

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

RODRIGO STIGGER DUTRA

**A ARQUITETURA ORGANIZACIONAL APLICADA À CONSTRUÇÃO DE
ENTIDADE DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

Porto Alegre

2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

RODRIGO STIGGER DUTRA

**A ARQUITETURA ORGANIZACIONAL APLICADA À CONSTRUÇÃO DE
ENTIDADE DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ronald Otto Hillbrecht

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Economia, modalidade profissionalizante, com ênfase em Economia Aplicada.

Porto Alegre

2006

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
Responsável: Biblioteca Gládis W. do Amaral, Faculdade de Ciências Econômicas
da UFRGS

D978a Dutra, Rodrigo Stigger
A arquitetura organizacional aplicada à construção de entidade de autogestão
em saúde / Rodrigo Stigger Dutra. – Porto Alegre, 2006.
132 f. : il.

Ênfase em Economia Aplicada.

Orientador: Ronald Otto Hillbrecht.

Dissertação (Mestrado profissional em Economia) - Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Programa de Pós-
Graduação em Economia, Porto Alegre, 2006.

1. Planos de saúde : Brasil. 2. Autogestão : Saúde. 3. Economia da saúde. I.
Hillbrecht, Ronald Otto. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação em Economia.
III. Título.

CDU 369.22
614

RODRIGO STIGGER DUTRA

**A ARQUITETURA ORGANIZACIONAL APLICADA À CONSTRUÇÃO DE
ENTIDADE DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Economia, modalidade profissionalizante, com ênfase em Economia Aplicada.

Aprovada em: Porto Alegre, 20 de dezembro de 2006.

Prof. Dr. Ronald Otto Hillbrecht – orientador

UFRGS

Prof. Dr. Eugenio Lagemann

UFRGS

Prof. Dr. Hélio Henkin

UFRGS

Prof. Dr. Nilton Clóvis Machado de Araújo

PUCRS

AGRADECIMENTOS

Ao amigo Ademir Clavijo, cuja generosidade possibilitou o início dessa empreitada.

Aos amigos Josué Stelko, José A. Grebim, César de Melo Pacheco e Paulo Malabarba, pelo apoio dispensado, decisivos para a conclusão deste texto.

Aos professores e funcionários do PPGE, pela dedicação e atenção demonstradas no transcorrer do curso.

Ao meu professor orientador Ronald O. Hillbrecht, pela grande ajuda na confecção desta dissertação.

Aos colegas, grande exemplo de camaradagem e compromisso.

Aos familiares e demais amigos, pelo incentivo e colaboração em todos os momentos.

À Lidiamara, pela alegria, pelo carinho e pela compreensão. Para sempre.

“Se você pode
sonhar, você pode fazer.”

Walt Disney

RESUMO

A presente dissertação objetiva demonstrar a aplicabilidade dos conceitos relativos à arquitetura organizacional à criação de entidade de autogestão em saúde. Para atingir este propósito agregamos à revisão bibliográfica de trabalhos versando sobre a nova teoria da firma e sobre o mercado de saúde suplementar brasileiro informações coletadas a partir da experiência profissional do autor e de colaboradores atuantes no setor em questão. A fundamentação teórica agrupando os conceitos econômicos utilizados no trabalho conjugada com a realização de retrospectiva histórica do setor, bem como a contextualização de seu cenário atual, possibilitaram a construção de proposta para constituição de entidade de autogestão em saúde do tipo patrocinada. Desse modo, podemos concluir que a correta leitura do ambiente de negócios ao qual se vincula, traduzida na elaboração de estratégia viabilizadora das aspirações da entidade, possibilita estruturar a firma sob o critério de melhor uso do conhecimento específico disperso entre os empregados. Para tanto, deve-se definir uma política de delegação de poder para tomada de decisões aos colaboradores conjuntamente com a formulação de sistemas de incentivos e avaliação e monitoramento de performance como alternativa eficiente na busca pela maximização do resultado da instituição.

Palavras-chave: Autogestão. Saúde suplementar. Regulação. Operadora de plano de saúde. Incerteza. Comportamento humano. Custo de transação. Modelo Agente-Principal. Firma. Arquitetura organizacional. Direito de decisão. Incentivo. Avaliação de desempenho.

ABSTRACT

The present dissertation objective to demonstrate the applicability of the relative concepts to the organizacional architecture to the creation of entity of self management in health. To reach this intention we add to the bibliographical revision of works turning on the new theory of the firm and on the brazilian market of suplemental health the information collected from the professional experience of the author and of operating collaborators in the sector in question. The theoretical recital grouping the used economic concepts in the work conjugated with the accomplishment of historical retrospect of the sector, as well as the contextualization of its current scene, makes possible the construction of proposal for constitution of entity of self management in health of the sponsored type. In this manner, we can conclude that the correct business-oriented reading of the environment which if ties, translated in the elaboration of strategy of the aspirations of the entity, makes possible to structuralize the firm under the criterion of better use of the dispersed specific knowledge between the employees. For in such a way, one politics of delegation of jointly being able for taking of decisions to the collaborators with the formularization of systems of incentives and evaluation and monitoring of efficient performance as alternative in the search for the maximization of the result of the institution must be defined.

Keywords: Self management. Suplemental health. Regulation. Operator immediate of health. Uncertainty. Human behavior. Cost of transaction. Agent-Main model. Firm. Organizacional architecture. Right of decision. Incentive. Evaluation of performance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - MODELO DE LINHA DE TEMPO DA SELEÇÃO ADVERSA.....	23
FIGURA 2 - MODELO DE LINHA DE TEMPO DO RISCO MORAL (MORAL HAZARD).....	26
FIGURA 3 - O MERCADO DE SAÚDE E OS PROBLEMAS DE INFORMAÇÃO ASSIMÉTRICA.....	29
FIGURA 4 - A FIRMA COMO PONTO FOCAL DE UM CONJUNTO DE CONTRATOS.....	36
FIGURA 5 - OS DETERMINANTES DA ESTRATÉGIA NEGOCIAL, DA ARQUITETURA ORGANIZACIONAL E DO VALOR DA FIRMA	46
FIGURA 6 - A CARTOGRAFIA DO CAMPO REGULATÓRIO DA ANS	86
FIGURA 7 - PROGRAMAS DE ATENÇÃO A PORTADORES ESPECÍFICOS DESENVOLVIDOS POR AUTOGESTÕES - UNIDAS, 2001/2002	91
FIGURA 8 - COBERTURAS ASSISTENCIAIS ESPECÍFICAS E OUTROS SERVIÇOS OFERECIDOS POR ENTIDADES DE AUTOGESTÃO NO BRASIL - UNIDAS, 2001/2002.....	92
FIGURA 9 - MODELO ORGANIZACIONAL SUGERIDO PARA FORMATAÇÃO DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE COM ATUAÇÃO ESTADUAL.....	107
QUADRO 1 - COMPARATIVO DAS FORMAS DE ATUAÇÃO ANTERIOR E POSTERIOR À REGULAMENTAÇÃO DAS OPERADORAS DE SAÚDE.....	84
QUADRO 2 - FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO RELACIONADOS PARA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	120

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – BENEFICIÁRIOS POR SEGMENTO DE PLANO E ADEQUAÇÃO AO NOVO MODELO REGULATÓRIO - ANS, 2005.....	70
TABELA 2 – COBERTURA ASSISTENCIAL MÍNIMA POR SEGMENTO – ANS, 2005.....	71
TABELA 3 BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE PLANO MÉDICO-HOSPITALAR: 2000 A 2005.....	76
TABELA 4 – GRAU DE COBERTURA DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NACIONAL EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO VINCULADA A PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES - POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA.....	77
TABELA 5 – CONCENTRAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS VINCULADOS A PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES POR OPERADORA NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	78
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS VINCULADOS A PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES E OPERADORAS – POR MODALIDADE DE OPERADORA.....	80

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO	13
2.2 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR E OS PROBLEMAS RELACIONADOS À INCERTEZA E AO MODELO AGENTE - PRINCIPAL	14
2.3 OS MODELOS CIENTÍFICOS DE COMPORTAMENTO HUMANO	31
2.4 POR QUE EXISTEM FIRMAS? A JUSTIFICATIVA A PARTIR DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO	33
2.5 A ARQUITETURA ORGANIZACIONAL	42
2.6 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	58
3. BREVE HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	60
3.1 INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO	60
3.2 BREVE HISTÓRICO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO	61
3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO	65
3.4 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR E A REGULAÇÃO	81
3.5 ASPECTOS RELEVANTES DA AUTOGESTÃO EM SAÚDE.....	87
3.6 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	95
4. PROPOSTA PARA CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE DO TIPO PATROCINADA.....	97
4.1 INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO	97
4.2 ASPECTOS LEGAIS RELACIONADOS À CONSTITUIÇÃO DA ENTIDADE DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE DO TIPO PATROCINADA	98
4.3 A ARQUITETURA ORGANIZACIONAL SUGERIDA.....	100
4.4 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	120
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS	126

1. INTRODUÇÃO

A decisão por parte da empresa em provisionar a assistência à saúde aos funcionários é derivada de sua visão particular sobre o impacto que este benefício possui sobre seus resultados. De fato, a assistência à saúde é um atrativo para agregação e manutenção de colaboradores devido aos elevados custos da utilização da estrutura de saúde privada e à precariedade do acesso ao serviço público.

A criação de uma autogestão em saúde pode ser encarada como uma resposta qualificada às necessidades apresentadas pela população que se beneficiará dos serviços disponibilizados. De modo geral, podemos afirmar que os benefícios com a utilização dessa opção para atendimentos em saúde virão do menor custo envolvido com o financiamento dos serviços e com a formatação de plano de saúde voltado ao atendimento das necessidades identificadas na população participante da entidade.

Sob essa perspectiva, temos como objetivo maior de nosso trabalho desenvolver um modelo para formatação de entidade de autogestão em saúde sob a ótica da nova teoria da firma como alternativa à contratação de planos oferecidos no mercado de saúde suplementar.

