ambas, quando bem exploradas, tornam-se o diferencial competitivo das organizacionais.

As diferentes aplicações que se dão aos recursos e capacidades organizacionais entre as diferentes empresas é um dos aspectos que explicam, ou tentam explicar, os diferentes desempenhos observados nas firmas, sejam eles relacionados à participação de mercado, ao faturamento ou à lucratividade (KRETZER; MENEZES, 2006).

Neste contexto, as organizações precisam estabelecer estratégias que alinhem o nível de competição ao qual estão sujeitas, seus recursos e capacidades internas e objetivos estabelecidos pelos seus proprietários/acionistas. Esse alinhamento passa por “ajustes na estrutura organizacional, que podem ser caracterizadas pela formação de novos cargos, departamentos, órgãos, setores e até mesmo a exclusão ou alteração de estruturas internas” (NEIS; PEREIRA, 2014, p.10). Caso essa adequação não seja eficiente ela pode comprometer o alcance dos objetivos estabelecidos.

Contudo, nem sempre as organizações dispõem dos recursos que necessita, ou que entende necessitar. Daí, partem para sua aquisição no mercado. Essas aquisições podem representar a compra de equipamentos, sistemas e demais ativos ou ainda outras empresas de modo a absorver suas capacidades. Kretzer e Menezes (2006), mencionando Grant (1991), apontam que boa parte dessas aquisições advém da crença de que os recursos absorvidos da outra companhia podem ser utilizados de modo mais lucrativo.

2.5.1 Porte das organizações

As aquisições mencionadas anteriormente exigem, por vezes, o dispêndio de volumosos recursos, limitando esse tipo de operação por parte de pequenas e médias empresas, sendo essa condição, a capacidade de investimento, uma das maiores vantagens das grandes organizações.

Contudo, a adaptação contínua, tão exigida pelo mercado atualmente, é mais desafiadora para algumas organizações do que para outras. Para grandes companhias, em função do tamanho e da complexidade de sua estrutura organizacional, promover mudanças constantes pode ser um grande desafio, diminuindo sua adaptabilidade a contextos dinâmicos.

Ainda que empresas de grande porte usufruam de benefícios de escala, como a diluição de custos fixos e maior poder de negociação junto a fornecedores, pressionando o desempenho dos concorrentes (PORTER, 1985; HAMZA; SAAB; RODRIGUES FILHO, 2012; AZEVEDO ET AL., 2016), outros aspectos influenciam o desempenho de empresas de menor porte.

Essas organizações, muitas vezes, atendem a necessidades muito específicas do mercado e/ou atuam em regiões com baixa concentração de consumidores (BALDASSARE, 2014), demandas essas que não são interessantes para grandes companhias. Nesse sentido, segundo Damke e Gimenez (2014), cada vez mais empresas de pequeno porte vem chamando a atenção de muitos pesquisadores.

Pesquisa realizada por Damke e Gimenez (2014) apontou que, mesmo tendo estruturas simplificadas, essas empresas apresentam diversidade de recursos e capacidades e, nas organizações com melhor desempenho, predominam o comportamento prospectivo. Porém, essas empresas estão mais suscetíveis às mudanças no ambiente, o que limita sua atuação e a implementação de estratégias deliberadas. Para essas organizações a incerteza ambiental é mais intensa, exigindo delas maior eficiência, foco e agilidade tendo, muitas vezes, no comportamento e habilidade do seu líder, a principal explicação para seu desempenho.

Em função disso, no Brasil, por exemplo, existem instituições que auxiliam as micro e pequenas empresas, tendo o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) e associações comerciais e industriais espalhadas pelo país como maiores expoentes. Há ainda no Brasil políticas fiscais de incentivo a essas organizações.

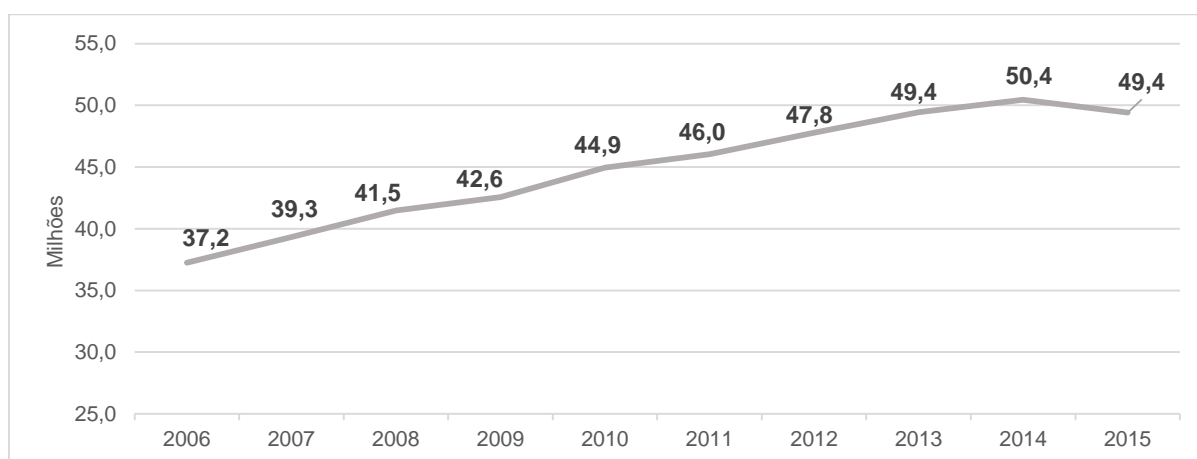
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

O mercado de saúde é um dos mais importantes da economia de uma nação. Além de prestar um serviço único e cuidar de um bem vulnerável a vida, esse setor emprega milhares de pessoas, contribuindo de forma decisiva no Produto Interno Bruto (PIB) da maioria dos países, promovendo o desenvolvimento de pesquisa e inovação em toda a sua cadeia produtiva (VELOSO, BANDEIRA-DE-MELLO; MALIK, 2013; VIANNA, 2015).

No entanto, no Brasil, diversas são as queixas quanto aos serviços de saúde pública, sobretudo nas unidades hospitalares dos grandes centros urbanos. Apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) ser reconhecido internacionalmente como um grande modelo de atenção universal e gratuita (BANCO MUNDIAL, 2015), as constantes dificuldades na sua operacionalização, seja por falta de recursos ou por má gestão de alguns de seus administradores, tornam esse serviço como ponto de insatisfação pela população. Um exemplo disso foi a pesquisa realizada pelo Instituto DataFolha que apontou que 92% da população está insatisfeita com o SUS (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

Como reflexo da ineficiência do sistema público de saúde, ano a ano vem crescendo o número de beneficiários de planos de saúde privados, conforme apontado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão que normatiza o mercado de planos de saúde privados. Entre 2006 e 2015, enquanto a população brasileira cresceu 9% (IBGE, 2016), o número de beneficiários de planos de saúde cresceu 33%, atendendo quase 25% da população brasileira, ou seja, próximo de 50 milhões de pessoas (ANS, 2016b).

Gráfico 1 - Beneficiários de planos de saúde de assistência médica - dez/2006 a dez/2015



Fonte: ANS (2016b)

Dessa forma, os serviços públicos e privados de saúde acabam por atuar de forma complementar, caracterizando o sistema de saúde brasileiro como um sistema misto onde o Estado e os cidadãos atuam no provimento e no financiamento dos serviços (ANDRADE ET AL., 2015; AZEVEDO ET AL., 2016).

No caso específico da saúde suplementar (privada) brasileira trata-se de um sistema no qual “é o cidadão (beneficiário) que, embora tenha acesso ao sistema público e possa continuar a usá-lo livremente, decide desembolsar um fluxo monetário contínuo para manter acesso a serviços de saúde” (AZEVEDO ET AL., 2016, p.28). Assim, esses beneficiários se vinculam às operadoras de planos de saúde de forma individual ou coletivamente (através das empresas, sindicatos ou associações de classe).

Já as operadoras de planos de saúde atuam “como uma plataforma multilateral que conecta beneficiários e prestadores de serviço” (AZEVEDO ET AL., 2016, p.73). Esses prestadores, por sua vez, são compostos por profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) e estabelecimentos (hospitais, clínicas, laboratórios, serviços de diagnóstico por imagem, entre outros).

Nesse sentido, o sistema de saúde suplementar é uma complexa cadeia de valores e atividades envolvendo beneficiários, empresas contratantes, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviço e fornecedores de equipamentos e insumos de assistência à saúde, tendo grande parte dessas interações estabelecidas através de contratos moderados por rígidas normas regulatórias (AZEVEDO ET AL., 2016).

Em função de tantas interações, há nesse mercado grande diversidade de produtos e serviços ofertados, tanto quanto em relação à amplitude da oferta como também na qualidade dos serviços, facilidade de acesso, preço, disponibilidade, entre outros fatores (ALVES, 2013; ANDRADE ET AL., 2015).

Porém, após a escolha do plano de saúde pelo beneficiário ou pela empresa, ainda que a legislação que rege o setor ter flexibilizado alguns pontos de forma mais recente, seguindo tendência observada nos setores bancários e de telecomunicações, há ainda aspectos que dificultam a migração entre os planos de saúde (ANDRADE ET AL., 2015). Entre esses fatores há o fato de que, como a rede de prestadores credenciada junto às operadoras pode ser diferente, a migração entre planos de operadoras diferentes pode resultar na limitação de acesso a certos prestadores, representando custos de mudança (AZEVEDO ET AL., 2016).

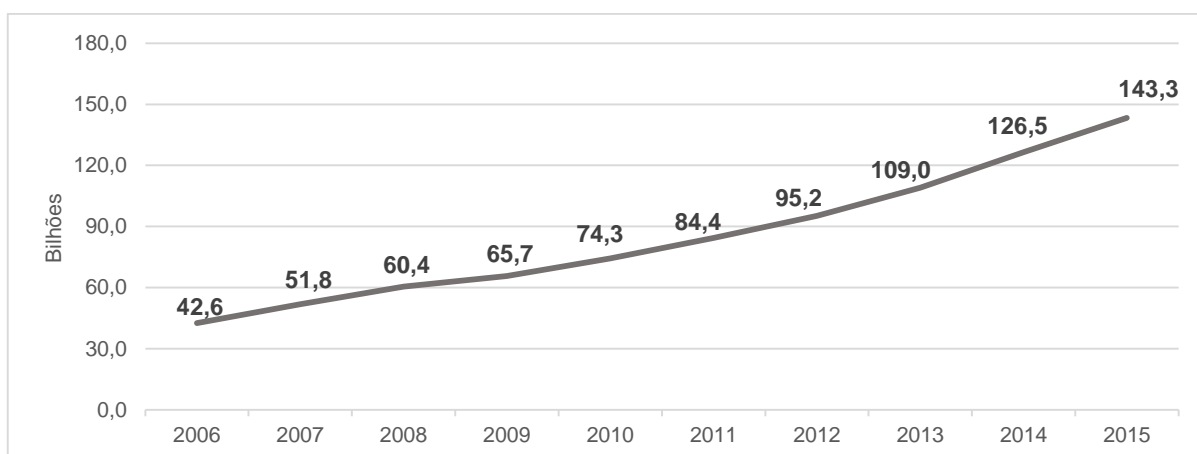
Isso pode impactar em perda de qualidade na visão do beneficiário, pois ainda que a lei estabeleça um rol mínimo de serviços para todas as operadoras, ela não define a necessidade de que esse serviço seja obrigatoriamente ofertado por um prestador específico. Todavia, pode haver sim a perda de vínculo entre o beneficiário e certo prestador (profissional ou estabelecimento). Assim, “a sensibilidade dos consumidores a preço tende a ser reduzida e os beneficiários tendem a tolerar algum nível de aumentos de preços ou de redução de qualidade antes de optar por migrar de operadora” (AZEVEDO ET AL., 2016, p.20).

3.1 Aspectos assistenciais

Conforme Azevedo et al (2016), o sistema de saúde brasileiro teve despesas que, em 2014, chegaram perto de 557 bilhões de reais, ou seja, mais de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, superando a soma dos PIBs de Uruguai, Bolívia e Peru. Mesmo com esses recursos, o desafio de ofertar serviços de saúde em um país do tamanho do Brasil é grande.

Ofertar acesso a serviços de saúde de forma “gratuita” (mesmo que os cidadãos arquem com impostos que financiam o SUS) à população é uma complexa missão, resultando, muitas vezes, na prestação de serviços de forma insuficiente. Como resultado dessa ineficiência, o sistema de saúde suplementar cresce não somente no número de beneficiários, como já comentado, como também no faturamento das operadoras. Essas companhias tiveram o faturamento com contraprestações (mensalidades dos planos) ampliado em 236% entre 2006 e 2015, alcançando mais de 143 bilhões de reais em 2015 (ANS, 2016b).

Gráfico 2 - Evolução das receitas com contraprestações (em reais)



Fonte: ANS (2016b)

Apesar disso, o mercado de planos de saúde é considerado um negócio de alto risco. Ainda que “apresente um ciclo financeiro positivo, com o recebimento antecipado das prestações de serviço, não é possível saber antecipadamente quando as operadoras incorrerão em gastos para prestar os serviços” (PINHEIRO ET AL., 2015, p.111). A variação desses custos está relacionada, conforme apontam Viana et al. (2012), a fatores como envelhecimento da população, introdução de novas tecnologias, tratamentos de alta complexidade, custos crescentes de insumos médicos, mudanças regulatórias, entre outros.