No capítulo 2 são analisados os tópicos da teoria econômica sobre os quais se fundamenta a proposta principal deste trabalho. A revisão teórica se inicia com a discussão dos efeitos econômicos da incerteza e dos custos de agência e como podem afetar as relações entre os agentes que constituem o mercado de saúde suplementar. Na seqüência, são comentados os modelos científicos de comportamento humano existentes no campo das ciências sociais, além da apresentação da justificativa para a existência de firmas segundo R. Coase. A parte final do capítulo traz estudo sobre a arquitetura organizacional e seu tripé de

sustentação, composto pela alocação dos direitos de decisão, sistema de incentivos e sistema de avaliação e monitoramento.

O capítulo seguinte objetiva contextualizar o mercado de saúde suplementar brasileiro dada sua condição de ambiente de negócios onde atuará a autogestão projetada na obra. A parte inicial do capítulo faz uma retrospectiva do histórico deste mercado até os dias atuais, cenário analisado na segunda parte do capítulo em suas principais características, a exemplo da regulação que há relativamente pouco tempo se iniciou. O capítulo se finaliza com a abordagem específica da modalidade autogestão, visando um melhor esclarecimento das particularidades deste tipo de operadora de saúde.

No quarto capítulo é apresentada nossa proposta para constituição de autogestão em saúde do tipo patrocinada. Em caráter introdutório, abordamos os aspectos legais relacionados à constituição da entidade. A seguir, baseado na fundamentação teórica e na contextualização de mercado vistas nos capítulos anteriores, está construída a arquitetura organizacional sugerida para este trabalho, com criteriosa análise dos pilares que a sustentam bem como do ambiente de negócios e estratégia necessários para o desenvolvimento da entidade em mercado caracterizado altamente exigente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O capítulo tem por missão examinar o fundamento econômico que propicia a sustentação da nossa hipótese de construção de autogestão em saúde. Assim, a revisão teórica objeto desse capítulo está voltada à análise dos tópicos do conhecimento econômico sobre os quais se sustenta a proposta maior desse trabalho.

2.1 INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO

Neste capítulo procuramos estudar a teoria econômica que sustenta nossa proposta para constituição de uma autogestão em saúde. Na seção 2.2 evidenciamos os problemas enfrentados pelas entidades atuantes no mercado de saúde, notadamente sob os aspectos caracterizados por situações envolvendo incerteza e custos de agência, estes incentivados pela assimetria informacional inerente às interações do mercado de saúde. Na seção 2.3 apresentamos modelos de comportamento humano elaborados a partir das idéias defendidas por diferentes campos da ciência que buscam explicar as razões que motivam os indivíduos a tomar suas decisões.

Os fatores que justificam a existência de firmas compõem o objeto da seção 2.4, análise fortemente influenciada pelos argumentos de Ronald Coase. A seção seguinte propõe a discussão dos conceitos referentes à arquitetura organizacional, base teórica que sedimenta a elaboração de nossa autogestão em saúde. Neste ponto, analisamos os critérios viabilizadores da delegação de poder de decisão pela alta administração aos demais colaboradores bem como os mecanismos que permitem à firma obter maior nível de produtividade dos empregados, por intermédio de ferramentas que premiem aqueles que praticam habitualmente o comportamento desejado e com a utilização de instrumental que possibilite a avaliação e monitoramento do desempenho funcional.

Por fim, está a seção destinada a apresentar nossas conclusões sobre os assuntos abordados no capítulo.

2.2 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR E OS PROBLEMAS RELACIONADOS À INCERTEZA E AO MODELO AGENTE - PRINCIPAL

Visto sob a ótica econômica, o mercado de saúde tem como característica marcante a inaplicabilidade do modelo de ajuste pelo mecanismo de preços como ferramenta para alcançar a melhor combinação da utilização dos recursos empregados neste setor, cuja localização na curva de função utilidade social seria representada pelo ponto ótimo paretiano. A impossibilidade da aplicação do preço como fator de amoldamento das forças atuantes nesse mercado tem por causa a incerteza inerente à obtenção do resultado almejado com a execução dos tratamentos prescritos aos indivíduos, que traz consigo a presença de assimetria informacional entre os agentes. Devido à desigual distribuição das informações, o mercado de saúde convive com falhas como seleção adversa e risco moral, inseridas no campo da teoria econômica que se convencionou denominar Modelo Agente–Principal, conceitos que examinaremos neste capítulo.

2.2.1 Os Problemas Relacionados à Incerteza

A análise do mercado de assistência médica pelos economistas ganhou fôlego a partir das observações realizadas por Kenneth Arrow (1963) em artigo considerado clássico para o tema. Neste trabalho, o autor produz notável ensaio ao discorrer com propriedade sobre as principais características que diferenciam esse mercado do modelo tradicional apresentado pela teoria neoclássica. Arrow delimita as proposições de seu artigo às atividades exercidas no âmbito da assistência médica, optando por não discutir as complexas interações que complementam o mercado de saúde devido à dificuldade de estabelecer relações diretas entre os muitos fatores que podem influenciar a qualidade de vida em termos de saúde para cada indivíduo.

A partir da definição do objeto de trabalho, o autor apresenta diversos argumentos para justificar sua proposição sobre o funcionamento do mercado de assistência médica, fortemente influenciado pela presença de incerteza quanto à ocorrência de patologia e quanto ao resultado esperado com a realização do procedimento curativo¹. A assimetria informacional presente nas relações entre os agentes e os limites e restrições incidentes sobre a racionalização e padronização dos procedimentos no cuidado à saúde têm como conseqüências principais o surgimento das falhas de mercado como as assinaladas no parágrafo introdutório dessa seção.

Como características especiais do mercado de assistência médica, Arrow listou as seguintes propriedades:

a) A natureza irregular e imprevisível da demanda, dado o impulso dos indivíduos em procurar assistência médica somente quando entendem ameaçada

¹ Vale destacar que os pacientes, cuja condição normal implica no desconhecimento das ações necessárias ao restabelecimento de suas normais condições de saúde, estão incapacitados para compor sua própria cesta de bens e serviços, pois se encontram virtualmente entregues às determinações impostas pelos profissionais de saúde graças à desigual distribuição da informação na relação.

sua saúde. É destacada também a condição da doença como um risco associado a determinado custo, dado seu poder de impor restrições importantes à capacidade de trabalho e as repercussões negativas sobre as condições de obtenção de renda;

b) O comportamento esperado dos médicos, fortemente influenciado pelo aspecto ético, visto que a impossibilidade de destacar o processo de obtenção do produto do próprio produto tem como resultado a impossibilidade de testá-lo anteriormente à aquisição, gerando a necessidade da criação de confiança na relação entre os agentes para que se torne possível a obtenção do resultado desejado. Assim, espera-se que o profissional tenha atitudes maximizadoras do bem-estar do paciente, até mesmo prioritariamente em relação ao próprio nível de utilidade, aspecto que tem decisiva ascendência sobre a alocação dos recursos neste mercado;

c) A incerteza em relação à eficácia do produto, causada pela relevante assimetria informacional existente na relação médico-paciente e considerada pelo autor mais incisivamente presente nas questões relativas à saúde do que em qualquer outro mercado, tendo em vista a imprevisibilidade da ocorrência de doenças e da evolução dos tratamentos para um indivíduo;

d) As condições de oferta, cuja entrada é restringida por barreiras (por exemplo, há necessidade da conquista de licenciamento por parte do profissional para atuar legalmente como médico), impedindo a livre movimentação dos fatores de produção;

e) A prática para definição dos preços, não utilizados como mecanismo fomentador da competição neste mercado. Como regra geral, os preços são determinados de acordo com as condições sócio-econômicas do paciente ou familiar, sendo estipulados valores mais elevados para indivíduos que dispõem de maiores recursos e por vezes não cobrados para atendimento de indivíduos em situação de intensa pobreza² ;

² Como exemplo, a Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos (CBHPM), tabela recomendada pela Associação Médica Brasileira para a cobrança de honorários médicos, estipula valores básicos para atendimentos de pacientes internados nas acomodações hospitalares mais modestas e recomenda a duplicação dos honorários para os indivíduos hospedados em apartamentos privativos.

f) A indivisibilidade de alguns fatores de produção, como especialistas e alguns equipamentos (por exemplo, a presença de médicos neurologistas e tomógrafos em emergências hospitalares, apesar não utilização destes fatores em boa parte dos atendimentos).

O complemento do artigo de Arrow é dedicado à avaliação sobre a construção de um mercado de seguros capaz de organizar a distribuição dos riscos relativos à incidência da doença e ao resultado do tratamento proposto para combatê-la (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999). Neste ponto está implícita a idéia de ser a presença de riscos o elemento definidor do mercado de assistência médica.

Apesar de proporcionar a resolução de grande parte das inconveniências tratadas até este ponto, algumas situações representariam novo desafio a ser enfrentado com a viabilização do que o autor denominou mercado ideal de seguros. Para apresentá-los, nos valem da classificação proposta por Campos e Albuquerque (1999):

a) Existência de nichos populacionais não participantes, como desempregados, idosos, doentes crônicos e população de baixa renda;

b) Agrupamento de riscos distintos, pois a assimetria informacional impediria à contratada efetuar a separação dos contratantes tendo por critério o risco individual. Dessa forma, há contribuição para que os segurados com riscos mais altos contratem seguros a preços menores do que o considerado aceitável, ao mesmo tempo em que afastaria as pessoas portadoras de baixo risco pela fixação do preço em valor superior ao por elas tido como razoável;

c) Ocorrência de seleção adversa, na medida em que a elevação do preço do seguro com a intenção de abranger a população com maior risco de utilização acarretaria na atração majoritária justamente dos portadores dos maiores riscos, situação altamente perigosa para a sobrevivência das seguradoras;

d) Manifestação do risco moral, pois indivíduos que efetuam pagamentos periódicos para usufruir do seguro ofertado tenderiam a utilizá-los exageradamente se comparados a eles mesmos sem o benefício contratado;

e) Doenças não-seguráveis, como a AIDS em seu início. No caso brasileiro, a regulamentação vigente traz severas restrições à aplicação desta alternativa de combate à seleção adversa;

f) Existência de probabilidades interdependentes, como nos casos de doenças epidêmicas, onde há correlação direta entre os indivíduos nos eventos de doença;

g) Os altos custos administrativos, argumento utilizado pelos defensores para defender o processo de concentração do mercado de saúde suplementar nacional.