Essa imprevisibilidade de custos, de acordo com Azevedo et al. (2016), deve-se também ao fato de que as operadoras não sabem, previamente, as condições gerais de saúde de seus beneficiários e os tratamentos que serão prescritos pelos médicos, promovendo as mais diversas despesas para os diferentes riscos assistenciais. Assim, ainda conforme os autores, até uma empresa bem organizada pode ser surpreendida com custos expressivos por não conseguir mensurar a despesa assistencial de seus beneficiários em um período específico.

Alves (2013) destaca que a composição de custos assistenciais pode estar relacionada tanto ao custo dos insumos na assistência (consultas, internações, exames, materiais e medicamentos) quanto na frequência de serviços demandados. No caso dos insumos, o grau de competição entre prestadores de serviços e fornecedores de insumos e até a região onde os mesmos são comprados e consumidos podem proporcionar diferentes custos.

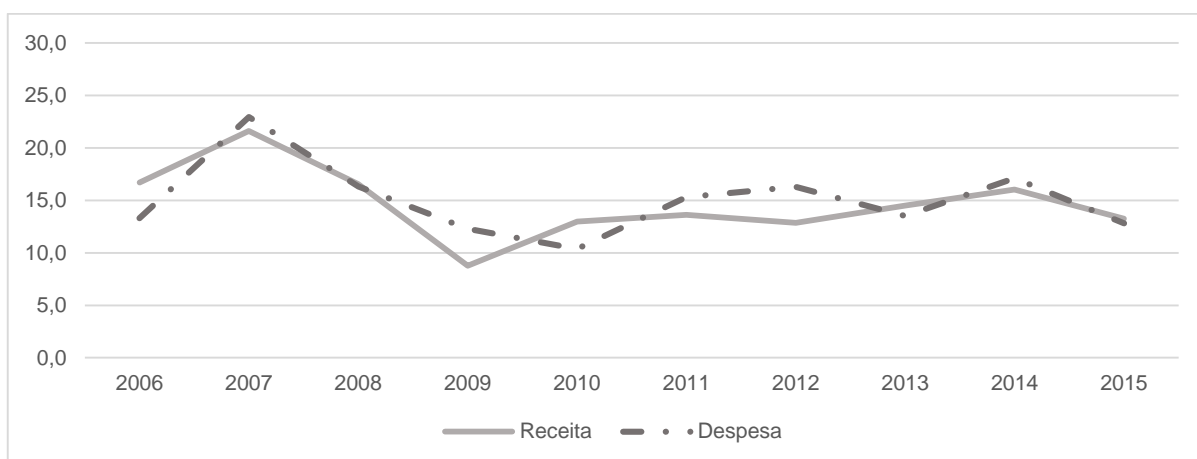
Já a quantidade de serviços depende do perfil de risco assistencial dos beneficiários (conforme idade, carga genética, hábitos de vida) e da amplitude do contrato, pois “contratos mais restritivos e com rede assistencial reduzida tendem a limitar a utilização enquanto contratos com rede aberta, do tipo livre escolha, podem incentivá-la” (ALVES, 2013, p.7).

Outro aspecto importante é a variação dos custos com serviços médicos e hospitalares, muitas vezes superior à inflação calculada pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Em dez/2015, por exemplo, enquanto o IPCA acumulado alcançou 10,7%, a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) foi quase o dobro, chegando a 19,3% no mesmo ano (INSTITUTO DE ESTUDOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Viana et al. (2012) destacam ainda as questões relacionadas à incorporação de novas tecnologias e envelhecimento da população brasileira (aumentando o uso dos planos). Porém, os autores lembram que o próprio processo de envelhecimento é parcialmente explicado pelo avanço tecnológico, aumentando a expectativa e qualidade de vida da população.

Como reflexo da ampliação dos custos, enquanto o faturamento das operadoras cresceu 236% entre 2006 e 2015, conforme apontando anteriormente, as despesas assistenciais, no mesmo período, aumentaram 256%, ultrapassando 120 bilhões de reais em 2015 (ANS, 2016b). No gráfico 3 é possível observar que a variação percentual de um ano em relação ao ano anterior variou bastante tendo, inclusive, em alguns anos, uma variação percentual das despesas assistenciais superior à evolução percentual das receitas.

Gráfico 3 - Variação percentual de receitas com contraprestações e despesas assistenciais



Fonte: ANS (2016b)

Caso as operadoras não controlem adequadamente seus custos, passando a enfrentar dificuldades financeiras ou até mesmo encerrando suas atividades, muitos são os prejuízos para o mercado. A começar pelos beneficiários que podem ter dificuldades diversas na continuidade do seu tratamento (AZEVEDO ET AL., 2016). Esse impacto, segundo Pinheiro et al. (2015), também é sentido pelos prestadores de serviço. Como reflexo, pode-se levar “à concentração de mercado, à elevação do nível de preços e, conseqüentemente, à exclusão de uma parcela da população do mercado de planos de saúde, no caminho contrário ao objetivo de ampliação do acesso a bens e serviços de saúde” (SANTOS; CYRILLO, 2015, p.105).

Alves (2013) aponta outras variáveis impactando nos custos como características culturais e sociais da população, nível de renda e aspectos regulatórios. Segundo ele, as políticas públicas atuam de forma a ampliar as coberturas obrigatórias e a judicialização crescente da saúde acabam por ampliar, muitas vezes, “os direitos dos beneficiários, independentemente da legislação vigentes e dos próprios contratos firmados” (ALVES, 2013, p.7), resultando no desequilíbrio do setor.

3.2 Aspectos regulatórios

Em qualquer mercado o estabelecimento de normas regulatórias é muito importante, sobretudo na saúde. Assim, “a regulação da saúde suplementar privada é uma demanda da sociedade pela assistência do Estado para a garantia dos seus direitos, sem depender da boa vontade dos agentes de mercado” (PINHEIRO ET AL., 2015, p.123).

Esse mercado é regulado, segundo Azevedo et al. (2016), por várias instituições como Poder Judiciário, Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), Conselhos de Classe (Conselho Federal de Medicina, por exemplo), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, principalmente, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

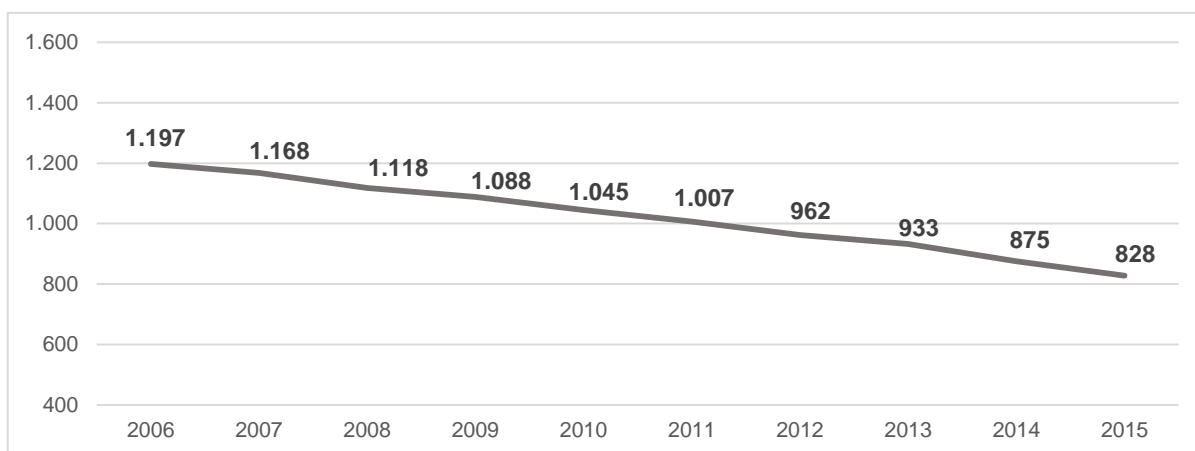
Porém, até os anos 2000, “o setor de operadoras de planos de saúde não era regulado no Brasil, o que permitia o nascimento/entrada de diversos agentes oportunistas no mercado” (ANDRADE ET AL., 2015, p.13). O mercado já existia décadas antes e dispunha de ampla base de consumidores e produtos. Viana et al. (2012) citam que nas décadas de 1980 e 1990 havia mais de 1.000 operadoras atuando, movimentando perto de 15 bilhões de dólares. Santos e Cyrillo (2015), citando Bahia e Viana (2002), comentam que antes da criação da ANS já havia perto de 30 milhões de beneficiários de planos de saúde e quase 2.000 operadoras.

Em 2000 foi criada a ANS “com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais” (ANDRADE ET AL., 2015, p.9). Sua atuação inclui a definição e fiscalização de normativas relacionadas a aspectos assistenciais, econômico-financeiros, oferta e características de produtos, indução de qualidade, atenção à saúde e eficiência do setor (ANDRADE ET AL., 2015; SANTOS; CYRILLO, 2015). Seu principal objetivo é garantir a continuidade da prestação da assistência à saúde dos beneficiários que contratam planos de saúde (SILVA; SANTOS; MACEDO, 2015).

A partir de então, as operadoras passaram a ter regras para funcionamento e constituição de garantias financeiras, sendo limitado o aumento das mensalidades, definida a padronização de coberturas de atendimento e ampliação de direitos dos beneficiários, além do estabelecimento de um plano de contas contábil uniforme que passou a ser cobrado de todas as empresas (VIANA ET AL., 2012; PINHEIRO ET AL., 2015).

A definição e aperfeiçoamento do marco regulatório exigiu que as empresas que atuavam no mercado tivessem que se adaptar. O impacto disso, além da ampliação dos custos assistenciais, acabou por provocar a saída ou extinção de algumas operadoras, seja por incapacidade de se manterem ativas ou por promover ações de fusões e aquisições, resultando na concentração do mercado. (ANDRADE ET AL., 2015; AZEVEDO ET AL., 2016). Como resultado desses fatores, o número de operadoras de planos de saúde reduziu em praticamente um terço, caindo de 1.197 empresas em 2006 para 828 em 2015 (ANS, 2016b).

Gráfico 4 - Evolução do número de operadoras de planos de saúde com beneficiários



Fonte: ANS (2016a)

3.3 Aspectos geográficos

Sendo o Brasil um país de dimensões continentais e possuindo regiões com características diversas entre si, é natural que o mercado de saúde suplementar apresente comportamentos muito diferentes em vários locais do país.

Essas características (sociais, econômicas, demográficas e epidemiológicas) das regiões podem facilitar ou dificultar o acesso a serviços de saúde e, dessa forma, “entender as especificidades regionais pode ser mais relevante que avaliar os dados nacionais. Assim, o sistema de saúde é analisado de forma mais precisa quando considerada regiões geográficas ou mesmo estados ou regiões geográficas mais relevantes” (AZEVEDO ET AL., 2016, p.24).

A distribuição de beneficiários de planos de saúde é desigual por todo o país. Levantamentos da ANS aponta que eles estão mais presentes nos estados do Sul e Sudeste do

país, além do Distrito Federal. No estado de São Paulo, o percentual da população que é coberto por planos de saúde, em março de 2016, alcançou 43%. Por outro lado, no Acre esse percentual é pouco superior a 6% (ANS, 2016c). Nas capitais dos estados brasileiros é possível encontrar percentuais de cobertura ainda mais expressivos como em Vitória (68%), Curitiba (58%), São Paulo (55%), Belo Horizonte (52%) Rio de Janeiro (51%) e Porto Alegre (50%).

Muito disso se deve, segundo Andrade et al. (2015), porque a oferta de serviços de saúde, sobretudo os de alta complexidade, depende de escala populacional e poder aquisitivo na região para serem viáveis. Além disso, de acordo com Santos (2008), citado por Andrade et al. (2015), beneficiários de planos de saúde se dispõem, na maioria das vezes, a fazer deslocamentos de 30 a 40 minutos para acessar serviços de saúde, o que representa uma distância média de 20 a 30 km. Assim, deve-se dar importância à “localidade na determinação da demanda e oferta, uma vez que o recebimento do cuidado depende, na maior parte das vezes, da interação direta entre o provedor e o paciente” (ANDRADE ET AL., 2015, p.17).

Sendo a oferta e o consumo de serviços de saúde espacialmente limitados e tendo regiões com características distintas, é natural observar uma atuação desigual também por parte das operadoras de planos de saúde, uma vez que elas intermediam a prestação desses serviços na saúde suplementar. Isso é observado, sobretudo, em regiões com maior poder aquisitivo onde há maior demanda por esses serviços (ANDRADE ET AL., 2015). O estado de São Paulo, por exemplo, “apresenta estrutura competitiva em todos os mercados analisados. Esse mercado, por ser o maior do Brasil, apresenta elevada densidade demográfica que permite a atuação de diferentes operadoras, garantindo economias de escala” (ANDRADE ET AL., 2015, p.83). Dessa forma, “a localização em que a operadora atua pode ser um fator relevante nos estudos, devido à diferença de economia de cada região do Brasil” (VIANA ET AL., 2012, p.1).