Como consequência, Arrow entende ser o mercado incapaz de proporcionar políticas de seguro com ampla abrangência no tocante à assistência médica. A competição entre diversas operadoras traduz-se em alternativa mais onerosa do que a existência de um single-player. A existência de uma única operadora representa, para o autor, opção capaz de diluir os riscos inerentes às atividades deste mercado ao permitir a eliminação dos custos advindos da seleção adversa e atenuar os elevados gastos com a administração dos seguros ao promover o financiamento dos processos produtivos de forma centralizada. No pós-escrito de seu texto, o autor destaca o estímulo proporcionado pela incerteza ao surgimento de instituições sociais, onde os conceitos neoclássicos sobre mercado não correspondem à boa parte das ações patrocinadas pelas mesmas.

2.2.2 Os Problemas Relacionados ao Modelo Agente – Principal

De modo geral, verificamos a existência de problemas na relação Agente – Principal quando a parte contratante (Principal) não consegue reunir informações que permitam avaliar adequadamente os esforços da parte contratada (Agente) envidados em consequência do acordo estabelecido por ambos.

Para ilustrar o conteúdo de nossa conceituação, imaginemos uma situação onde a figura do Principal está representada pelo proprietário de um estabelecimento comercial que contrata um administrador, o Agente desta relação, com vistas a incrementar suas atividades e assim agregar valor à empresa. O administrador, por sua vez, também possui objetivos pessoais que deseja conquistar. Neste ponto, lembremos que todos os indivíduos são maximizadores a

priori de seu bem-estar pessoal, segundo o modelo de comportamento humano da teoria econômica, e ação motivados por essa premissa.

O problema na relação Agente – Principal surge da diferença dos interesses dos atores dessa relação, agravado pela desproporcionalidade das informações referentes às ações implementadas pelo administrador na gestão do estabelecimento comercial. Preocupado em verificar se os atos praticados pelo administrador estão de acordo com seus interesses e ciente das dificuldades para monitorar perfeitamente o comportamento do gestor, o proprietário decidirá por instituir sistemas de incentivos e de avaliação para o funcionário com o objetivo de garantir a efetivação do comportamento considerado adequado às suas necessidades, criando custos à atividade anteriormente à instauração da relação não existentes.

É interessante observarmos que a correta formatação dos incentivos que serão concedidos ao Agente é fator primordial para que se obtenha o resultado desejado. Sistemas de incentivos defeituosos podem provocar efeitos não previstos e maléficos aos interesses do Principal. Por exemplo, se uma entidade de saúde tem interesse em realizar atendimentos médicos onde os indivíduos sejam longamente ouvidos pelos médicos e estes estabeleçam relação próxima com os clientes, seria temerário remunerar os profissionais simplesmente pelo número de atendimentos realizados. Se assim o fosse, haveria incentivos para que o tempo destinado às consultas fosse comprimido em razão do desejo de realização de maior número possível de atendimentos durante sua jornada de trabalho almejando o crescimento da remuneração percebida.

O administrador, por sua vez, será estimulado a demonstrar ao patrão que efetivamente está agindo de acordo com as expectativas deste. Para tanto, despenderá esforços para transmitir as informações confirmadoras da sua fidelidade às diretrizes estipuladas pelo proprietário, utilizando tempo no qual poderia estar direcionando seus esforços para realizar a atividade para a qual foi efetivamente contratado, gerando os denominados bonding costs.

No exemplo acima, observamos que o Principal arcará com custos relativos à formalização da relação com o Agente, pois deverá remunerar o trabalho e monitorar as ações do mesmo (custos de agência). Tais iniciativas de supervisão e “marketing pessoal”, respectivamente pelo Principal e pelo Agente, comporão a perda residual

sofrida em relação à opção first best, ou seja, corresponderá esse resíduo à diferença da soma das ações tomadas pelo Principal e pelo Agente descritas acima em relação ao produto total sem a ocorrência de custos de agência.

Evidentemente, o Principal será sabedor da existência destes custos anteriormente à contratação efetuada com o Agente. Assim, como bem observado por Silva (2003), a formatação de relações desse tipo somente terá racionalidade quando o custo de oportunidade do Principal for superior aos custos de agência envolvidos para o desenvolvimento das atividades; caso contrário, ao Principal será preferível exercer pessoalmente as atividades que seriam delegadas ao terceiro.

Conforme Garcia (2003, p. 191), a assimetria na relação Agente – Principal pode ocorrer “[...] quando o agente opta por sua ação antes de observar o estado do mundo ou quando este opta por sua ação depois de observá-lo.” Em consequência, surgem problemas como a seleção adversa e o risco moral (moral hazard), baseados na desigualdade da distribuição de informações (ou da qualidade das mesmas) entre os atores envolvidos, conceitos que trataremos mais à frente.

O efeito gerado pela incompletude do domínio de informações por parte dos agentes nas trocas realizadas também é ressaltado pelo interessante artigo publicado por Akerlof em 1970. Em seu trabalho, o autor centra sua atenção ao mercado de carros usados (os chamados limões, alusão à duvidosa qualidade dos automóveis postos à venda). Contudo, a robustez e a lógica das argumentações de Akerlof permitiram a generalização de seu conceito para outros mercados, incluído o mercado de saúde.

No artigo, o autor afirma que a incerteza do principal (comprador) quanto à qualidade do automóvel ofertado pelo agente (vendedor), provocada pela impossibilidade por parte do primeiro em avaliar as reais condições do objeto negociado, provoca queda no nível geral de preços do mercado. A assimetria informacional entre as partes provocará uma diminuição do valor que o principal estará disposto a pagar pelo veículo por não possuir meios de garantir que estará adquirindo um automóvel de alta qualidade antes de efetuar a transação.

Como efeito da queda nos preços dos automóveis, ocorrerá o fenômeno que a teoria econômica denomina seleção adversa: os proprietários de automóveis em melhores condições serão incentivados a retirar suas ofertas do mercado, o que

tornará relativamente maior a oferta de carros com baixa qualidade, pois seus proprietários terão motivos para aceitar o novo preço do mercado. A consequência imediata é a diminuição da eficiência no mercado de automóveis usados e a consequente queda do nível geral de bem-estar social.

Assim, podemos definir que a informação assimétrica “[...] ocorre quando uma das partes possui mais informação a respeito de suas próprias ações ou características do que a outra parte” (BESANKO; BRAEUTIGAM, 2004, p. 570). A presença de desproporcionalidade no conhecimento das informações relevantes pode levar à solução menos eficiente, pois aquele que detém menor conhecimento do que o desejado para avaliar o objeto da transação poderá adotar medidas visando à diminuição do seu risco em tomar a decisão errada, normalmente restringindo os graus de liberdade para atuação dos agentes no mercado em questão.

O mercado de saúde suplementar é pródigo em demonstrar como a desigualdade de informações entre as partes afeta negativamente o bem-estar dos indivíduos ao produzir arranjo social com perda de eficiência se comparado a mercados onde os participantes usufruem de informações completas (MAS-COLELL et al, 1995, apud GODOY; SILVA; BALBINOTTO NETO, 2004). A impossibilidade das operadoras de saúde em conhecer fielmente as reais condições de saúde dos indivíduos produz incentivos para que a instituição gestora do plano de saúde acione mecanismos que a auxiliem em selecionar os indivíduos que apresentem baixo risco de utilização dos serviços contratados, maximizando os benefícios auferidos pela entidade com sua atividade econômica.

Contudo, somente a seleção dos “melhores indivíduos” (certamente, pelo olhar da operadora) não basta para eliminar os riscos da atividade exercida pela operadora. Mesmo que ela consiga atrair somente indivíduos de baixo risco, nada impede que estes adotem comportamento mais arriscado após a contratação do benefício, incentivados pela segurança quanto à disponibilidade de tratamentos de saúde que porventura se façam necessários.

Para Besanko e Braeutigam (2004, p. 573), seleção adversa é um “[...] fenômeno em que um aumento no prêmio de seguro aumenta o risco total de um grupo de indivíduos que compra uma apólice de seguros.” Na visão de Alves (2004),

a seleção adversa é uma conseqüência do desconhecimento por parte do principal (operadora) do risco que o agente (indivíduo) representa de fato para a empresa.

Andrade e Sabino Júnior (2004) complementam afirmando que a assimetria informacional e a ignorância quanto ao risco representado pelo agente incapacita a diferenciação dos preços com base nas probabilidades de adoecimento do agente. Assim, forma-se a tendência de apresentar-se ao mercado um preço representativo da média dos riscos de todos os potenciais consumidores, formando ambiente propício à aparição de seleção adversa.

Macho-Stadler e Pérez-Castrillo (1997) desenvolveram modelo para caracterização da seleção adversa, demonstrado na Figura 1. Na figura observamos linha de tempo descrevendo os principais passos verificados em situações onde há manifestação da ocorrência deste tipo de problema. A seleção adversa, basicamente, é originada quando o Agente possui condições de manter informação privada (hidden information) em momento ex-ante e assim executar ações não verificáveis pela outra parte, ou seja, o Principal não consegue distinguir perfeitamente o tipo de comportamento que tomará o Agente selecionado antes de efetuada a escolha.

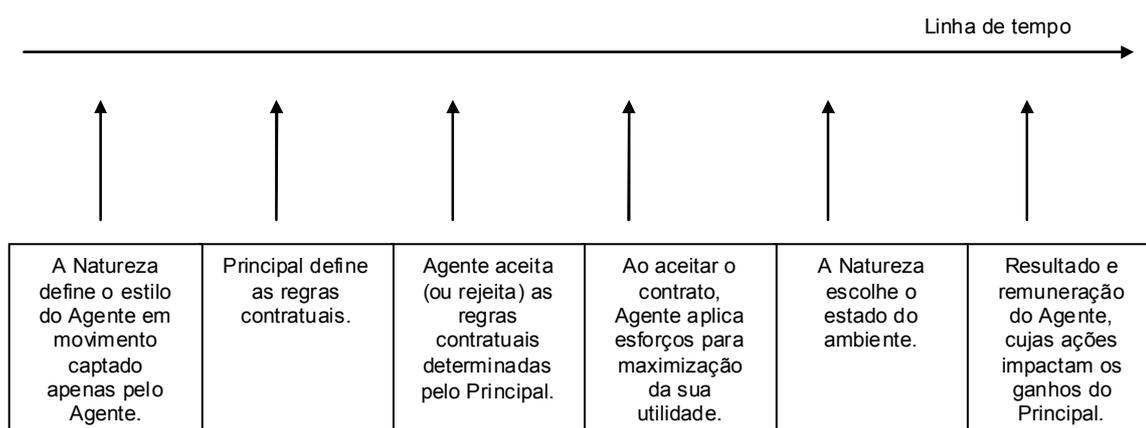


Figura 1 – Modelo de linha de tempo da Seleção Adversa

Fonte: Adaptado pelo autor de Macho-Stadler e Pérez-Castrillo (1997, p. 31).

Particularmente no mercado de saúde suplementar, a seleção adversa incentiva a entrada de indivíduos portadores dos maiores riscos tendo como contrapartida a repulsão de indivíduos com menores riscos de utilização do pacote de benefícios, situação retratada em diversos dos trabalhos pesquisados (ANDRADE; SABINO JÚNIOR; GODOY; SILVA; BALBINOTTO NETO, entre outros). Quando uma operadora oferta um plano de saúde por um preço médio, a tendência é que sejam atraídos em maior grau aqueles indivíduos com maior propensão de utilização dos serviços contratados, visto que o preço é menor que o valor esperado pelos mesmos com o gozo do acordo.

Por outro lado, os indivíduos com menor probabilidade de enfrentamento de problemas de saúde têm valor esperado superior ao preço médio do plano de saúde, razão pela qual não estarão incentivados a contratar o produto ofertado. Dessa forma, com a mudança das características dos contratantes, a operadora elevará o preço de seu produto com vistas a defender sua situação econômica. Este movimento resultará na exclusão do mercado daqueles indivíduos que viram seu valor esperado ser superado pelo reajuste de preços, e assim ocorrerá sucessivamente até o momento em que não restar nenhum indivíduo cujo valor esperado seja superior ao preço pago pelo plano.

Uma das formas encontradas pelas operadoras para minimizar os efeitos negativos advindos da seleção adversa é a segmentação dos produtos, característica marcante dos diversos planos de saúde comercializados e inclusa na regulamentação do setor. Conforme veremos no capítulo 3, os produtos são compartimentados a partir dos critérios grau de cobertura assistencial e idade do beneficiário. Dessa maneira, espera a operadora mapear o risco representado por cada usuário tendo como ponto de partida sua preferência por plano de saúde com cobertura assistencial mais ou menos abrangente e a sua idade.

O princípio utilizado para parametrizar o risco representado pelo usuário é a tendência que possuem pessoas mais idosas de utilizar mais intensamente serviços em saúde (ou seja, a simples informação da idade do consumidor já sinaliza tendência de consumo à operadora). Ao escolher um plano de ampla cobertura, o indivíduo estará sinalizando à operadora sua maior preocupação com problemas de saúde; por sua vez, a instituição receberá a informação entendendo ser este indivíduo mais propenso à utilização dos serviços disponibilizados do que aqueles

cuja preferência de consumo recaia sobre planos com cobertura assistencial mínima, representando um risco maior à atividade da operadora em relação ao indivíduo comparado.

Além das ameaças visualizadas anteriormente à adesão do beneficiário ao plano de saúde, também existem riscos ligados ao comportamento individual após o início da assistência efetuada pelo plano. O risco moral (moral hazard) caracteriza-se pelo relaxamento do comportamento da parte garantida após contratado o benefício do seguro (BESANKO; BRAEUTIGAM, 2004). O risco moral aparece quando o Principal não consegue observar as ações do Agente depois de formalizado o contrato, “[...] de modo que o último tentará maximizar sua utilidade valendo-se de falhas ou omissões contratuais” (GARCIA, 2003, p. 192).

Transpondo para o objeto dessa dissertação e fazendo uso das palavras de Andrade e Sabino Júnior (2004, p. 3), “[...] o risco moral surge porque, ao contratar um seguro, o indivíduo (Agente) estará totalmente coberto contra qualquer doença, e como a seguradora (Principal) não dispõe de mecanismos para monitorar as precauções tomadas por ele com relação a sua saúde, este agente terá incentivos a sobreutilizar a assistência médica que lhe é disponibilizada.”

Se ao apresentarmos a seleção adversa dissemos que o problema surge do domínio privado de informações do Agente ex-ante a formalização do acordo, agora afirmamos que o risco moral advém da impossibilidade de observação perfeita das ações do Agente por parte do Principal em momento posterior ao fechamento do acordo. Em outras palavras, o Agente é capaz de adotar atitudes sem que o Principal tome conhecimento ou enfrente grandes atribulações para monitorar se o comportamento daquele está condizente com seus interesses após a contratação (hidden action).

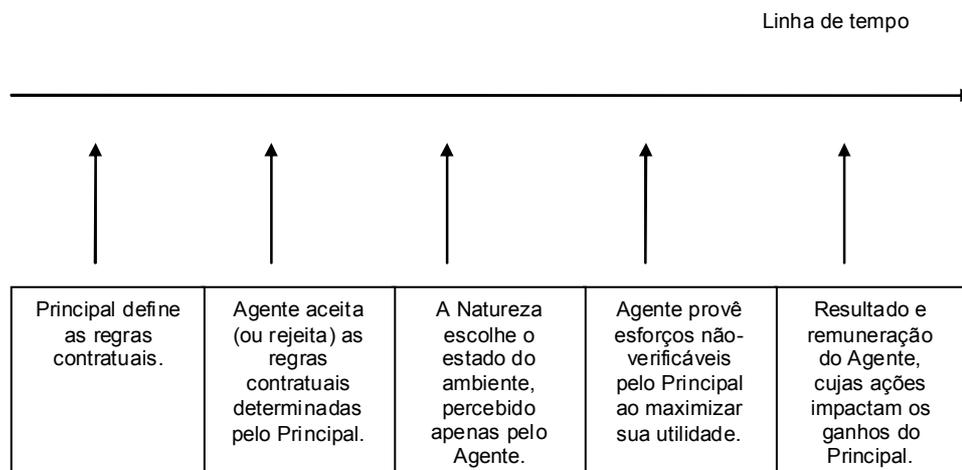


Figura 2 – Modelo de linha de tempo do risco moral (*moral hazard*)

Fonte: Adaptado pelo autor de Macho-Stadler e Pérez-Castrillo (1997, p. 38).

Uma demonstração sistemática sobre as etapas da ocorrência de risco moral está na Figura 2, com base no trabalho de Macho-Stadler e Pérez-Castrillo (1997). Nesta figura podemos vislumbrar que a assimetria informacional surge a partir da obtenção por parte do Agente de informações sobre o ambiente não verificáveis pelo Principal, após a aceitação do contrato, capazes de incentivar comportamento não desejado do contratado pelo contratante. Isto torna possível ao primeiro estabelecer nova conduta maximizadora de sua utilidade sem que o último consiga captar de imediato se a mudança de comportamento do Agente seja contrária aos seus interesses, afetando negativamente a obtenção dos resultados almejados quando definidas as regras contratuais.

Consideramos altamente improvável que uma operadora de planos de saúde reúna condições para monitorar o comportamento da população atendida e assim constatar a magnitude da ocorrência de risco moral. Mesmo que alguma operadora consiga montar planejamento para efetuar esta ação, muito provavelmente o custo para levar a mesma adiante proibiria sua real aplicação. Dessa maneira, às operadoras impõem-se outros mecanismos para inibir o comportamento inadequado por parte dos indivíduos. Sistemas de co-participação no pagamento dos eventos,

limitações quanto à realização de consultas médicas e não cobertura de determinados procedimentos (como cobertura para acidentes originados na prática de esportes considerados radicais a exemplo do pára-quedismo) são tentativas implantadas para sinalizar ao indivíduo incentivos ao uso responsável dos serviços em saúde contratados.

O fenômeno da sinalização é consequência do reconhecimento dos elementos que compõem o mercado da existência de informações assimétricas. Assim, ao desejar manifestar suas aptidões em busca da oportunidade representada pela formalização de um contrato de trabalho, por exemplo, o Agente emite sinais sobre sua capacitação para assunção das responsabilidades constantes da oferta emitida pelo Principal incentivado pela facilidade de obtenção de contratos melhores resultantes de sua ação. O Principal, por outro lado, também envia sinais com o desejo de atrair com menor esforço Agentes que reúnam as condições entendidas como necessárias para a realização da atividade proposta. A correta utilização da sinalização, dessa forma, constitui-se em fator minimizador dos custos de agência ao diminuir os efeitos da assimetria informacional.

Todavia, não será qualquer tipo de sinalização a mais adequada para que os objetivos almejados sejam atingidos. Afinal, há informações que podem comunicar a outra parte traços do nosso comportamento, mas que ao mesmo tempo não transmitem todos os elementos com a segurança necessária para a tomada de decisão do destinatário dos sinais.

Por exemplo, o fato de nos apresentarmos com boa aparência para a entrevista de emprego indica nossa preocupação com a imagem que transmitimos, característica considerada importante por boa parte das empresas; no entanto, não é informação reveladora de nossa produtividade, em regra interesse maior do futuro empregador. Já o nível de escolaridade é informação com carga suficiente para o indivíduo sinalizar suas possibilidades de produtividade: mesmo que a educação não possa categoricamente definir se uma pessoa é mais ou menos produtiva, é aceito que indivíduos com maior nível educacional geralmente são aqueles que dispõem de maiores possibilidades de apresentar níveis mais altos de produtividade³.