Na oferta de planos de saúde as operadoras precisam informar à ANS qual é a amplitude desse produto. Por amplitude pode-se entender a segmentação assistencial (hospitalar, ambulatorial ou ambos; com ou sem obstetrícia; com ou sem odontologia) e a abrangência geográfica (nacional, grupo de estados, estadual, grupo de municípios ou municipal).

Uma vez definida a atuação da operadora, para que ela possa atuar em uma outra região é necessário a aprovação da ANS que avalia se aquela operadora tem condições técnicas e financeiras para isso. A operadora precisa também credenciar uma rede de prestadores na região desejada, configurando-se uma barreira de entrada do mercado (ANDRADE ET AL., 2015).

De acordo com Santos (2008), citado por Andrade et al. (2015), esse credenciamento depende das características da operadora (pequena ou grande porte), da densidade populacional da região e da relação entre os prestadores de serviços junto às operadoras que já atuam nesse mercado. A combinação desses fatores, associada ao período estimado de 30 a 365 dias para conclusão do credenciamento, segundo os autores, pode limitar a atuação da operadora.

Assim, aqueles autores identificaram que, muitas vezes, “a concorrência entre operadoras de planos de saúde era local, ainda que existissem ofertantes que operavam em todo o País. [...] alguns ofertantes que não chamavam a atenção inicialmente eram de fundamental importância para a dinâmica de determinados mercados” (ANDRADE ET AL., 2015, p.9).

3.4 Porte das operadoras de planos de saúde

Na saúde suplementar o porte (tamanho) das empresas é uma característica muito importante. A ANS estabelece 3 tipos de porte para as operadoras: pequeno (menos de 20 mil beneficiários), médio (de 20 a 100 mil beneficiários) e grande (acima de 100 mil beneficiários). Diferentemente de outras características como modalidade e forma de constituição, o porte da operadora pode variar ao longo do tempo (SANTOS; CYRILLO, 2015).

Alguns trabalhos já apresentaram como grandes empresas podem se beneficiar de sua escala para ampliar vantagem competitiva (PORTER, 1985; HAMZA; SAAB; RODRIGUES FILHO, 2012; BRITO; BRITO, 2012). Contudo, na saúde suplementar as chamadas “economias de escala” são ainda mais importantes. Andrade et al. (2015) e Azevedo et al. (2016) destacam os seguintes aspectos que reforçam essa premissa:

- a) Viabilidade de oferta de serviços: alguns eventos em saúde são raros e precisam de escala populacional para serem disponibilizados com qualidade e de forma complementar;
- b) Risco de insolvência: operadoras com mais beneficiários conseguem diluir melhor o impacto de grandes despesas assistenciais não programadas;
- c) Diluição de despesas administrativas: é necessária estrutura mínima para acompanhar as mudanças no marco regulatório e demais obrigações legais sendo útil diluir esse custo;

- d) Poder de negociação junto a prestadores: com maior clientela é possível negociar tabelas com valores mais atraentes para as operadoras, pois os prestadores esperam por maior demanda;
- e) Poder de negociação junto a fornecedores: a possibilidade de realizar compras mais expressivas possibilita melhores margens de negociação;
- f) Absorção de novas tecnologias: empresas maiores não somente podem investir mais em novas tecnologias como também conseguem diluir mais os custos de sua introdução;
- g) Reputação e marca: operadoras de grande porte podem fazer mais ações que evidenciem seus atributos relacionados à qualidade e realizar mais investimentos em publicidade e propaganda.

Assim, “a necessidade de escala de operação implica barreiras à entrada e dificulta que empresas de menor porte persistam no mercado” (AZEVEDO ET AL., 2016, p.18).

Por outro lado, as operadoras de pequeno porte atuam de forma mais regionalizada. De modo geral, essas operadoras “atuam em menores centros, equipados com unidades de saúde de menor complexidade, atendendo beneficiários que precisam de atendimento em cidades pequenas. A importância das operadoras de pequeno porte é entendida pela ANS em função de sua capilaridade” (BALDASSARE, 2014, p.64).

Ciente de sua importância e de modo a promover a concorrência no setor, mais recentemente a ANS estabeleceu medidas para promover a atuação das operadoras de pequeno e médio porte como a redução de algumas exigências operacionais e a flexibilidade das garantias econômico-financeiras (BALDASSARE, 2014).

3.5 As modalidades de operadoras de planos de saúde

As operadoras de planos de saúde são agrupadas em operadoras médico-hospitalares, que ofertam serviços de tratamento hospitalar, consultas e demais procedimentos médicos ou de apoio a tratamento, e operadoras exclusivamente odontológicas, que ofertam serviços de tratamento odontológico (exames e procedimentos). Estas últimas não foram foco deste trabalho. Já as operadoras médico-hospitalares são divididas nas seguintes modalidades de acordo com sua forma de constituição e atuação (ANS, 2016a):

Autogestões: empresas que operam serviços de assistência à saúde, destinadas, exclusivamente, a oferecer atendimento aos empregados de uma ou mais empresas associadas. Normalmente são constituídas por grandes corporações como Fiat, Volkswagen, Vale, Cemig, Petrobras, Banco do Brasil, entre outras, ou por grandes associações ligadas, em sua maioria, a órgãos públicos, como a Fundação de Seguridade Social (Geap).

Cooperativas Médicas: empresas constituídas pela associação de pessoas sem fins lucrativos com base na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Habitualmente formadas por médicos, essas empresas têm como maior expoente o Sistema Unimed, complexo esse constituído por centenas de outras cooperativas e que tem como maiores destaques a Unimed-BH, Unimed-Rio, Unimed Porto Alegre e Unimed Vitória.

Filantrópicas: empresas constituídas como entidade sem fins lucrativos que operam planos privados de saúde e que tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Por serem classificadas dessa forma, essas operadoras têm direito à isenção ou redução de alguns impostos. São exemplos a Fundação São Francisco Xavier (Usisaúde) mantida pela Usiminas e a Santa Casa Saúde de Santos/SP.

Medicina de Grupo: empresas de capital aberto ou fechado, constituídas para comercialização ou operação de planos privados de saúde e que não se enquadram nas demais modalidades de operadoras. São exemplos as operadoras Hapvida, Amil e Golden Cross.

Seguradoras Especializadas em Saúde: empresas constituídas em sociedades seguradoras com fins lucrativos, comercializando seguros de saúde e oferecendo reembolso das despesas assistenciais ou comercializando/operando seguros que contemplam a garantia de assistência à saúde, sujeitas ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. São exemplos a Bradesco Saúde, Sul América Saúde e Allianz Saúde.

Em 2015, as cooperativas médicas detinham 38% dos beneficiários de planos de saúde, seguidas pelas empresas de medicina de grupo com 35%, as seguradoras especializadas em saúde com 14%, as autogestões com 11% e as filantrópicas com 2% (ANS, 2016a).

Algumas características das modalidades das operadoras limitam sua atuação. As autogestões, por exemplo, não podem comercializar planos para empresas ou indivíduos que não fazem parte do seu grupo econômico. As filantrópicas, por sua vez, são constituídas, em sua maioria, por operadoras de médio e pequeno porte e usam os recursos obtidos na operação de planos para financiar demais atividades como educação e ações de bem-estar social.

As seguradoras especializadas em saúde têm atuação nacional e estão vinculadas a grandes seguradoras e, em razão disso, dispõem de expressivas garantias financeiras. Essas companhias não podem possuir estabelecimentos de saúde próprios, situação que não é restrita às demais modalidades. Por outro lado, essas empresas são bem menos numerosas do que, por exemplo, as operadoras das modalidades medicina de grupo e cooperativas médicas.

As operadoras classificadas como medicina de grupo podem ter acessos de forma mais fácil a recursos financeiros, sobretudo aquelas de capital aberto, em relação, por exemplo, às cooperativas médicas. Essas empresas também se caracterizam por atuar com serviços próprios (BALDASSARE, 2014). Ainda em relação às cooperativas, a tomada de decisão tende a ser mais ágil, uma vez que algumas decisões das cooperativas precisam ser apresentadas e aprovadas em assembleias junto a seus cooperados.

Já as cooperativas médicas, em razão de suas particularidades e abrangência, são mais estudadas que as demais modalidades. Pinheiro et al. (2015), por exemplo, destacam que o cooperativismo busca proteger e preservar o trabalho médico, remunerando seus associados de acordo com sua produção e incentivando o processo decisório de forma democrática.

Andrade et al (2015) destacam o compartilhamento de rede entre as cooperativas do sistema Unimed que propicia que beneficiários do interior compartilham a rede nas capitais e vice-versa, ampliando sua cobertura. A atuação regional, evitando a competição entre suas operadoras, faz com que o Sistema Unimed apresente um diferencial. “O compartilhamento de rede proposto pela UNIMED acaba sendo uma saída inteligente do mercado para superar esses entraves, tornando possível a oferta de planos em localidades menos densas e menos ricas. Essa oferta, entretanto, não se dará de forma competitiva” (ANDRADE ET AL., 2015, p.99).

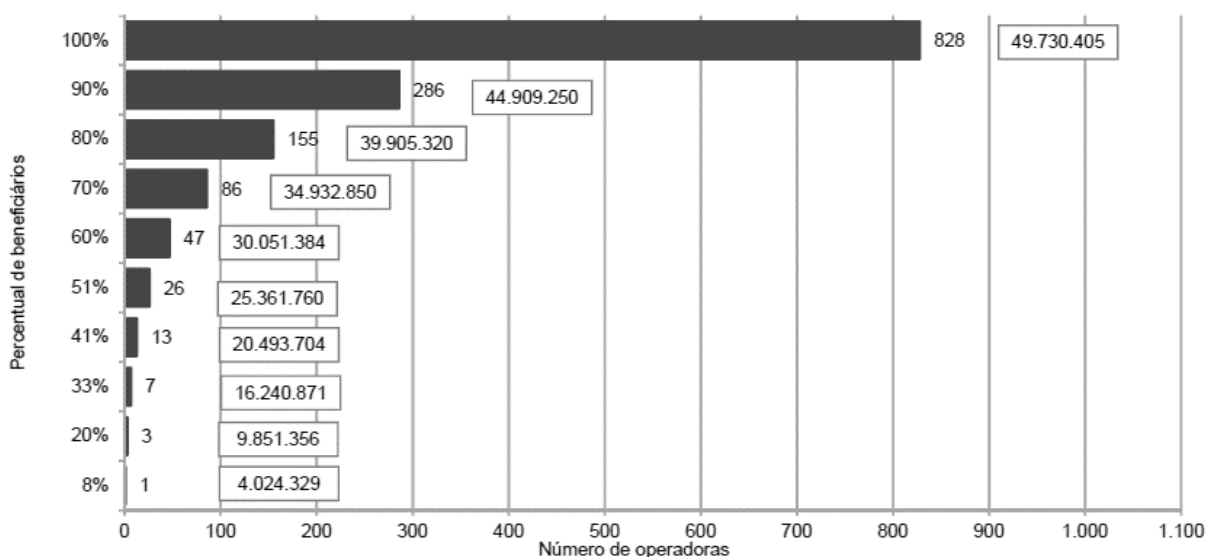
3.6 Concentração de beneficiários de saúde suplementar

Conforme mencionado, anteriormente, a quantidade de operadoras de planos de saúde atuantes no mercado vem diminuindo ano a ano caindo de 1.197 empresas em 2006 para 828 em 2015 (ANS, 2016b), uma redução de 30,7% no período. A redução do número de operadoras é resultado da concentração do mercado observada através da intensificação de processos de fusões e aquisições no setor, mas também reflexo das dificuldades que muitas companhias vêm enfrentando como, por exemplo, a ampliação dos custos com serviços de saúde.

As características desse mercado, como o aprimoramento do marco regulatório e a necessidade de escala, “ao mesmo tempo em que contribuem para o aumento da eficiência e redução de custos, favorece a concentração de mercado. Ou seja, este mercado tende a ser mais eficiente na presença de número reduzido de empresas de maior porte e mais integradas verticalmente” (AZEVEDO ET AL., 2016, p.14).

Como reflexo disso, há expressiva concentração de beneficiários entre as operadoras de saúde médico-hospitalares. Em dezembro de 2015, uma única operadora detinha mais de 8% do total de beneficiários do país. No mesmo período, três operadoras detinham um quinto dos beneficiários e sete operadoras prestavam serviços a mais de um terço do total de clientes. Além disso, 25 empresas, do total de 830 operadoras, tinham mais da metade dos beneficiários. Por outro lado, as 542 menores operadoras contemplam pouco mais de 10% do total (ANS, 2016a).

Gráfico 5 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora



Fonte: ANS (2016a)

Segundo Andrade et al (2015), essa concentração é ainda mais evidente ao se analisar os mercados de planos individuais e coletivos. Como os contratos coletivos são firmados por empresas e compostos, em sua maioria, por beneficiários mais jovens, esse mercado é mais atraente do que os planos individuais. Além disso, as regras para os reajustes desses últimos são mais rígidas do que os primeiros. Como resultado há concentração de beneficiários ainda maior no mercado de planos individuais, reduzindo as opções de escolha para os beneficiários.