³ Exemplo extraído de Pindyck e Rubinfeld (1999), com adaptações.

Assim, para que o emissor atinja com qualidade o objeto desejado, é insuficiente simplesmente realizar a sinalização. Deve, ainda, cuidar para que o sinal transmitido seja forte o suficiente para atrair aqueles com real capacitação para desempenhar com a produtividade desejada as atividades contratadas.

Mais recentemente, estratégias que objetivam alterar o foco tradicionalmente curativo dos cuidados exercidos pelas operadoras atuantes no mercado de saúde suplementar brasileiro para ações que privilegiem o exercício da prevenção por parte dos indivíduos representam nova investida para mitigar as conseqüências dos problemas de agente – principal. Para conquistar a população assistida, estas estratégias buscam disseminar a idéia de ser a prevenção alternativa maximizadora da saúde dos indivíduos, pelo simples raciocínio de que, ao não contrair nenhuma doença, estará o indivíduo gozando continuamente de boas condições de saúde. Inspirada no managed care⁴ norte-americano, adotada primeiramente pelo SUS e agora por autogestões (se considerarmos em nível de esforço institucional), espera-se com esta política ganhos substanciais em saúde e também nos resultados operacionais das entidades responsáveis.

2.2.2 O Modelo Agente – Principal e as Principais Relações entre os Atores no Mercado de Saúde Suplementar

O mercado de saúde suplementar é pródigo na exemplificação da existência de falhas como as abordadas nas seções anteriores. Há um considerável número de atores envolvidos nas atividades desenvolvidas nesse setor devido às complexas interações desempenhadas para a consecução da atividade-fim, a promoção do bem-estar dos indivíduos nos aspectos relacionados à saúde. Não obstante, são razoavelmente aceitas como principais as interfaces mantidas entre beneficiários,

⁴ O managed care, traduzido no Brasil como “atenção médica gerenciada”, representa uma tendência em nível mundial para a gestão em saúde. Está baseado no estabelecimento de parâmetros de produtividade visando melhor aproveitamento dos recursos investidos para os atendimentos à população adstrita.

operadoras de saúde e prestadores de serviços de saúde com atendimento direto às demandas dos beneficiários, nas quais centraremos nossas explicações.

Na Figura 3 temos a representação gráfica dos problemas que podem prejudicar a obtenção da máxima eficiência nas atividades do setor. Os custos de agência permeiam as relações entre os atores representados impulsionados pela assimetria informacional, fator inviabilizador do alcance de solução eficiente para as demandas recíprocas dos participantes.

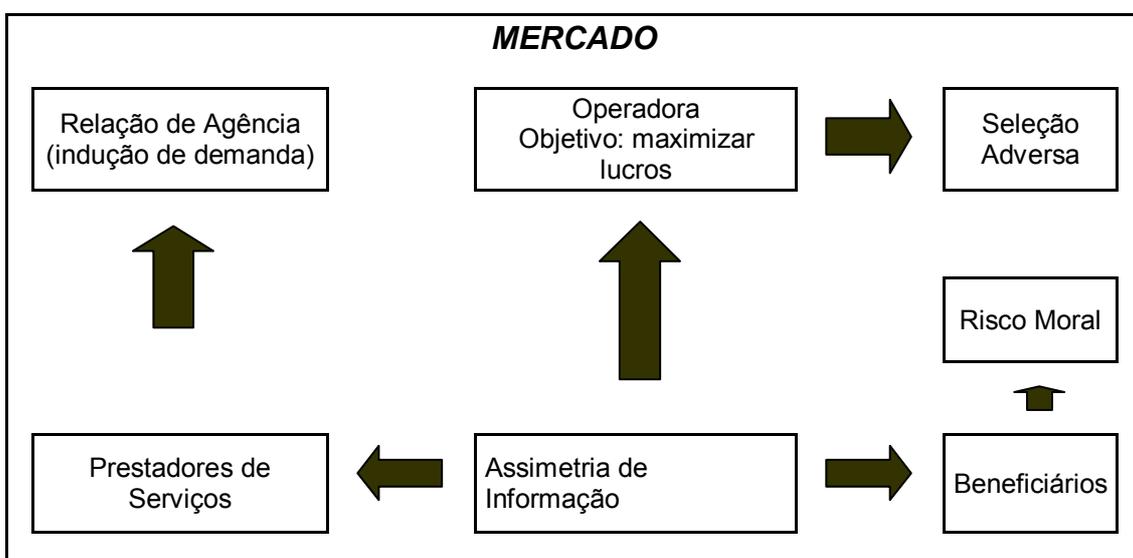


Figura 3 - O mercado de saúde e os problemas de informação assimétrica

Fonte: Adaptado pelo autor de Godoy, Silva e Balbinotto Neto (2004, p. 4).

Desse modo, considerando que os sujeitos retratados na Figura 3 são sabedores de suas vantagens e desvantagens quanto à distribuição das informações entre os mesmos, naturalmente ocorrem incentivos para que se busque individualmente moldar o comportamento de forma que se amplie o nível particular de utilidade. Os beneficiários podem entender que a cobertura assistencial dispensada é garantia que lhes proporciona adotar hábitos com potencial para causar estorvos à manutenção de suas condições de saúde⁵.

⁵ Por exemplo, o indivíduo pode sentir-se à vontade para participar de disputadas partidas de futebol aos finais de semana, lazer que vez por outra lhe trará dissabores como contusões nas articulações com possível realização de cirurgias corretivas, risco não enfrentado sem o gozo do plano de saúde.

Os prestadores de serviços, em razão de tradicionalmente serem remunerados por serviço realizado, terão ótimos motivos para realizarem o máximo de procedimentos possíveis nos beneficiários segurados. Dificilmente tal situação será contestada pelos pacientes tendo em vista que os mesmos, em sua maioria, não reúnem conhecimento suficiente para questionar o diagnóstico médico e também não terão o valor mensal alterado em decorrência da realização de maior ou menor número de procedimentos. Mesmo que o maior dispêndio gerado pela quantidade aumentada de procedimentos reflita nos reajustes vindouros das mensalidades sob responsabilidade dos usuários, é incontestável que este reflexo será diluído entre todos os participantes do plano. Dessa maneira, o comportamento do indivíduo descrito é racional: é mais útil para ele usufruir privadamente do benefício gerado e compartilhar com os demais dos custos envolvidos do que optar por não fazer uso do privilégio e atingir resultado inferior ao esperado com o procedimento proposto pelo profissional de saúde, além de correr o risco de financiar o mesmo comportamento por parte de outro usuário.

A operadora de saúde também recebe incentivos para filtrar seus clientes de modo que o risco composto por estes seja o menor possível e assim a instituição veja seu nível de utilidade maximizado. Algumas tentativas para corrigir situações como as descritas acima são praticadas há algum tempo no mercado de saúde suplementar. A regulamentação perpetrada pelo poder público procurou inibir as conseqüências da seleção adversa ao instituir um plano de oferecimento obrigatório pelas operadoras com ampla cobertura assistencial (plano de referência), além das opções com menor grau de cobertura que podem trabalhar as operadoras (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e odontológico, todos com detalhamento da cobertura mínima admitida).

Outrossim, organizou regramento sobre as faixas etárias que podem ser utilizadas pelas instituições ofertantes de planos de saúde, limitando a exclusão que sofriam os mais idosos, cujos riscos ensejavam a cobrança de mensalidades extremamente elevadas ou até mesmo a negativa da contratação da cobertura assistencial. Em outras palavras, ao estabelecer os pilares estruturais sobre os quais serão obtidos os preços promoveu uma distribuição do risco entre a população

assistida ao onerar o consumidor mais jovem em favor do mais idoso⁶ procurando com isto aumentar o nível de bem-estar social (ANDRADE, 1995, apud GODOY; SILVA; BALBINOTTO NETO, 2004).

Para combater os efeitos do risco moral resultantes do comportamento dos beneficiários, as operadoras adotaram medidas como a co-participação dos clientes no custeio de seus gastos, como no caso de internações hospitalares em que os usuários são responsáveis pelo pagamento de parte das despesas, além das limitações para realização indiscriminada de determinados eventos como consultas médicas e sessões psicoterápicas. Desse modo, espera-se criar incentivos aos usuários para que estes também regulem a criação de gastos nos atendimentos executados pelos prestadores de serviços.

Mais recentemente está crescendo a quantidade de iniciativas implementadas com o objetivo de estimular cuidados preventivos por parte dos indivíduos, de maneira que a ampliação de comportamento cauteloso promova a diminuição futura de eventos mais complexos destinados a tratar enfermidades mais graves e com maior potencial de geração de custos.

A relação entre operadoras de saúde e prestadores de serviços vive momento de grande tensão, onde as partes encontram motivos para acreditar que a posição do outro é mais vantajosa. A realidade confirma o raciocínio anterior: há operadoras investindo na construção de hospitais e hospitais investindo na montagem de planos de saúde (SILVA, 2003). As causas que viabilizaram a criação desse complexo emaranhado de interesses divergentes e contrários sem dúvida passam pela presença da assimetria informacional nas relações mantidas por esses atores. Sob a ótica do risco moral, o formato de ressarcimento dos serviços prestados é fator impulsionador dos conflitos observados diariamente nas instituições do setor. De fato, o pagamento é feito por serviço realizado, encorajando aos prestadores a prática do maior número de eventos possíveis durante os atendimentos às necessidades manifestadas pelos usuários. Obviamente, esse costume é contrário aos interesses dos órgãos financiadores. Para alterar essa situação, faz-se

⁶ O valor da mensalidade da última faixa etária, correspondente ao plano de saúde disponibilizado ao consumidor com mais de 59 anos, não pode ser seis vezes superior ao valor cobrado pela mensalidade do consumidor com até 17 anos.

premente a alteração do formato do pagamento dos serviços prestados. É preciso encontrar novas maneiras que consigam remunerar com justiça aos prestadores e que ao mesmo tempo não transmita o mesmo estímulo verificado atualmente.