Em 2015 as maiores operadoras em número de beneficiários eram: Bradesco Saúde (4,0 milhões), Amil (3,8 milhões), Hapvida (1,9 milhão), Sul América (1,8 milhão), Central Nacional Unimed (1,7 milhão), Intermédica (1,7 milhão) e Unimed-BH (1,2 milhão). Por outro

lado, das 830 operadoras com beneficiários em dez/15, 327 operadoras (39% do total) têm menos de 10.000 clientes em sua carteira (ANS, 2016c).

3.7 Verticalização em operadoras de planos de saúde

Em função da ampliação das despesas assistenciais apontadas, muitas operadoras têm investido na prestação direta de serviços de saúde, ao invés de contar apenas com a contratação de prestadores de serviços. Grandes operadoras como Amil, Hapvida, Unimed-BH e Unimed-Rio vêm investindo na construção e custeio de unidades assistenciais como hospitais, ambulatórios, serviços de diagnóstico e imagem, entre outros.

O que se observa, em função disso, é o crescimento da verticalização no setor. Veloso e Malik (2010, p.5) destacam que “verticalizar (fazer a integração vertical) na Saúde significa manter reunidos, sob a mesma organização, diferentes tipos de serviços de saúde, como hospitais, clínicas, empresas de *home care* (assistência domiciliar), [...] e planos de saúde”.

Andrade et al (2015) apresentam os seguintes benefícios da verticalização:

- a) Previsibilidade de custos: atendendo o beneficiário em sua rede própria, a operadora possui mais informações sobre a possível evolução dos custos com seu tratamento;
- b) Controle de custos assistenciais: é possível ofertar tratamento adequado com uma gestão mais eficiente dos recursos sob seu controle, trazendo a tomada de decisão assistencial para si;
- c) Redução de custos de transação: elimina margens de comercialização presentes na transação com a rede credenciada;
- d) Redução de custos de contratação: elimina os custos com o credenciamento de rede;
- e) Ampliação do poder de negociação: com a rede própria, a operadora tem mais conhecimento sobre seus custos, facilitando a negociação dos valores dos serviços contratados, além de possuir uma alternativa aos serviços prestados para seus beneficiários;
- f) Redução de custos de monitoramento: reduz custos associados à conferência e fiscalização de contas médicas, autorização de procedimentos e auditoria;
- g) Ganhos de eficiência em geral.

Esse movimento não está restrito a grandes operadoras. Empresas de diversos portes, atuando nas capitais ou no interior, vêm investindo em serviços de assistência próprios. Afinal, além da redução de custos, essa iniciativa facilita o acesso a informações sobre os beneficiários (CARDOSO; PAIM; ZUCCHI, 2010).

A verticalização é um processo que vem tendo muita importância para as operadoras, sobretudo aquelas nas modalidades Medicina de Grupo e Cooperativa Médica (ALVES, 2013; BALDASSARE, 2014; PINHEIRO ET AL., 2015). Azevedo et al. (2016) destacam ainda que, no caso das cooperativas médicas, os serviços de saúde próprios servem como campo de trabalho para os médicos cooperados e que, por também serem donos da cooperativa, podem atuar na eficiência operacional dessas unidades. Já as operadoras da modalidade Seguradora Especializada em Saúde, por limitações regulatórias, não podem ter serviços de saúde próprios.

Contudo, Andrade et al. (2015) lembram que a integração vertical pode proporcionar redução nos preços dos planos, em função dos benefícios citados, mas também promover desequilíbrio no setor, tanto no mercado de prestação de serviços de saúde (hospitais, clínicas, serviços de imagem e diagnóstico, entre outros), quanto no mercado de planos de saúde, possibilitando ampliar o poder de mercado das operadoras verticalizadas.

O debate sobre verticalização “reforça a conclusão de que há importantes falhas de mercado, o que justifica políticas para mitigar tais distorções diretamente e para todos os participantes do sistema, e não apenas para aqueles que têm condições de contornar o problema por meio da verticalização” (AZEVEDO ET AL., 2016, p.82).

3.8 Desempenho em operadoras de planos de saúde

A heterogeneidade de recursos e capacidades dos prestadores de serviços, associada às suas estratégias corporativas e seu mercado de atuação promove uma grande diversidade de resultados, desafiando a sustentabilidade de boa parte dessas empresas (PORTER; TEISBERG, 2007; VELOSO, BANDEIRA-DE-MELLO; MALIK, 2013). Nesse sentido, diversos estudos foram desenvolvidos de modo a tentar compreender o desempenho das operadoras de planos de saúde pois, afinal, “diferentes tipos de operadoras existentes no mercado podem ter riscos intrínsecos maiores ou menores, isso depende do tamanho e de uma série de outros fatores ambientais que afetam o negócio” (VIANA ET AL., 2012, p.4).

Viana et al. (2012) investigaram os fatores que contribuem para a insolvência ou não dessas operadoras. Foram analisados se a modalidade da operadora e o seu local de atuação colaboram ou não para o risco de insolvência, reforçando que esse risco está diretamente relacionado ao desempenho econômico financeiro das operadoras. Além da influência da modalidade, Alves (2013), considerou também o porte e o grau de verticalização das operadoras em relação ao aumento das despesas assistenciais na saúde suplementar. De acordo com o autor, para mitigar o impacto desses custos, as operadoras precisam estabelecer estratégias para manter ou melhorar seu desempenho.

Baldassare (2014) analisou o desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde entre 2001 e 2012. Para tanto, foram construídos modelos para estimar os efeitos operadora, modalidade e porte no desempenho. Esse tema também teve a contribuição de Silva e Loebel (2015) que realizaram análise comparativa entre conjuntos de operadoras agrupadas segundo os critérios de porte, região de atuação e modalidade. Buscou-se identificar quais conjuntos apresentaram desempenhos médios superiores significativos. A análise também incluiu o período de 2001 a 2012.

A análise do desempenho econômico-financeiro das operadoras também foi proposta do trabalho de Silva, Santos e Macedo (2015). Contudo, os autores focaram sua atenção no desempenho observado nos anos de 2011 e 2012. Já Pinheiro et al. (2015) buscaram identificar o perfil das estratégias de financiamento das operadoras de planos de saúde, nas modalidades cooperativas médicas e medicinas de grupo, frente aos desafios apresentados pelos marcos regulatórios da saúde suplementar.

Do ponto de vista institucional, a ANS avalia a performance das operadoras por meio do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar que usa o Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS). Esse indicador é composto por métricas financeiras, que avaliam a saúde econômico-financeira das instituições, e métricas não financeiras, que avaliam a satisfação dos clientes e adequação de sua rede assistencial (SILVA; SANTOS; MACEDO, 2015).

Porter e Teisberg (2007) e Veloso, Bandeira-de-Mello e Malik (2013) destacam que a preocupação dos prestadores de serviços de saúde também precisa contemplar o valor entregue ao cliente, isto é, a eficiência do tratamento oferecido a ele no atendimento a suas necessidades. Aqueles autores destacam que é importante buscar um balanceamento entre o gasto para atender ao cliente e a qualidade do serviço entregue, ou seja, não basta que a instituição de saúde tenha ótimos resultados financeiros se ela presta um atendimento ruim.

4 HIPÓTESES DE PESQUISA

Em função dos aspectos abordados no referencial teórico e na contextualização do mercado de saúde suplementar, esta pesquisa apresentou fatores externos e internos das empresas que influenciam ou podem influenciar o desempenho das operadoras de planos de saúde. Como fatores internos destacam-se a forma de constituição das operadoras, considerando sua modalidade de atuação, e o seu porte (tamanho). Como fatores externos foi dado foco na atuação geográfica dessas operadoras e no ambiente competitivo no qual elas estão inseridas.

Para estudar a influência da atuação geográfica, este trabalho buscou avaliar se havia influência no desempenho das operadoras pelo fato delas atuarem com maior ênfase nos grandes centros urbanos, representados aqui pelas regiões metropolitanas, ou maior presença no interior do país. A atuação em cidades do interior pode representar um ambiente com menor número de competidores e a influência dessa rivalidade é outro aspecto importante para este trabalho. Além de considerar a questão geográfica no ambiente competitivo, a contextualização do setor destaca a importância de aspectos regulatórios e assistenciais para a composição de preços e estratégias das operadoras. Rivalidade essa que também pode ser identificada pela satisfação dos beneficiários com os produtos e serviços ofertados pelas operadoras.

Considerando esses aspectos, a presente pesquisa apresenta abaixo as afirmações que foram confirmadas ou rejeitadas ao término deste trabalho:

- ✓ H₁: a modalidade da operadora influencia no desempenho;
- ✓ H₂: o porte (tamanho) da operadora influencia positivamente no desempenho;
- ✓ H₃: maior atuação da operadora nas regiões metropolitanas do Brasil influencia positivamente no desempenho;
- ✓ H₄: maiores valores de mensalidade cobrados pelas operadoras dos seus beneficiários influenciam positivamente no desempenho.
- ✓ H₅: melhores índices de satisfação dos beneficiários influenciam positivamente no desempenho.

Estas hipóteses serão testadas pela equação: $OROA = \beta \text{ Porte} + \beta \text{ IndRM} + \beta \text{ Satisf} + \beta \text{ TM} + \beta \text{ Mod} + \beta \text{ Porte}^2 + \beta \text{ IndRM}^2 + \beta \text{ Satisf}^2 + \beta \text{ TM}^2 + e$. As variáveis que compõem esta equação serão apresentadas com melhor detalhamento no próximo capítulo.

5 METODOLOGIA

Este trabalho se baseou na análise de variáveis que influenciam o desempenho de operadoras de planos de saúde. Trata-se, portanto, de pesquisa quantitativa e descritiva, onde os estudos são voltados para a descrição de questões importantes para a análise do problema de pesquisa, detalhando as características de determinado fenômeno e, assim, contribuindo para compreensão do tema.

Na abordagem desta pesquisa os principais aspectos analisados estão relacionados à modalidade das operadoras de planos de saúde (autogestões, cooperativas médicas, filantrópicas, medicina de grupo ou seguradoras especializadas em saúde), ao porte das empresas, a sua participação nas regiões metropolitanas e fora delas, ao nível de satisfação dos seus clientes e à sua estratégia de precificação.

Nesta abordagem foi feito um recorte na seleção das operadoras de planos de saúde privados. Como essas empresas são divididas entre operadoras médico-hospitalares e operadoras exclusivamente odontológicas, o foco desta pesquisa foi dado no primeiro grupo de operadoras. A exclusão do outro grupo deve-se pela decisão de simplificar o processo de pesquisa, pois trata-se de mercados muito diferentes (médico-hospitalar e odontológico).

Outro recorte que foi feito está relacionado à modalidade das operadoras de planos de saúde. Como as autogestões têm como objetivo ofertar planos de saúde para grupos específicos (empregados e associados), não tendo autonomia para comercialização de planos no amplo mercado, a análise de desempenho poderia apresentar algumas distorções, pois essas empresas são mantidas por outras corporações que não têm a saúde suplementar como negócio principal como, por exemplo, a Fundação Fiat (mantida pela Fiat Automóveis), a Cemig Saúde (mantida pela Companhia Energética de Minas Gerais-CEMIG) e a Cassi (vinculada ao Banco do Brasil).

Foram excluídas também as operadoras das modalidades Filantropia e Seguradora Especializada em Saúde. As primeiras porque são compostas, em sua maioria, por operadoras de médio e pequeno porte, inviabilizando a análise de empresas de grande porte desse tipo de modalidade no desempenho médio do grupo. Em setembro de 2016, estavam disponíveis na base de dados da ANS, 55 operadoras dessa modalidade e apenas duas delas eram consideradas de grande porte (acima de 100 mil beneficiários). A maior delas, a Fundação São Francisco Xavier tinha pouco mais de 140 mil beneficiários em setembro de 2016 (ANS, 2016c).

Já as operadoras da modalidade Seguradora Especializada em Saúde foram excluídas da pesquisa por dois motivos. O primeiro porque essas companhias não podem dispor, por limitações regulatórias, de estabelecimentos de saúde próprios, ou seja, não podem ter estruturas verticalizadas. Ainda que a verticalização das operadoras não seja objeto direto deste estudo, o referencial teórico deste trabalho aponta que estruturas verticalizadas têm grande influência nos custos das operadoras e, por consequência, no seu desempenho. Além disso, em setembro de 2016, apenas nove operadoras tinham beneficiários cadastrados e, dessas, por características próprias desse tipo de modalidade, há apenas uma operadora de pequeno porte (até 20 mil beneficiários) e seis operadoras de grande porte, situação que a diferencia muito em relação às demais operadoras. Assim, “o número de seguradoras é relativamente pequeno e variações de poucas operadoras causam grande impacto nos resultados de toda a modalidade” (BALDASSARE, 2014, p.58-59). Dessa forma, optou-se por esta exclusão para que a comparação das operadoras seja a mais harmônica possível.

O foco dado às operadoras das modalidades de Medicina de Grupo e Cooperativas Médicas também foi adotado por Pinheiro et al. (2015).

Para análise do desempenho foram utilizadas as bases de dados disponibilizadas publicamente pela ANS, instituição essa que normatiza e fiscaliza a atuação das operadoras. A variável dependente que foi considerada para essa análise é o Retorno Operacional sobre Ativos (OROA). A escolha dessa variável deve-se ao fato de que o OROA, diferentemente do tradicional Retorno sobre Ativos (ROA), desconsidera a influência de aspectos não operacionais, como ganhos ou prejuízos financeiros e a venda de bens e serviços diferente daquela que é o negócio principal da companhia no seu resultado líquido. Assim, com o OROA, é possível avaliar o desempenho das operadoras através, essencialmente, da comercialização de planos de saúde.

As variáveis independentes que foram utilizadas para avaliar as influências na variável desempenho (OROA) são as seguintes:

a) Porte da operadora (PORTE): o referencial teórico apontou a importância dessa variável nos estudos relacionados ao desempenho das empresas e, neste trabalho, buscou-se identificar o seu grau de influência;

b) Modalidade da operadora (MOD): outros estudos investigaram a influência do tipo de modalidade nos resultados das companhias e esta pesquisa também avaliou o grau de influência;

c) Proporção de beneficiários nas regiões metropolitanas (IndRM): foram apresentados anteriormente debates relacionados a importância da dimensão geográfica para a oferta e prestação de serviços de saúde e esta pesquisa avaliou como se dá essa influência. Baldassare (2014) e Silva e Loebel (2015) analisaram a importância da região de atuação em seus estudos sobre desempenho, contudo eles ficaram restritos ao local da sede da operadora. Essa decisão faz mais sentido em relação às cooperativas médicas do Sistema Unimed que tem atuação regional bem delimitada (ANDRADE ET AL., 2015). Como boa parte das operadoras de medicina de grupo ofertam planos de abrangência nacional (ou para determinados grupos de estados), sua atuação extrapola a região/estado de sua sede. Acrescenta-se a isso, o interesse em avaliar se a distância dos principais centros urbanos do país exerce influência no desempenho.

d) Índice de satisfação (SATISF): calculado a partir da proporção do número de reclamações para cada 1.000 beneficiários cadastrados tem, como propósito, avaliar se a percepção que os beneficiários em relação a sua contratante têm influência no resultado dessa última. Esta forma de calcular o índice é a mesma utilizada e divulgada pela ANS e este trabalho contou com os valores calculados e disponibilizados por aquela instituição;

e) Tíquete médio (TM): calculado pela receita média mensal com as contraprestações (mensalidades) de planos de saúde por beneficiário, buscou identificar se as operadoras conseguem ter bom desempenho através de sua habilidade de estabelecer uma política de preços que equilibre seus objetivos estratégicos em relação a seus custos assistenciais e seu contexto competitivo (considerando concorrentes, fornecedores e clientes).

Para a definição da modalidade e do porte das operadoras de planos de saúde foi considerada a classificação estabelecida pela ANS. As demais informações relacionadas ao número de beneficiários, tíquete médio, índices de satisfação, proporção de beneficiários nas regiões metropolitanas e o OROA também foram extraídas do portal eletrônico da ANS.

A análise do desempenho das operadoras foi realizada de forma longitudinal, contemplando o período entre 2010 e 2015. A análise longitudinal do desempenho “é um aspecto importante no estudo da capacidade de manutenção de resultados e de sobrevivência das empresas” (BRITO; BRITO, 2012, p.73).

A longitudinalidade dos estudos de desempenho “trata não apenas de investigar os motivos que trouxeram vantagem competitiva à firma no passado, mas, também, de como mantê-la com o passar dos anos” (DE-CARVALHO; DIAS, 2016, p.513). Assim, a análise fica

menos comprometida em razão de situações eventuais e excepcionais que poderiam distorcer a compreensão do desempenho organizacional (SANTOS; CYRILLO, 2015).

A escolha da base de dados secundários visa atender aos requisitos de disponibilidade de dados longitudinais, de modo a avaliar a estabilidade, ou não, do desempenho das empresas conforme apontado por Brito e Brito (2012).

Brito e Brito (2012), citando Powell (2003), destacam que o período de três a cinco anos pode estar relacionado ao tempo médio de planejamento dos executivos e sua implementação. A partir dessa ponderação, este trabalho contemplou o intervalo de cinco anos, tendo o ano de 2010 apenas como parâmetro para análise dos resultados de 2011.

Quanto ao tratamento e análise dos dados, Hitt, Boyd e Li (2004) mencionam que diversos trabalhos utilizam modelos estatísticos de modo a trazer maior robustez e segurança a sua análise. Porém, a adequada escolha do método de tratamento de dados alinhada à precisa delimitação do escopo da pesquisa é fundamental para que esses objetivos sejam alcançados.

Como esta pesquisa dedica-se a compreender os fatores (variáveis independentes) que influenciam o desempenho (variável dependente) das operadoras de planos de saúde, tomou-se a decisão de utilizar a análise de regressão múltipla para tratar os dados levantados.

A análise de regressão múltipla “é uma técnica estatística geral usada para analisar a relação entre uma única variável dependente e diversas variáveis independentes” (HAIR JR. ET AL., 2005, p.132). Assim, o pesquisador deve identificar as variáveis que irão compor essa dependência. O objetivo dessa análise, conforme Hair Jr. et al. (2005), é, por meio do conhecimento das variáveis independentes, prever/explicar os valores da variável dependente.

Para tanto, “cada variável independente é ponderada pelo procedimento da análise de regressão para garantir máxima previsão a partir do conjunto de variáveis independentes. Os pesos denotam a contribuição relativa das variáveis independentes para a previsão geral” (HAIR JR., 2005, p.136), facilitando a interpretação sobre a influência dessas variáveis em prever/explicar o resultado da variável dependente.

As aplicações da análise de regressão múltipla são diversas. De-Carvalho e Dias (2016), por exemplo, utilizaram essa técnica para avaliar a influência do ambiente da indústria no desempenho de empresas brasileiras de capital aberto no período entre 2005 e 2012. Já Alves (2013) fez uso semelhante para analisar a influência de algumas variáveis nos custos das

operadoras de planos de saúde, considerando, para isso, a modalidade, o porte e o grau de verticalização das firmas.

Uma vez definida a técnica de tratamento de dados, o foco passou a ser a organização da base de dados. Para tanto, foram coletadas informações do portal eletrônico da ANS através da ferramenta TabNet. Nela foi possível coletar e tabular dados relacionados à modalidade, registro e descrição da operadora, número de beneficiários cadastrados global (para classificar o porte), quantidade de beneficiários residentes nas regiões metropolitanas (para identificar o IndRM), valor dos ativos, receitas e despesas operacionais (para encontrar o OROA). Essas informações foram coletadas para o período de 2010 a 2015, totalizando seis observações para cada operadora.

Tabulados os dados, iniciou-se o tratamento da base de dados, começando pela exclusão das operadoras das modalidades Seguradora Especializada em Saúde, Filantropia e Autogestão que não são focos deste trabalho. Depois, excluiu-se da base as operadoras sem beneficiários cadastrados nos últimos três anos e também aquelas que tinham menos de 1.000 beneficiários no mesmo período. Em seguida, eliminou-se os dados das operadoras que não tinham receita com contraprestações nos últimos três anos e aquelas que não dispunham dessa informação por três períodos seguidos. Procedimento semelhante foi feito para a variável Ativos. Por fim, foram excluídas as observações que não possuíam dados no ano. Restaram então 3.211 observações de 550 operadoras (247 medicinas de grupo e 303 cooperativas). O passo seguinte foi a identificação e tratamento de dados atípicos, considerados *outliers*, por meio do indicador Leverage.

Testes também foram realizados para avaliar se não havia correlação (teste de multicolinearidade) entre as variáveis independentes uma vez que não sendo “correlacionadas entre si, não há sobreposição ou partilha de seu poder preditivo [...]. Mas quando a colinearidade aumenta, há uma certa ‘partilha’ de poder preditivo, e o poder preditivo coletivo das variáveis independentes diminui” (HAIR JR. ET AL., 2005, p.165).

Hair Jr. et al. (2005) destacam ainda que o ideal seria que as variáveis independentes fossem pouco correlacionadas entre si, mas ter alta correlação com a variável dependente. Dessa forma o modelo construído teria grande capacidade de previsão/explicação.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Feito o tratamento dos dados, seguindo a abordagem feita por De-Carvalho e Dias (2016), foram realizados testes sobre o desempenho médio das operadoras de modo a comparar a evolução dos mesmos por pares de anos. Assim, foi realizado o teste de Tukey, de modo a verificar se estas diferenças são significantes estatisticamente, por este ser considerado um instrumento adequado para abordagens dessa natureza (HAIR JR. ET AL., 2005; TABACHNICK; FIDELL, 2012).

Tabela 1 - Comparação múltipla de Tukey - OROA de 2010 a 2015

Períodos Comparados	Diferença entre médias	Erro-padrão	Significância	Intervalo de Confiança a 95%		Conclusão	
				Limite Inferior	Limite Superior		
2010	2011	0,065	0,108	0,991	-0,243	0,374	Igual
	2012	0,158	0,107	0,682	-0,148	0,463	Igual
	2013	-0,043	0,108	0,999	-0,350	0,265	Igual
	2014	0,069	0,109	0,989	-0,241	0,378	Igual
	2015	0,105	0,110	0,931	-0,208	0,418	Igual
2011	2012	0,092	0,107	0,956	-0,213	0,398	Igual
	2013	-0,108	0,108	0,918	-0,416	0,200	Igual
	2014	0,003	0,109	1,000	-0,307	0,313	Igual
	2015	0,040	0,110	0,999	-0,274	0,353	Igual
2012	2013	-0,200	0,107	0,419	-0,505	0,105	Igual
	2014	-0,089	0,108	0,963	-0,396	0,218	Igual
	2015	-0,053	0,109	0,997	-0,363	0,258	Igual
2013	2014	0,111	0,108	0,909	-0,198	0,420	Igual
	2015	0,148	0,110	0,759	-0,165	0,460	Igual
2014	2015	0,036	0,110	0,999	-0,278	0,351	Igual

Fonte: elaborado pelo autor

Como o OROA representa a rentabilidade operacional dos ativos das operadoras, isto é, sua capacidade de gerar resultado com seu negócio principal (comercialização de planos de saúde) através de sua estrutura (ativos), dois aspectos são importantes ao analisar a Tabela 1: sua receita com contraprestações (mensalidades) influenciada pela evolução do número de beneficiários e pela sua condição de reajustar preços frente ao cenário competitivo que enfrenta (tíquete médio); e a influência da evolução dos custos assistenciais no período.

Conforme apontado no decorrer deste trabalho, há diversos aspectos que influenciam o crescimento dos custos assistenciais, a destacar: introdução de novas tecnologias, envelhecimento da população e ampliação de coberturas assistenciais pelo marco regulatório. Como reflexo disso, enquanto o faturamento das operadoras cresceu 236% entre 2006 e 2015, as despesas assistenciais, no mesmo período, aumentaram 256%, ultrapassando 120 bilhões de reais em 2015 (ANS, 2016b). Essa diferença de 20 pontos percentuais tem contribuído para reduzir as margens operacionais de diversas operadoras, levando a extinção de muitas delas.

A evolução dos custos em proporção superior às receitas ajuda a explicar porque o OROA médio de 2010 foi superior ao OROA médio de quase todos os anos do período (em valores brutos), excetuando-se 2013. Contudo, a evolução de ambos (receita e despesa assistencial) pode ter comportamentos diferentes ao longo dos anos, como pode ser destacado na Tabela 2:

Tabela 2 - Evolução receita contraprestações e despesa assistencial - 2010 a 2015

Ano	Receita contraprestações	Despesa assistencial	Δ RC	Δ DA	Δ RC > Δ DA	Sinistralidade
2010	74.255.866.012	59.711.410.619	-	-	-	80,4%
2011	84.367.198.778	68.851.186.132	13,6%	15,3%	Falso	81,6%
2012	95.216.079.102	80.073.580.927	12,9%	16,3%	Falso	84,1%
2013	109.033.713.524	90.906.340.008	14,5%	13,5%	Verdadeiro	83,4%
2014	126.515.827.303	106.475.472.564	16,0%	17,1%	Falso	84,2%
2015	143.290.551.239	120.104.666.698	13,3%	12,8%	Verdadeiro	83,8%

Fonte: ANS (2016b)

Dos últimos cinco anos, em dois a evolução percentual da receita de um ano em relação ao ano anterior foi superior à evolução percentual da despesa assistencial no mesmo período. Essa análise ajuda a explicar porque só o OROA médio de 2013 foi superior ao OROA médio de 2010 e 2011. Em 2013, o crescimento global das receitas superou, proporcionalmente, em um ponto percentual (p. p.) a despesa assistencial, sendo refletida na melhor média do OROA naquele ano. O OROA médio de 2012 foi inferior a todos os anos do período. Na Tabela 2 é possível observar que aquele ano se caracterizou por ter tido a maior diferença proporcional entre a evolução das despesas em relação à receita (-3,4 p.p.).