2.3 OS MODELOS CIENTÍFICOS DE COMPORTAMENTO HUMANO

Neste momento cremos ser oportuno introduzirmos outro ponto importante ao desenvolvimento das teorias sobre a firma. Com efeito, o comportamento dos indivíduos é que possibilitará às firmas organizarem-se de forma a maximizar sua utilidade, incentivando aos colaboradores a agirem beneficentemente à firma e punindo-os em caso de comportamento inadequado aos objetivos traçados. Assim, apresentamos o modelo de comportamento humano adotado pela Economia no sentido de subsidiar nossas argüições futuras visando à formatação da hipótese avaliada em nossa dissertação. Para efeitos comparativos, estaremos demonstrando brevemente os modelos de comportamento alternativo propostos por outras ciências, todos apresentados no famoso artigo *The Nature of Man* (1994) do qual são autores Michael Jensen e William Meckling.

Neste artigo, o modelo de comportamento considerado econômico corresponde à versão reduzida do que denominaram REMM (*Resourceful, Evaluative, Maximizing Model*). Neste caso particular, os indivíduos atribuem valor somente à maximização de um bem, dinheiro, não reconhecendo ser possível aos mesmos desejarem maximizar suas utilidades através de outros bens sob o ponto de vista econômico. Em nosso trabalho, contudo, consideramos ser o REMM o modelo a ser levado em conta como econômico. A razão disto é entendermos que as pessoas maximizam suas utilidades atendendo a seus desejos ilimitados de usufruírem os diversos bens que atribuem valor, algo que ultrapassa a simples noção de monetização do bem-estar. É fato que os indivíduos, de modo geral, também valorizam outros atributos como arte, moralidade, amor, respeito e

honestidade (JENSEN; MECKLING, 1994), por exemplo, contexto que compreendemos compatível com a teoria econômica.

O modelo REMM de Michael Jensen e William Meckling, a partir deste momento tratado neste trabalho como modelo econômico de comportamento humano, baseia-se nos seguintes postulados:

a) Postulado I – os indivíduos atribuem valor a quase tudo, sendo o valor de determinado bem dado pela quantidade possuída do mesmo e sua posição em relação a outros bens constantes da cesta de consumo do indivíduo. Além disso, as preferências dos indivíduos são transitivas, ou seja, se livro é preferível à revista e revista é preferível ao jornal, logo livro será preferível ao jornal;

b) Postulado II – os indivíduos possuem desejos ilimitados, pois sempre preferem ter mais a menos de determinado bem;

c) Postulado III – os indivíduos são maximizadores de utilidade, procurando sempre alcançar o máximo de bem-estar possível, observadas as restrições existentes;

d) Postulado IV – os indivíduos são criativos, capazes de aprender novas habilidades e assim alterar o ambiente em que vivem (bem como responder a alterações no ambiente e reformar seu comportamento), minimizando suas restrições e, conseqüentemente, aumentando seu nível de utilidade.

Os autores apresentam o Modelo Sociológico de comportamento humano como aquele que preconiza serem as pessoas produto do ambiente e não reunirem condições para alterá-lo se assim observarem vantagem (como no caso do modelo econômico), pois estão submissas aos costumes e tradições da sociedade a qual estão inseridas e simplesmente não conseguem vislumbrar a vantagem citada.

Já o Modelo Psicológico é descrito como o arquétipo defensor da idéia que as pessoas mais felizes são mais produtivas do que as menos felizes, pois a felicidade indica que as necessidades básicas dos indivíduos estão atendidas e os mesmos poderão dedicar-se com maior vigor ao trabalho. Difere do modelo econômico por entender ser o indivíduo agente portador de necessidades absolutas (hierarquicamente, fisiológicas, segurança, amor e educação) e não desejos ilimitados cuja busca de saciedade implique em trade-off entre estes e na observância das restrições para tanto. Dessa forma, não há no modelo psicológico

motivo que indique ser necessária a atribuição de incentivos específicos visando melhorar a produtividade dos indivíduos como no modelo econômico.

Por fim, o Modelo Político sustenta a suposição de estarem os indivíduos imbuídos do espírito de maximizar o bem-estar social mesmo que isso signifique o sacrifício da utilidade pessoal, ponto contraditório ao argumento do modelo econômico. Também conhecido como modelo do “bom cidadão”, sua validade representaria o ideal perseguido pelos empregadores em seus esforços de identificação do funcionário ótimo nos processos de contratação.

2.4 POR QUE EXISTEM FIRMAS? A JUSTIFICATIVA A PARTIR DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO

A Ciência Econômica difundida nos centros de nível superior em nosso país ainda está preferencialmente voltada à compreensão do funcionamento dos mercados em restrição ao funcionamento das organizações (ZYLBERZSTAJN, 2005).

A tradição da escola neoclássica pode ser responsabilizada por esta realidade, pois em sua teoria o estudo da estruturação e funcionamento da firma não foi desenvolvido, sendo priorizado o estudo das relações de mercado e desconhecendo as inúmeras interfaces internas às firmas observáveis em nosso dia-a-dia⁷.

Há consenso entre economistas que os objetivos gerais do sistema econômico consistem em determinar o que produzir, como produzir e para quem produzir, ao menor custo possível e assim maximizando o lucro obtido. Segundo a escola neoclássica, a melhor alocação de recursos disponíveis no mercado é feita

⁷ Não por acaso encontramos algumas alusões ao fato de ser a firma comparável a uma “caixa-preta”, ou seja, os acontecimentos em seu interior são inexpugnáveis e não considerados na determinação do equilíbrio ótimo de mercado.

mediante ajuste patrocinado pelo sistema de preços, visto que incentiva aos indivíduos maximizarem a eficiência das suas atividades produtivas buscando direcionar seus esforços para recursos cujo trato seja por estes largamente conhecido.

Levada esta situação à categoria de regra, teria o mercado condições de atingir seu ponto de equilíbrio ótimo devido ao sistema de preços que levaria à alocação de bens econômicos aos indivíduos mais capazes para extrair a maior produtividade possível do uso dos mesmos. Entretanto, a teoria neoclássica não fornece maiores detalhes sobre os motivos da existência de firmas, limitando sua análise ao estudo dos mercados e considerando a firma uma mera relação entre insumos e respectivos produtos obtidos a partir de determinada tecnologia, sem atentar para as diversas e complexas relações existentes dentro da firma.

Em linhas gerais, as argumentações dos estudiosos partidários da Nova Economia Institucional baseiam-se na importância dos custos de transação na definição da arquitetura organizacional das firmas e no papel preponderante das falhas de mercado nas análises realizadas. As transações são consideradas como a base de toda a estruturação organizacional das firmas, constituindo aspecto fundamental para decidir-se entre internalizar a realização da atividade ou optar por contratá-la junto aos demais agentes.

Soma-se a isto a hipótese de não se constituir a tecnologia fator central na definição da estrutura organizacional das instituições, muito embora deva ser considerada aspecto altamente relevante no desenho da organização da firma. Dentre os campos do estudo econômico, a abordagem da Nova Economia Institucional é enfaticamente microeconômica, utilizando em seus estudos elementos vinculados à história econômica, economia dos direitos de propriedade, sistemas comparativos, economia do trabalho e organização industrial em maior ou menor intensidade, dependendo da proposta de trabalho levada à prática por cada autor (CONCEIÇÃO, 2001).

O grande marco teórico do aprofundamento dos estudos a respeito da firma, que principiou a Nova Economia Institucional, foi o trabalho apresentado por Ronald Coase em 1937, *The Nature of the Firm* (Coase, 1993). Neste artigo, o autor aprofunda os ensinamentos da teoria neoclássica ao apresentar as motivações para a existência das firmas nos diversos mercados e a racionalidade norteadora da sua organização interna.

Coase afirma serem as firmas elementos de maior complexidade do que uma função de produção, com intrincadas relações internas entre agentes não exploradas pela teoria neoclássica e que promovem o surgimento de custos pertinentes ao funcionamento dos mercados, na linguagem de Arrow definidos como os custos necessários para mover o sistema econômico. Assim, estes custos, denominados custos de transação⁸, são a chave para avaliar-se em quais situações a existência de firmas é fator motivador da obtenção de eficiência nos mercados e quando isto não será verdadeiro.

Consideramos importante salientar que as alegações de Coase não representam um rompimento com a teoria neoclássica, pois a atitude maximizadora do bem-estar pessoal por parte dos indivíduos continua presente. Entendemos que ao apresentar a firma como um ponto focal de contratos (Figura 4), ou seja, sendo a firma a tradução de diversas relações entre agentes cujos interesses conduzem suas ações para um mesmo fim, Coase na verdade aperfeiçoa a argumentação neoclássica ao complementar o conceito de firma desenvolvido por esta.

⁸ Os custos de transação são uma determinação genérica para os custos que ocorrem além daqueles ligados aos fatores de produção e trabalhados pela teoria neoclássica, sem que estes estejam desconsiderados em sua mensuração. Além dos tradicionalmente abordados pela teoria neoclássica, podemos citar os custos para coleta de informações no mercado, de monitoramento, negociais e de garantias de implementação de contratos.

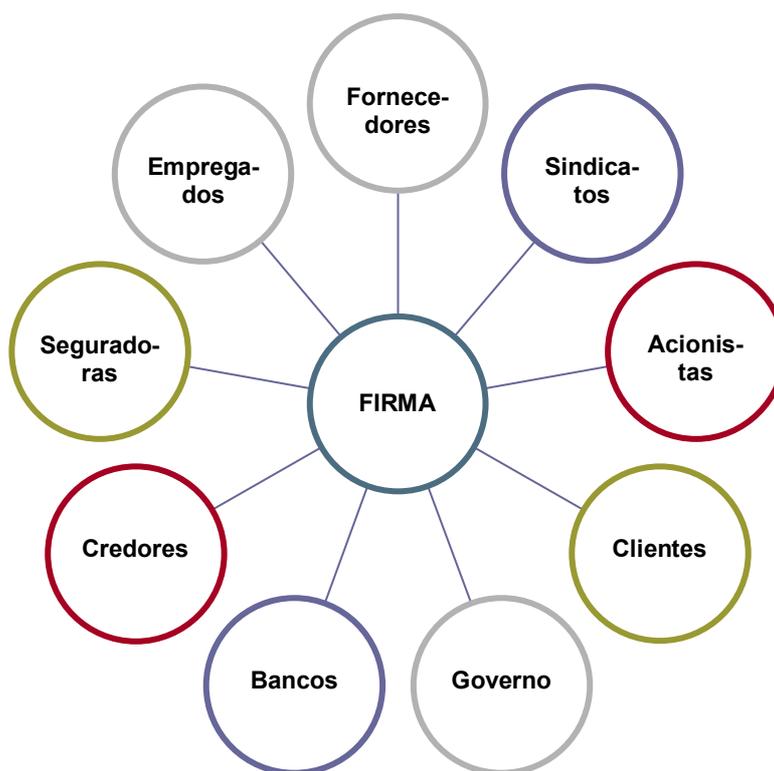


Figura 4 – A firma como ponto focal de um conjunto de contratos

Fonte: BRICKLEY; SMITH; ZIMMERMANN, 2001, p. 241.

Este raciocínio leva à conclusão de não ser o mecanismo de preços o único alocador de recursos na economia devido à presença dos custos de transação, intimamente ligados à atuação dos agentes econômicos e por isso inerentes ao funcionamento do mercado e determinantes do tamanho das firmas.

Os custos de transação são obstáculos à obtenção da solução eficiente para as transações econômicas. A sua existência tem como principal efeito sobre a economia de mercado a organização das transações por intermédio de firmas, pois dessa maneira consegue a economia minimizar os efeitos causados pelos custos de contratação⁹. O grande desafio para eliminar a redução de bem-estar social advinda das assimetrias informacionais presentes nos momentos de tomada de decisões por parte dos indivíduos é efetivar a construção de contratos completos, capazes de

⁹ As firmas consideradas produtivas têm como foco principal a redução dos custos de transação e o uso qualificado do conhecimento específico, além de incentivar seus funcionários a trabalharem de maneira a gerar valor e fiscalizar a produtividade alcançada por seus colaboradores.

minimizar a ocorrência de eventos não-previsíveis e, conseqüentemente, reduzir a ocorrência de custos de transação.

Contratos podem ser explícitos ou implícitos. No primeiro caso, estarão formalizados em documentos legais, ao passo que no segundo se restringirão a promessas e acordos verbais facilmente desrespeitáveis. Devemos ressaltar que mesmo contratos explícitos poderão conter aspectos implícitos dada a incapacidade humana em antever todas as probabilidades de eventos futuros a partir da observação do cenário atual. Ainda, o fechamento de contratos incompletos, situação na qual não há condições de se resolver preventivamente a ocorrência de divergências entre as partes, podem tornar-se fonte do aparecimento de custos de transação. A firma, como medida para agregar maior eficiência, pode decidir internalizar a realização de atividade contratada e assim evitar perdas resultantes das freqüentes transações levadas a cabo a cada impasse registrado com a ocorrência de eventos não previstos.

Uma garantia que poderão contar as partes contratantes em relação ao comportamento do outro ator estará na sinalização recebida com o reconhecimento da reputação daquele com quem se vai negociar. É factível pressupormos que os agentes dependentes das negociações realizadas rotineiramente não quererão comprometer sua imagem perante o mercado ao deixarem de cumprir injustificadamente os acordos firmados. Todavia, com vistas à maximização da garantia nas relações de longo prazo, devemos observar se os ganhos obtidos pelo outro ao trapacear são relevantes e se a probabilidade de se detectar a trapaça é considerável, bem como verificar as possíveis sanções que se imporia ao infrator. No curto prazo fica comprometida a análise dos riscos de comportamento oportunista, pois a ausência da repetição de processos negociais faz com que as sanções ao infrator não imponham freios ao desejo de trapacear, uma vez que a probabilidade de negócios futuros entre os atores é pequena.

A importância dos custos de transação para as definições envolvendo a estruturação da firma é considerável:

As transações afetam a forma de organização interna das empresas e com isso influem em sua estrutura hierárquica, bem como na forma em que as atividades econômicas internas se decompõem em partes operativas. Desta forma, estabelece-se a fusão entre a estrutura organizacional interna com a estrutura de mercado, o que permite explicar a conduta e o desempenho nos mercados industriais e as subdivisões derivadas. (CONCEIÇÃO, 2001, p.110).

A ocorrência dos custos de transação indica ser melhor, em alguns casos, internalizar determinadas etapas da cadeia produtiva ao invés de transacionar com o mercado, o que pode nos dar os motivos para explicar a existência de firmas. A exata definição do ponto de corte entre a produção dentro da firma em contraposição à transação com o mercado pode ser conceitualmente colocada se considerarmos que “[...] o limite da firma está no ponto em que os custos marginais poupados por transacionar intrafirma se igualam aos custos de erros, motivação e rigidez.” (SILVEIRA, 2002, p. 7), apesar desta situação ser de difícil visualização por parte dos gestores da firma. Em outras palavras, podemos afirmar que as firmas internalizarão as etapas de produção enquanto isto for mais vantajoso do que transacionar com o mercado (vantagem que será ponderada a partir dos valores trabalhados pelos gestores). Ultrapassado este ponto, as firmas preferirão buscar no mercado soluções para obter seu produto ao invés de produzi-las internamente.

As principais vantagens das firmas consistem na possibilidade de se efetuar um menor número de transações econômicas para alcançar os mesmos resultados sem a ação das mesmas, resultado da especialização naturalmente alcançada com o uso de conhecimento específico, possibilitando ao consumidor preocupar-se somente com o produto final. Paralelamente, o estabelecimento de reputação pelas firmas, produto do interesse na repetição das negociações com outros agentes atuantes no mercado, também auxilia na diminuição dos custos de transação ao sinalizar à outra parte confiabilidade no cumprimento das cláusulas acordadas, diminuindo os custos com a constituição de garantias. O estabelecimento de reputação é tarefa que exige grande esforço por parte da firma e por considerável período de tempo. Assim, a reputação é um bem do qual dificilmente abrirá mão a firma em troca de ganhos em determinada negociação, motivo pelo qual se possibilitará o cumprimento de contratos principalmente nos casos onde o ganho obtido por trapacear for pequeno, a possibilidade de ninguém detectar esta tentativa for igualmente minúscula e o castigo para o trapaceiro for relativamente elevado.

Além de Coase, destacamos Williamson como autor de grande contribuição para a teoria dos custos de transação. A repercussão de seus trabalhos permitiu alcançar maior divulgação o conceito de racionalidade limitada, que considera o indivíduo incapaz de armazenar e deliberar sobre a complexa teia formada pelas informações disponíveis que subsidiarão a tomada de decisão, o que pode ser encarado como uma explicação lógica para o surgimento e intensidade dos custos de transação. Também é destacada a conceituação de comportamento oportunista nos trabalhos de Williamson. O comportamento oportunista representa possibilidade do surgimento de custos de transação nos casos onde há margem para desonestidade e trapaça nas transações.

A racionalidade limitada foi definida por Williamson (1993) como o “[...] comportamento que é intencionalmente racional, mas apenas limitadamente assim.” (apud CONCEIÇÃO, 2001, p. 115). Este conceito está ancorado na limitação da capacidade cognitiva humana em dominar completamente as informações necessárias para resolver as complexas e diversificadas situações que a realidade apresenta aos indivíduos. A dificuldade maior, a nosso ver e indo de encontro às idéias de Conceição (2001), não está em processar os conhecimentos para aplicá-los em determinado evento, mas sim no elevado custo de adaptação que o indivíduo arcará ao resolver enfrentar todos os eventos futuros e imprevisíveis. Dessa forma, a firma deverá organizar-se de tal maneira que produza instrumentos capazes de orientar aos indivíduos seus procedimentos frente ao desconhecido e assim minimizando os efeitos da limitação à racionalidade na formatação de contratos de longo prazo.

Williamson relacionou as principais características relacionadas a transações e que afetam a magnitude dos custos de transação: a freqüência, a incerteza e a especificidade dos ativos. Como visto em parágrafo anterior, as transações realizadas repetidamente são fontes do surgimento de reputação dos agentes, atributo capaz de frear o acontecimento de comportamento oportunista. Dessa maneira, ao perceber possibilidade de perda futura por não cumprimento contratual, o agente optará por continuar agindo conforme estabelecido no documento firmado com a outra parte. Isto ocorrerá pelo alto valor atribuído à reputação por parte do mercado, visto que a mesma permite às firmas um abatimento nos custos de

preparação e monitoramento dos contratos, efeito inviável em relações onde os agentes não necessitem manter boa reputação para atuarem.

A incerteza, por sua vez, é aspecto inviabilizador da confecção de contratos perfeitos dada sua imprevisibilidade. Sua ocorrência está relacionada à limitação racional dos indivíduos que pode levar à aparição de custos de transação não vislumbrados anteriormente capazes de provocar a descontinuidade do contrato mesmo que tal situação não se configure vantajosa a uma das partes.

Por último, a especificidade dos ativos é dada pela utilização particular dos mesmos somente em determinada transação: caso isto não ocorra, haverá perda de valor do ativo devido à impossibilidade de aproveitamento em transação com diferente finalidade. Temos como exemplos de especificidade de ativos as particularidades temporais, locais e relativas ao capital humano. Por exemplo, quando se reúnem pessoas residentes em diferentes partes do mundo para a montagem de uma equipe como a Seleção Brasileira de futebol, estamos diante de especificidade do capital humano a ser utilizado para alcançar determinado objetivo – não há melhor alternativa do que esta para se fazer uso. Caso contrário, bastaria reunir em número suficiente à prática do jogo brasileiros residentes na localidade de realização da partida. Dessa maneira, sua natureza implica na construção de contratos que protejam os investidores na obtenção destes ativos, originando novos custos de transação.