Uma razão para isso foi debatida por Santos e Cyrillo (2015) que analisou o impacto das ampliações do Rol Mínimo de Procedimentos estabelecida pela ANS. Esse rol estabelece a cobertura assistencial mínima que as operadoras são obrigadas a oferecer a seus beneficiários é atualizada normalmente a cada dois anos. Na série estudada, houve ampliação de cobertura nos anos 2010, 2012 e 2014, resultando em maiores índices de sinistralidade (proporção das

despesas em relação às receitas) sobretudo em 2012 e 2014. Pelos dados apresentados, é provável que a ampliação do rol em 2012 teve maior impacto para as operadoras.

Em contrapartida, esse fenômeno também contribuiu para explicar o melhor desempenho em 2013, pois o reajuste dos planos de saúde é feito com base na utilização dos serviços no anterior, seja para contratos individuais (que é estabelecido pela ANS), seja para contratos coletivos (livre negociação entre operadoras e empresas contratantes). Assim, os resultados de 2013 podem ter sido uma tentativa das operadoras de compensar a pressão dos custos em 2012. Já em 2014, a ampliação pode ter tido um impacto menor para as operadoras.

Por outro lado, o ano de 2015 necessita de análise mais ampliada. Pelo teste de Tukey é possível observar que 2015 apresenta resultado médio inferior aos anos anteriores, excetuando-se apenas o ano de 2012. Mesmo não tendo o rol de cobertura assistencial ampliado no ano, 2015 foi muito difícil para a maioria das operadoras, reflexo da crise econômica que o Brasil enfrentou naquele ano e que ainda sentiu suas consequências em 2016.

O ano de 2015 foi o primeiro, em mais de 15 anos, em que houve redução do número total de beneficiários de planos de saúde, com **queda** de quase **2%** em dez/2015 em relação a dez/2014. Comparando o total de beneficiários de set/2016 a dez/2014 essa **queda** supera **4%**. Nem mesmo a crise econômica mundial observada em 2008/2009 resultou na queda do número de beneficiários do setor. Por outro lado, houve **crescimento** de mais de **12%** em dez/2014 em relação a dez/2010. Na comparação dez/2014 em relação a dez/2005 o **crescimento** foi superior a **42%** (ANS, 2016b). Sendo esse mercado sensível ao desempenho da economia, já que a maior parte dos beneficiários está vinculada a contratos coletivos pelas empresas, alterações macroeconômicas tendem a influenciar o desempenho das operadoras.

Ainda que em 2015 as receitas tenham crescido proporcionalmente em percentual superior às despesas administrativas, essa diferença foi pequena (+0,5 p.p) e outras despesas operacionais podem ter influenciado negativamente no OROA daquele ano. Além disso, da série analisada, o ano de 2015 foi o terceiro com maior índice de sinistralidade.

Feitas as análises dos índices-médios, foram construídos os modelos de regressão para o período estudado usando SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 - Modelos de regressão para o período analisado

Ano	Fonte de variação	Modelo de regressão		Ano	Fonte de variação	Modelo de regressão	
		Linear	Quadrático			Linear	Quadrático
2010	F	117,492	117,492	2013	F	90,486	90,486
	P-Valor	0,000	0,000		P-Valor	0,000	0,000
	R ² (ajustado)	0,320	0,320		R ² (ajustado)	0,264	0,264
2011	F	90,219	48,622	2014	F	74,593	74,593
	P-Valor	0,000	0,000		P-Valor	0,000	0,000
	R ² (ajustado)	0,266	0,279		R ² (ajustado)	0,313	0,313
2012	F	68,711	53,793	2015	F	88,442	88,442
	P-Valor	0,000	0,000		P-Valor	0,000	0,000
	R ² (ajustado)	0,284	0,292		R ² (ajustado)	0,274	0,274

Fonte: elaborado pelo autor

Em função dos modelos construídos, optou-se pela adoção do modelo de regressão quadrática por ser aquela que apresenta melhor ajuste ao trabalho proposto. Feito isso, foi realizado o processamento dos dados e apresentados os resultados na tabela 4.

Tabela 4 - Análise de regressão - aspectos de influência no OROA

Variável preditora	2010			2011			2012		
	Coefficiente	Significância	VIF	Coefficiente	Significância	VIF	Coefficiente	Significância	VIF
Porte	0,789	***	2,402	0,513	***	9,440	0,662	***	9,317
IndRM				-0,241	***	5,398	-0,305	***	5,378
Satisf									
TM									
Mod ^a	-0,351	***	2,402	-0,279	***	3,429	-0,285	***	3,349
Porte ²									
IndRM ²				0,403	***	10,614	0,315	***	10,668
Satisf ²									
TM ²									
Variável preditora	2013			2014			2015		
	Coefficiente	Significância	VIF	Coefficiente	Significância	VIF	Coefficiente	Significância	VIF
Porte	0,756	***	2,400	0,947	***	6,223	0,678	***	2,515
IndRM				-0,144	**	3,542			
Satisf									
TM									
Mod ^a	-0,407	***	2,400	-0,442	***	2,761	-0,525	***	2,515
Porte ²									
IndRM ²									
Satisf ²									
TM ²									

Fonte: elaborado pelo autor

***Significante a 1%

**Significante a 5%

^a Variável *dummy*

Analisando o desempenho das operadoras da base estudada ano a ano e desconsiderando as variáveis que não apresentam influência estatisticamente significativa, observa-se que as mesmas tiveram comportamentos diferentes no período. Para o ano de 2010, a equação que melhor demonstra o desempenho médio das operadoras, a partir do OROA é:

$$\text{OROA}_{10} = 0,789 \text{ porte} - 0,351 \text{ mod}$$

Sendo que quanto maior o valor de porte, maior o tamanho da operadora (medido pelo número de beneficiários cadastrados que a mesma detém) e que a variável mod é do tipo *dummy*, atribuindo valor igual a 1 se for Cooperativa Médica e 0 se for Medicina de Grupo.

Isso significa que, para o ano de 2010, o desempenho médio das operadoras teve importante influência do seu tamanho e da modalidade ao qual estão vinculadas, tendo as operadoras de maior porte e de Medicina de Grupo com resultados médios mais expressivos.

Comportamento semelhante foi observado para os anos de 2013 e 2015 nos quais as equações que apresentam melhor explicação para o desempenho médio das operadoras foram:

$$\text{OROA}_{13} = 0,756 \text{ porte} - 0,407 \text{ mod}$$

$$\text{OROA}_{15} = 0,678 \text{ porte} - 0,525 \text{ mod}$$

Os resultados observados em 2013 e 2015 reforçam a influência do porte e da modalidade no desempenho médio das operadoras, destacando-se as operadoras de maior porte e de Medicina de Grupo. A importância do tamanho das empresas no seu desempenho é apontada por autores como Porter (1985), Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012), Brito e Brito (2012), Santos e Cyrillo (2015), Andrade et al. (2015) e Azevedo et al. (2016) em função dos benefícios que ter escala para atuar significa.

Porém, alguns pesquisadores encontraram resultados diferentes em relação à influência do porte no desempenho. Silva e Loebel (2015) só encontraram diferenças significativas entre resultados econômico-financeiros e o porte das operadoras para o indicador Liquidez Corrente, que não é foco deste trabalho. Ou seja, para indicadores de rentabilidade, inclusive o OROA, aqueles autores não encontraram diferenças estatisticamente significantes em relação ao porte das operadoras no período entre 2001 e 2012. Baldassare (2014), por outro lado, identificou que as operadoras de pequeno porte (até 20 mil beneficiários) apresentaram os melhores resultados para índices de rentabilidade também considerando o período entre 2001 e 2012. As diferenças encontradas nos estudos podem estar relacionadas ao método de investigação usado.

Quanto a influência da modalidade, uma das possíveis explicações para o desempenho das operadoras de Medicina de Grupo é apontada por Baldassare (2014). De acordo com o autor, boa parte dessas operadoras apresentam estruturas verticalizadas de atendimento a seus beneficiários o que, conforme apontado por autores como Veloso e Malik (2010), Cardoso, Paim e Zucchi (2010), Andrade et al. (2015) e Azevedo et al. (2016), contribuem para maior controle de custos pelas operadoras, podendo impactar positivamente no seu desempenho.

Além disso, conforme destacado por Pinheiro et al. (2015), as Cooperativas Médicas têm como principal motivação a valorização do trabalho médico e suas políticas buscam remunerar melhor seus cooperados. Nesse sentido, o objetivo maior não é o lucro, uma vez que essas instituições são empresas sem fins lucrativos, e sim proporcionar melhores condições de trabalho para os médicos cooperados.

Outras pesquisas apontam resultados semelhantes aos observados neste trabalho. Santos e Cyrillo (2015) apontaram que as operadoras de Medicina de Grupo apresentaram custos assistenciais em proporções menores do que as operadoras das demais modalidades. Já a pesquisa de Pinheiro et al. (2015) constatou que as operadoras da modalidade Medicina de Grupo tiveram índices médios de rentabilidade superior aos da modalidade Cooperativa Médica. Baldassare (2014) também observou índices de rentabilidade das Medicinas de Grupo superiores em relação às Cooperativas Médicas, inclusive para o OROA que é a variável dependente utilizada nesta pesquisa para avaliar o desempenho das operadoras.

As particularidades das cooperativas médicas, em especial do Sistema Unimed, promovem grande heterogeneidade de características das firmas, perfis de gestão e, por consequência, resultados alcançados, cabendo outras investigações para melhor compreensão.

Já com relação ao ano de 2014 houve mais uma variável estatisticamente significativa para explicar o desempenho médio das operadoras. Além da forte influência do porte e da modalidade, para aquele ano a concentração de beneficiários nas regiões metropolitanas do país (IndRM) também apresentou importante influência conforme aponta a equação abaixo:

$$\text{OROA}_{14} = 0,947 \text{ porte} - 0,442 \text{ mod} - 0,144 \text{ indrm}$$

Neste cálculo, quanto maior a proporção de beneficiários nas regiões metropolitanas maior será esse índice. O resultado negativo aponta que uma maior presença de beneficiários fora das regiões metropolitanas, isto é, dispostos no interior do país, teve, em 2014, influência estatisticamente significativa para o desempenho médio das operadoras naquele ano.

O fato da atuação geográfica das operadoras apresentar influência no seu desempenho reforça a importância da análise desse fator destacada por autores como Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012), Viana et al. (2012), Kuhl, Kuhl e Gusmão (2014), Andrade et al. (2015) e Azevedo et al. (2016).

Uma das explicações para esse fenômeno pode estar presente no trabalho de Andrade et al. (2015). Aqueles autores identificaram altos níveis de concentração de mercado de planos de saúde em cidades e grupos de municípios no interior do país. Nesse sentido, conforme apontado por Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012), uma menor quantidade de competidores ou mesmo poucos competidores de maior expressão tendem a proporcionar maiores ganhos para as empresas que dominam aquele mercado.

É importante lembrar também que o ano de 2014 teve ampliação do rol mínimo de cobertura obrigatória por parte das operadoras. Parte dessa ampliação estava relacionada à cobertura de cirurgias por videolaparoscopia (menos invasivas), tratamento de doenças genéticas, entre outros procedimentos mais complexos. Ocorre que essas tecnologias nem sempre estão disponíveis (ou disponíveis facilmente) fora dos grandes centros urbanos. Assim, a restrição da oferta e a dificuldade de acesso a esses procedimentos, por parte dos beneficiários, podem ter promovido impacto menor para as operadoras que têm proporção relevante de seus beneficiários no interior do país em relação às operadoras que têm maior foco de atuação nas regiões metropolitanas, influenciando os resultados daquelas empresas.

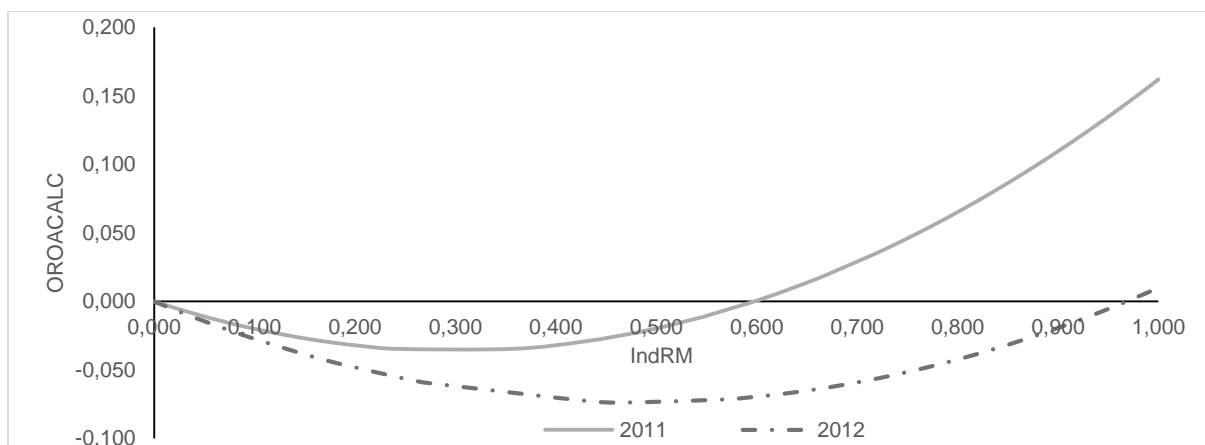
Os anos de 2011 e 2012 também apresentaram influência estatisticamente significativa para a variável IndRM, além das variáveis Porte e Modalidade. Contudo, a influência de IndRM para 2011 e 2012 apresentou características diferentes àquela observada em 2014 conforme apontou o modelo de regressão construído. Foram assim identificadas as seguintes equações que explicariam o desempenho médio das operadoras para aquele período:

$$OROA_{11} = 0,513 \text{ porte} - 0,279 \text{ mod} - 0,241 \text{ indrm} + 0,403 \text{ indrm}^2$$

$$OROA_{12} = 0,662 \text{ porte} - 0,285 \text{ mod} - 0,305 \text{ indrm} + 0,315 \text{ indrm}^2$$

Para esses anos, as variáveis porte e modalidade ainda apresentam relevante influência, porém em proporção menor do que os demais anos estudados. Assim, a importância da variável IndRM aumentou na explicação do desempenho das operadoras em 2011 e 2012. O gráfico 8 ilustra o perfil dessa influência.

Gráfico 6 - Influência do IndRM no OROA para os anos de 2011 e 2012



Fonte: elaborado pelo autor

Pelo gráfico é possível observar que, para o ano de 2011, a medida que aumenta a concentração de beneficiários na região metropolitana o retorno das operadoras cai até chegar a um ponto (neste caso próximo do IndRM 0,250) a partir do qual quanto maior o IndRM, maior o desempenho. Uma possível explicação para isso está no conflito entre maior grau de competição nas regiões metropolitanas e maior concentração de mercado fora delas. Há no interior do país um número menor de operadoras atuando em função da necessidade de escala para que a oferta de planos de saúde seja viável conforme apontam Andrade et al. (2015). Dessa forma, com um número menor de competidores, como destacado por Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012), há maior concentração de mercado e somente as operadoras com maior poder de negociação conseguem obter margens melhores. Dessa forma, considerando o cenário observado em 2011, passa a ser mais interessante ter maior presença nas regiões metropolitanas pois, ainda que em um cenário potencialmente mais competitivo, havia naquele ano muita demanda por planos de saúde naquelas regiões em função do cenário macroeconômico positivo.

Já para o ano de 2012 a evolução do IndRM é mais homogênea. Em função dos desafios apresentados para aquele ano já comentados anteriormente, como a evolução dos custos assistenciais pela ampliação do rol de cobertura mínima obrigatória no referido ano, a situação menos favorável para as operadoras é ter seus beneficiários divididos entre as regiões metropolitanas e as cidades do interior. Dessa maneira, a situação mais rentável, para 2012, era atuar integralmente nas regiões metropolitanas na tentativa de diluir seus custos através da ampliação de sua carteira. Isso normalmente é mais viável em regiões com maior concentração de beneficiários. Atuar integralmente no interior, por sua vez, é melhor do que uma atuar em ambos os mercados ainda que as margens fiquem próximas de zero.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desempenho alcançado pelas organizações promove efeitos em toda a economia que, por sua vez, também promove modificação no ambiente competitivo das firmas. Contudo, cada organização responde de forma singular aos fenômenos observados no ambiente competitivo, resultando em grande diversidade de resultados alcançados, ainda que atuem no mesmo mercado ou setor econômico.

Como visto, diversos aspectos influenciam o desempenho das organizações, uma vez que, conforme Damke e Gimenez (2014), ele é resultado de complexas interações entre os fatores ambientais nas quais as firmas estão inseridas, de seus processos internos e do comportamento estratégico dos seus gestores.

Considerando o mercado analisado, o da saúde suplementar, através dessa pesquisa foram estabelecidas hipóteses que nortearam a avaliação dos dados. É possível separá-las entre as abordagens de aspectos externos e internos às operadoras de planos de saúde.

As hipóteses H₁ (modalidade) e H₂ (porte) estão mais relacionadas a fatores internos da organização. Isso porque a modalidade é uma característica das operadoras assim como seu tamanho. É verdade que o ambiente pode promover ou inibir o crescimento de uma organização, mas neste trabalho o porte é compreendido como um aspecto interno da firma que pode influenciar seu desempenho. Seria necessária outra pesquisa para avaliar, de forma mais profunda, como o ambiente influenciou o crescimento daquela(s) operadora(s).

Após a análise dos resultados para todo o período, **confirmou-se a hipótese H₁** de que a modalidade das operadoras tem influência no desempenho daquelas empresas. Pelos resultados observados, as operadoras da modalidade Medicina de Grupo tiveram, em média, melhor desempenho avaliado através do índice de Retorno Operacional sobre Ativos (OROA).

Neste trabalho também **se confirmou a hipótese H₂** de que o porte (tamanho) da operadora influencia positivamente no seu desempenho. Reforçando os trabalhos de Porter (1985), Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012), Brito e Brito (2012), Santos e Cyrillo (2015), Andrade et al. (2015) e Azevedo et al. (2016), observou-se nesta pesquisa que as operadoras com maior escala (tamanho) apresentaram resultados médios superiores às demais.

Como as duas hipóteses foram confirmadas, alcançou-se o primeiro dos objetivos específicos que era analisar os fatores internos que influenciam o desempenho das operadoras. Ao analisar a relevância dessas duas variáveis (modalidade e porte) foi possível apontar, para a amostra pesquisada, no período estudado, com a técnica utilizada, que as operadoras de maior porte e relacionadas à modalidade Medicina de Grupo, em média, apresentaram índices de desempenho melhores que as demais.

Por outro lado, as hipóteses H_3 (atuação concentrada nas regiões metropolitanas), H_4 (tíquete médio) e H_5 (índices de satisfação) estão mais relacionadas a fatores externos da operadora. Ainda que a definição de onde a empresa vai atuar seja uma escolha da firma, são os aspectos econômicos, demográficos, epidemiológicos e culturais daquela região que efetivamente vão influenciar o desempenho da firma, portanto, estão fora do controle da operadora. Já o tíquete médio, em outros mercados, poderia ser considerado uma estratégia de posicionamento da empresa (gestão interna), mas a dinâmica do setor de saúde suplementar inibe variações de precificação conforme a estratégia da companhia. É verdade que existem planos de saúde segmentados para classes sociais distintas, mas esses produtos precisam ser bastante avaliados antes de sua oferta ao mercado, pois a redução de benefícios oferecidos pelos produtos é limitada pelo marco regulatório do setor. Além disso, para planos individuais, é a ANS que estabelece os índices máximos de reajustes anuais, portanto, fora do controle das operadoras. Por fim a satisfação dos clientes é influenciada pela sua condição de avaliar os produtos que o mercado favorece, seus eventuais custos de mudança e a decisão de compra que, para planos empresariais, não está sob sua gestão direta.

Pelo modelo construído foi possível observar que o índice de reclamação das operadoras, representada pela variável SATISF, não apresenta influência estatisticamente significativa no desempenho da empresa, neste modelo representado pela variável OROA, para nenhum ano do período estudado. Isso pode estar relacionado ao fato de que grande parte dos beneficiários está vinculada a contratos coletivos ofertados por empresas não sendo, portanto, uma escolha do beneficiário. Assim, por mais que ele esteja insatisfeito, permanecerá vinculado àquela operadora a não ser que contrate um plano individual. Como consequência, índices de insatisfação tendem a pouco alterar os resultados das operadoras.

Além disso, mesmo com algumas alterações recentes na legislação do setor, ainda é difícil realizar a migração entre planos, conforme destacam Andrade et al. (2015). Azevedo et al. (2016) lembram ainda que a rede de prestadores credenciada por uma operadora pode ser

diferente, podendo impactar na percepção de perda de qualidade por parte do beneficiário, representando custo de mudança e reduzindo sua sensibilidade a preço.

Por meio desta análise, **não se confirma a hipótese H₅** de que melhores índices de satisfação dos beneficiários influenciam positivamente no desempenho das operadoras.

Outra variável que não apresenta influência estatisticamente significativa no OROA, para nenhum ano do período pesquisado, é o tíquete médio (TM). Esse resultado é semelhante ao encontrado por Alves (2013) que não identificou correlação significativa entre tíquete médio e a variação dos custos das operadoras em geral, excetuando-se o modelo criado para avaliar as cooperativas médicas.

Uma explicação possível é o fato de que, como comentado antes, os reajustes dos planos de saúde são feitos de acordo com a utilização dos serviços por parte dos beneficiários de modo a tentar preservar suas margens. Para clientes novos são desenvolvidos estudos para a elaboração dos preços de venda, sempre considerando os objetivos estratégicos daquela precificação (ampliar as margens de lucro, aumentar participação de mercado, etc.) conforme abordado por Brito e Brito (2012).

Acrescenta-se a isso o que foi apontado por Hamza, Saab e Rodrigues Filho (2012) de que em determinado mercado, como o de planos de saúde, por exemplo, um número menor de competidores tende tornar os preços mais altos e homogêneos, não se configurando como um diferencial competitivo. Preços mais elevados poderiam significar maior ganho para as organizações desde que elas conseguissem obter lucros maiores a partir do controle eficiente de seus custos. Contudo, como visto na contextualização do setor de saúde suplementar, a maior parte dos custos não estão sob gestão direta das operadoras, reduzindo suas margens e estando mais sujeitas a mudanças macroeconômicas e regulatórias.

Dessa maneira, também **não se confirma a hipótese H₄** de que maiores valores de mensalidade cobrados pelas operadoras dos seus beneficiários (tíquete médio mais alto) têm influência positiva no desempenho das operadoras.

O segundo objetivo específico que era analisar os fatores externos que influenciam o desempenho das operadoras foi alcançado a partir das considerações observadas. Como H₄ e H₅ não se confirmaram, conclui-se que para a base de dados estudada, os aspectos relacionados a tíquete médio e índices de satisfação não influenciam de forma decisiva o desempenho das operadoras, não sendo estas as variáveis que ajudam a explicar os resultados obtidos.

Por fim, **confirmou-se parcialmente a hipótese H₃** de que uma maior atuação da operadora nas regiões metropolitanas do Brasil influencia positivamente no seu desempenho. Isso porque, primeiramente, a variável IndRM não foi estatisticamente significativa para explicar o desempenho das operadoras nos anos de 2010, 2013 e 2015. Para ano de 2014 maior concentração de beneficiários nas regiões metropolitanas teve influência estatisticamente significativa na variável de desempenho OROA. Já para os anos de 2011 e 2012 essa influência também se confirmou, porém através de um comportamento diferente daquele observado em 2014 conforme abordado anteriormente.

Contudo, cabe destacar que outros aspectos externos aparentemente influenciaram o desempenho das operadoras e que foram identificados de forma indireta por esta pesquisa. Na análise dos índices-médios foi possível observar níveis inferiores de desempenho nos anos nos quais houve ampliação do rol de cobertura, o que poderia indicar que mudanças regulatórias, fora da gestão direta das operadoras, apresentam influência nos seus resultados.

Já em 2015, foi o cenário macroeconômico que apresentou maior desafio para as operadoras com a perda de clientes em função da ampliação dos índices de desemprego. Assim, é provável que esse seja outro aspecto externo que influencie diretamente no desempenho das operadoras e do mercado como um todo.

É válido destacar também que cada operadora apresenta respostas diferentes aos desafios do mercado em função de suas diferentes competências e capacidades, reforçando o que Simerly e Li (2000) diz sobre o fato de que cada empresa reage de forma particular aos desafios impostos pelo ambiente. Isso pode ser constatado nas amplitudes observadas entre os limites inferior e superior das médias de desempenho apresentadas na Tabela 1.

Como limitações da pesquisa destacam-se, principalmente, a delimitação de algumas variáveis para analisar o desempenho das operadoras, sabendo-se que o construto desempenho é influenciado por uma grande diversidade de fatores e variáveis. Contudo, a análise de um grande número de variáveis tornaria essa pesquisa bastante extensa, extrapolando o tempo disponível para sua realização. Outro aspecto limitante é a disponibilidade de dados no portal da ANS que não possibilita acesso amplo aos dados localizados em sua base, acabando por restringir as variáveis a serem contempladas na pesquisa. A ausência de dados por parte de algumas operadoras também restringiu uma análise mais ampla.

As contribuições deste trabalho podem assim serem apontadas: uma nova perspectiva para avaliação de desempenho de empresas em outros mercados, porém necessitando adaptar alguns fatores às particularidades do setor em questão; melhor compreensão do mercado de saúde suplementar, atualmente tão importante para a economia e para a assistência de milhões de brasileiros; e do ponto de vista metodológico a compreensão de que a atuação de uma companhia não se limita ao local de sua sede, sendo necessário avaliar em que locais ela efetivamente atua para melhor avaliação de seus resultados.

Como sugestões para trabalhos futuros apontam-se a análise de desempenho considerando aspectos externos e internos em outros mercados; a análise de desempenho no setor de saúde suplementar contemplando as operadoras de assistência odontológica ou ainda demais prestadores desse mercado (hospitais, clínicas, laboratórios, etc.); análise mais aprofundada da influência de aspectos regulatórios ou econômicos no desempenho das empresas; ou ainda uma análise mais abrangente contemplando operadoras de uma mesma modalidade de modo a investigar como diferentes variáveis influenciam operadoras com características semelhantes.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2016_mes03_caderno_informacao.pdf Acesso em 13 nov. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Dados gerais.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> Acesso em 13 nov. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Informações detalhadas ANS Tabnet.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> Acesso em 13 nov. 2016.

ALVES, S. L. A influência do tamanho, da modalidade e da verticalização das operadoras de planos de saúde nas despesas médico-hospitalares. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v.8, n.15, p. 1-22, nov. 2012/abr. 2013.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C.; RIBEIRO, M. M.; LIMA H. W.; CARVALHO, L. R. **Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil.** Série Cooperação em Saúde Suplementar, Brasília: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015. 106p.

AZEVEDO, P. F.; ALMEIDA, S. F.; ITO, N. C.; BOARATI, V.; MORON, C. R.; INHASZ, W.; ROUSSET, F. **A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas.** White Paper N°1, São Paulo: INSPER - Centro de Estudos em Negócios, maio/2016. 110p.

BALDASSARE, R. M. **Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro.** Dissertação de Mestrado em Administração, Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2014, 97p.

BANCO MUNDIAL. **Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15801> Acesso em 21 maio 2015.

BARBOSA, A. C. Q.; CINTRA, L. P. Inovação, competências e desempenho organizacional: articulando construtos e sua operacionalidade. **Future Studies Research Journal.** São Paulo, v.4, n.1, p.31-60, jan./jun. 2012.

BARNEY, J. B. **Strategic factor markets: expectations, luck, and business strategy.** *Management Science*, v.32, n.10, p.1.231-1.241, 1986.

BARNEY, J. B. **Firm resources and sustained competitive advantage.** *Journal of Management*, v.17, n.1, p.99-120, 1991.

BARNEY, J. B.; HESTERLY, W. **Economia das organizações: entendendo a relação entre as organizações e a análise econômica.** In: CALDAS, M.; FACHIN, R.; FISCHER, T. *Handbook de Estudos Organizacionais - Ação e Análise Organizacionais.* v.3. São Paulo: Atlas, p.131-179. 2004.

BRANDENBURGER, A. M; STUART JR; H. W. Value-based business strategy. **Journal of Economics & Management Strategy**, v.5, n.1, p.5-24, 1996.

BRASIL. Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L5764.htm Acesso em 13 nov. 2016.

BRITO, R. P.; BRITO, L. A. L. Vantagem competitiva, criação de valor e seus efeitos sobre o desempenho. **RAE**, São Paulo, v.52, n.1 p.70-84, jan./fev. 2012.

CARDOSO, C.; PAIM, C. R. P.; ZUCCHI, P. Operadoras de planos de saúde e seus recursos assistenciais. **RAS**, v.12, n.47, p.57-62, abr./jun. 2010.

CHANDLER, A. **Strategy and structure**. Cambridge: MIT Press, 1962.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pesquisa revela que 92% da população está insatisfeita com a saúde no Brasil**. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24984:datafolha-revela-93-da-populacao-esta-insatisfeita-com-a-saude-no-brasil&catid=3 Acesso em 21 maio 2014.

COSTA, F.; GARCIAS, P. M. Concentração de mercado e desempenho das indústrias brasileiras de papel e celulose: recorrendo à modelagem de Fleuriet para analisar o paradigma ECD. **RCO - Revista de Contabilidade e Organizações**, FEARP/USP, v.3, n.6, p.143-163, maio/ago. 2009.

CUNHA, J. A. C.; CORRÊA, H. L. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, FGV-EAESP, São Paulo, v.53, n.5, p.485-499, set./out. 2013.

DAMKE, E. J.; GIMENEZ, F. A. P. Configurações estratégicas e desempenho organizacional: um estudo em micro e pequenas empresas do setor de varejo. In: **XXXVIII EnANPAD 2014**, Rio de Janeiro. Anais do XXXVIII Encontro da ANPAD, 2014.

DAVIS, J. P.; EINSENHARDT, K. M.; BINGHAM, C. B. Optimal structure, market dynamism, and the strategy of simple rules. **Administrative Science Quarterly**, v. 54, p. 413-452, 2009.

DE-CARVALHO, J. P.; DIAS, A. T. Influências não lineares da indústria no desempenho da firma. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, FGV-EAESP, São Paulo, v.56, n.5, p.503-517, set./out. 2016.

DIAS, A. T.; PARDINI, D. J.; MESQUITA, J. M. C.; MUYLDER, C. F.; CARVALHO, J. P. As estratégias corporativas como mediadoras das relações entre estrutura do Conselho de Administração e desempenho de empresas de capital aberto. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v.17, n.3, p.71- 88, set./dez. 2014.

DUTRA, A. Metodologias para avaliar o desempenho organizacional: revisão e proposta de uma abordagem multicritério. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, v.2, n.1, 2005.

GONÇALVES, A. A.; ROCHA, S. A. S.; OLIVEIRA, M. J. F.; LEITÃO, A. R. **Gestão estratégica de serviços na área de saúde**. XII SIMPEP, Bauru, p.1-12, nov. 2005

HAIR JR., J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise multivariada de dados**. 5.ed., Porto Alegre: Bookman, 2005. 593p.

HAMZA, K. M.; SAAB, A. B.; RODRIGUES FILHO, L. N. Relação entre rivalidade e preços, e suas implicações para a estratégia competitiva. **Gestão & Regionalidade**, vol.28, n.83, p.65-79, maio/ago. 2012.

HIRATA, H. **Da polarização das qualificações ao modelo de competência**. In: C. Ferreti (Org.). Novas tecnologias, trabalho e educação. Petrópolis: Vozes. 1994.

HITT, M. A.; BOYD, B. K.; LI, D. **The state of strategic management research and a vision of the future**. In: KETCHEN JR., D. J. & BERGH, D. D. Research Methodology in Strategy and Management. Elsevier: Kidlington, UK, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> Acesso em 28 maio 2016.

INSTITUTO DE ESTUDOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR. **VCMH/IESS**. Disponível em: http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=778&id_tipo=13 Acesso em 28 maio 2016.

Kaplan, R. S.; Norton, D. P. **The balanced scorecard - measures that drive performance**. Harvard Business Review, v.70, n.1, p.71-79, jan./fev. 1992.

KOTABE, M.; SRINIVASAN, S.; AULAKH, P. Multinationality and firm performance: the moderating role of R&D and marketing capabilities. **Journal of International Business Studies**, v.33, n.1, p.79-97, 2002.

KRETZER, J.; MENEZES, E. A. A importância da Visão Baseada em Recursos na explicação da vantagem competitiva. **Revista de Economia Mackenzie**, v.4, n.4, p.63-87, 2006.

KUHL, M. R.; KUHL, C. A.; GUSMÃO, I. B. Perfil do desempenho das maiores empresas do Brasil. **Revista Capital Científico - Eletrônica (RCCe)**, v.12, n.2, p.1-18, abr./jun 2014.

MACEDO, M. A. S.; BARBOSA, A. C. T. A. M.; DAL-CIM, S. R. **Análise do desempenho organizacional de seguradoras de saúde no Brasil: uma análise aplicando DEA no período de 2003-2005**. In: Congresso Internacional de Custos, 2007, Lyon. Anais do X Congresso do IIC, 2007.

MACEDO, M. A. S.; STEFFANELLO, M.; OLIVEIRA, C. A. **Eficiência combinada dos fatores de produção: aplicação de Análise Envoltória de Dados (DEA) à produção leiteira**. In: XLIV Congresso da Sociedade Brasileira de Economia e Sociologia Rural. Fortaleza. 2006.

MILES, R. E; SNOW, C. C. **Organizational strategy, structure and process**. London: McGraw-Hill, 1978.

MUNARETTO, L. F.; CORRÊA, H. L. Indicadores de desempenho organizacional: uso e finalidades nas cooperativas de eletrificação do Brasil. **Revista Contabilidade Vista e Revista**, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, v.27, n.1, p.25-41, jan./abr. 2016.

NEELY, A. **Measuring business performance**. London, The Economist Books, 224 p. 1998.

NEIS, D. F.; PEREIRA, M. F. **O processo de Planejamento Estratégico e a estrutura organizacional: impactos, confluências e similaridades**. In: XXXVIII EnANPAD 2014, Rio de Janeiro. Anais do XXXVIII Encontro da ANPAD, 2014.

OLIVEIRA, P. H.; GONÇALVES, C. A.; PAULA, E. A. M. Visão Baseada em Recursos da inteligência competitiva. **Revista de Ciências da Administração**, v.15, n.35, p.141-151, abr. 2013.

PETERAF, M. A; BARNEY, J. B. Unraveling the resource-based tangle. **Managerial and Decision Economics**, v. 24, n. 4, p. 309-323, 2003.

PINHEIRO, I. C. B.; PELEIAS, I. R.; SILVA, A. F.; MARTINS, E. Efeitos da regulação econômico-financeira nas estratégias de financiamento das operadoras de planos de saúde. **Revista Universo Contábil**, Blumenau, v.11, n.2, p.108-127, abr./jun. 2015.

PORTER, M. E. **Competitive advantage: creating and sustaining superior performance**. New York: Free Press, Collier Macmillan, 1985.

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

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

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, p. 79-91, maio/jun.1990.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. **Competindo pelo futuro**. Rio de Janeiro: Campus. 1995.

RANGEL, A. D.; CASTRO, D. S. P. **Uma Visão Baseada em Recursos com Direcionamento Estratégico: Uma Proposta às Instituições de Saúde Hospitalares Públicas**. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, 2008, 174p.

RICHARD, P. J.; DEVINNEY, T. M.; YIP, G. S.; JOHNSON, G. Measuring organizational performance: towards methodological best practice. **Journal of Management**, v.35, n.3, p.718-804, 2009.

ROMAN, D. J.; PIANA, J.; LOZANO, M. A. S. P. L.; MELLO, N. R.; ERDMANN, R. H. Fatores de competitividade organizacional. **BBR - Brazilian Business Review**, Vitória, v.9, n.1, p.27-46, jan./mar. 2012.

ROWE, G. W.; MORROW JR., J. L. A note on the dimensionality of the firm financial performance construct using accounting, market, and subjective measures. **Canadian Journal of Administrative Sciences**, v.16, p.58-70, 1999.

SANTOS, G. M. M.; CYRILLO, D. C. Analysis of the financial impact of regulation for operators in the private healthcare sector. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v.11, n.19, p.79-108, abr./set. 2015.

SANTOS, J. B. **Uma proposta de conceituação e representação do desempenho empresarial**. Dissertação de Mestrado em Administração, Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2008, 126p.

SCHERER, F. M.; ROSS, D. **Industrial market structure and economic performance**. 3.ed. Boston: Houghton M. Company, 1990.

SILVA, A. A. **Estrutura, análise e interpretação das demonstrações contábeis**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SILVA, R. C.; SANTOS, R. R.; MACEDO, M. A. S. **Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no Brasil: uma aplicação da Análise Envoltória por Dados às informações dos anos de 2011 e 2012**. Congresso de Administração, Sociedade e Inovação - Volta Redonda, p.1-16, dez. 2015.

SILVA, V. V.; LOEBEL, E. **Desempenho econômico-financeiro de conjuntos de operadoras de planos de saúde: uma análise comparativa**. In: XVIII SEMEAD - Seminários em Administração, São Paulo. Anais do XVIII SEMEAD - Seminários em Administração FEA-USP, nov. 2015.

SILVEIRA-MARTINS, E.; TAVARES, P. M. Processo de formulação de estratégias: capacidade mercadológica, incerteza ambiental e desempenho. **Organizações em Contexto**, v.10, n.20, p.297-322, jul./dez. 2014.

SIMERLY, R. L.; LI, M. Environmental dynamism, capital structure and performance: A theoretical integration and an empirical test. **Strategic Management Journal**, v.21, p.31-49, 2000.

SIRMON, D. G.; HITT, M. A.; ARREGLE, J.; CAMPBELL, J. T. The dynamic interplay of capability strengths and weaknesses: investigating the bases of temporary competitive advantage. **Strategic Management Journal**, v. 31, p. 1.386-1.409, 2010.

SOARES, T. C.; MELO, P. A. Avaliação de desempenho organizacional: um mapeamento em periódicos nacionais. **Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios**, Florianópolis, v.7, n.2, p.148-164, maio/ago. 2014.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. 6th. Edition, Boston: Pearson, 2012.

VELOSO, G. G.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; MALIK, A. M. Análise dos fundamentos do modelo Value-Based Health Care Delivery à luz das teorias de estratégia. **Revista Alcance - Eletrônica**, v.20, n.4, p.495-512, out./dez. 2013.

VELOSO, G. G.; MALIK, A. M. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. **RAE-eletrônica**, v.9, n.1, jan./jun. 2010.

VENKATRAMAN, N; RAMANUJAM, V. Measurement of business performance in strategy research: a comparison of approaches. **Academy of Management Review**, v.11, n.4, p.801-814, 1986.

VIANA, A. F.; VILELA, R. H; LEÃO, F. A. O.; OLIVEIRA, D. A. B. **Um estudo sobre a insolvência das operadoras de planos de saúde**. In: XXXVI EnANPAD 2012, Rio de Janeiro. Anais do XXXVI Encontro da ANPAD, 2012.

VIANNA, S. T. W. Macroeconomia e Saúde: apontamentos para uma agenda de pesquisa. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n.7, p.25-31, jan./jun. 2015.