No mercado de saúde suplementar os custos de transação aparecem com grande destaque. De fato, a principal mercadoria negociada neste mercado é a informação, em regra sob domínio do profissional de saúde e desconhecida pelo comprador. Logo, o custo dos tratamentos em saúde enfrentados pelos pacientes pode ser definido como o custo de aquisição da informação necessária à melhoria de seu bem-estar. Além de ser a mercadoria, a informação também pode ser considerada o processo em si, pois a realização dos procedimentos e a formação de diagnósticos se dão pela verificação das condições gerais do paciente condicionadas ao conhecimento técnico do profissional de saúde. Este contexto justifica o alto valor delegado à ética na atuação dos prestadores de serviços, visto que há grandes dificuldades por parte dos demandantes destes serviços em aferir a qualidade do atendimento prestado durante sua ocorrência.

Também é relevante abordarmos os efeitos provocados pelos custos de transação nas relações entre os prestadores de serviços e operadoras de saúde. Ao compreendermos as transações como aspecto básico a definir a verticalização da produção de determinado produto, podemos vislumbrar as motivações de alguns participantes em investir na realização de atividades tradicionalmente promovidas por outros atores, como nos casos onde hospitais assumem a administração de planos de saúde próprios e planos de saúde tomam a iniciativa de construir hospitais destinados ao atendimento de suas demandas. A turbulência que tomou conta do mercado de saúde suplementar com a diminuição dos graus de liberdade sobre as decisões de reajustes de preços dos planos de saúde nada mais é do que o reflexo do crescimento dos custos de transações entre estes atores.

A restrição imposta pela regulamentação à livre negociação de valores pelos serviços prestados, além de ser uma ação governamental destinada à proteção do participante menos poderoso desse mercado, também é vista como um incentivo ao aumento da eficiência por parte das organizações. Sem a possibilidade de transferir ao consumidor final todos os custos, às operadoras de saúde abriu-se a opção de buscar um modelo organizacional mais eficiente ao mesmo tempo em que promoveram ações visando estimular os prestadores de serviços a engajarem-se na eliminação ou aperfeiçoamento de processos considerados ineficientes, algo que vem promovendo inúmeros conflitos entre os agentes.

Segundo Arrow, os ganhos de eficiência na assistência à saúde são maximizados em mercados com baixo número de operadoras e conseqüente descompressão dos efeitos da seleção adversa sobre as organizações, visto ser possível uma melhor distribuição dos riscos às operadoras com a ampliação do público atendido pelas operadoras sobreviventes. A tendência de concentração dos ofertantes de planos de saúde apresentada pelo mercado brasileiro de saúde suplementar vai ao encontro das idéias desse autor, sendo possível imaginar um mercado ainda mais restrito em termos de quantidade de operadoras nos próximos anos.

2.5 A ARQUITETURA ORGANIZACIONAL

Antes do exame sobre as condições determinantes da arquitetura organizacional, consideramos relevante destacarmos dois aspectos que exercem significativa influência sobre a eficiência dos mercados, os direitos de propriedade e o grau de especificidade do conhecimento.

Conceitualmente, direito de propriedade é uma garantia legal para escolha do uso de determinado bem. Quando privado, dizemos que o direito de propriedade é designado a determinado indivíduo que pode decidir unilateralmente sobre o uso e alienação do bem sob sua posse.

Os direitos de propriedade são fundamentais para que se possibilite a existência de economias de mercado. Os proprietários destes direitos têm a garantia de iniciar ou terminar atividades envolvendo seus direitos, o que inclui adquirir ou repassar o controle dos direitos de propriedade. Tendo em vista que as pessoas são auto-interessadas, a tendência é que concentrem sob seu poder os direitos de propriedade envolvendo negócios onde angariem maior retorno e repassem para indivíduos mais capacitados aquelas atividades onde não encontram o retorno esperado. Assim, a partir da garantia aos direitos de propriedade e a existência de ganhos de troca à economia de mercado se possibilita a oportunidade de trabalhar do modo mais eficiente dentro das suas características e com conseqüente melhoria no bem-estar dos indivíduos.

O outro aspecto diz respeito ao grau de especificidade do conhecimento dominado pelos indivíduos. O conhecimento geral apresenta custo irrelevante de transferência, visto ser facilmente transmissível de indivíduo para indivíduo. Por exemplo, não é necessário muito tempo para ensinar outra pessoa a varrer mesmo que ela nunca tenha visto uma vassoura. Por sua vez, o conhecimento específico apresenta custos de transferência significativos e crescentes à medida que aumenta o grau de complexidade do conhecimento. Como exemplo, podemos citar a tragédia ocorrida na estação brasileira de lançamento de artefatos espaciais, onde faleceram grandes especialistas na área: provavelmente teremos que esperar muito tempo até

conseguirmos formar outro grupo de pesquisadores com capacidade similar. E sem a experiência das pessoas desaparecidas naquele cruel acidente.

O uso do conhecimento específico deve ser combinado com a descentralização do processo decisório para que se trabalhe com a máxima eficiência econômica em instituições de saúde. Tal afirmação se justifica, pois as atividades econômicas por vezes apresentam situações que devem ser trabalhadas em curto espaço de tempo por indivíduo capacitado para tanto. Obviamente, isto só acontecerá caso se oportunize a estas pessoas a tomada de decisão, emprestando agilidade à atividade econômica e possibilitando a obtenção de eficiência nas atividades desenvolvidas pelos indivíduos.

A alocação de tarefas pode ser feita em caráter amplo ou especializada. Designar tarefas amplas a empregados significa colocar sob sua responsabilidade a realização de duas ou mais funções desenvolvidas na firma, ao passo que na realização de tarefas especializadas o funcionário restringirá sua atuação ao cumprimento de atribuições de uma função apenas. Simplificando o funcionamento de um consultório médico, ao realizar atividades de recepção dos clientes e consultas médicas, teremos o exemplo de realização de tarefa ampla por parte do profissional. No entanto, ao contratar empregado para realizar a função de recepção dos clientes e direcionar seus esforços unicamente às consultas médicas, este consultório se transformará em exemplo de firma com utilização de tarefas especializadas.

Quando a firma opta como melhor alternativa para a alocação de tarefas a especialização em uma função, ela espera colher como benefícios uma maior produtividade do empregado. A razão para essa expectativa reside na alocação do funcionário à atividade na qual apresenta melhor desempenho, cenário que adiciona vantagens adicionais resultantes de menores gastos com treinamentos, pois o trabalhador não necessita conhecer aprofundadamente outras áreas da empresa além daquela onde desempenha suas funções.

Entretanto, a adoção de tarefas especializadas impõe alguns custos às firmas. Como o empregado está focado somente na sua função, teremos a tendência de se estabelecer miopia funcional e riscos de se perder a complementaridade entre as tarefas com conseqüente criação de custos de coordenação. Também se tornará mais cara a contratação de empregados, visto que

a remuneração será correspondente à tarefa que exige maior nível de conhecimento. Além disso, a substituição de funcionários ficará mais custosa, já que todos serão especializados em tarefas diferentes e poderá haver problemas relativos a incentivos causados pela baixa flexibilidade da mão-de-obra originada pela especificidade desse ativo.

A escolha da firma entre tarefas especializadas ou amplas ocorrerá satisfatoriamente após a avaliação sobre a tecnologia em uso, o sistema de informações da firma (facilitador da troca de informações entre as diferentes áreas) e da grandeza das questões relativas a incentivos no caso da firma adotar uma ou outra forma de organização.

O agrupamento de trabalhos em subunidades é outro aspecto relevante para o ajustamento da firma às condições ambientais na busca pela maximização de seu resultado. Tradicionalmente, as firmas optam pelo agrupamento por função ou então por produto ou localização. As organizações funcionais adaptam-se melhor a firmas de pequeno porte que trabalham com produtos e mercados homogêneos em ambientes onde a tecnologia empregada adquiriu razoável estabilidade, pois facilita à administração central coordenar as decisões operacionais entre departamentos. As organizações por produto ou localização são mais afeitas a ambientes com freqüentes mutações e onde a tecnologia experimenta inovações em grau superior à capacidade da administração central observar as transformações e coordenar as ações a serem praticadas pelas diferentes subunidades.

As organizações funcionais auxiliam a firma a promover forte coordenação entre as áreas funcionais e desenvolver o conhecimento específico pelos empregados ao exercerem continuamente idêntica função. Sua estabilidade igualmente propicia aos funcionários visualizarem com segurança as possibilidades de ascensão na entidade. Todavia, pode significar a criação de alto custo de oportunidade ao exigir da administração central forte presença nas decisões operacionais e na função de coordenação, além de incentivar ao empregado o foco na especialidade desenvolvida e fazê-lo perder a noção do verdadeiro produto da firma que é negociado com seus clientes. Ainda, pode representar risco se houver ineficiência na coordenação das áreas funcionais por parte da administração central, visto que não há outra instância na firma para realizar esta atividade. Com as mudanças havidas nas últimas décadas no ambiente de negócios mundial, que

forçaram a delegação de maior poder de decisão aos empregados e a formatação de tarefas em caráter amplo visando aprimorar o atendimento dispensado aos clientes, bom número de firmas abandonou a utilização de organização por funções e passou a orientar-se por unidades de produtos.

Por sua vez, as organizações por produto ou localização produzem benefícios a empresas de grande porte situadas em ambientes dinâmicos ao estimularem o uso produtivo do conhecimento específico pelos indivíduos lotados nas subunidades com melhor informação para definição das ações operacionais. Assim, atingem satisfatoriamente o nível de coordenação necessário para conclusão de um produto em desenvolvimento e para o atendimento de região abrangida pela subunidade, além de permitir à administração central melhor uso de seu tempo utilizando-o no estudo das possibilidades de crescimento futuro da firma. Entretanto, deve-se ter cuidado para que as interações entre as subunidades não sejam relegadas a plano inferior sob pena de prejudicar a maximização do valor da firma, algo possível se os gestores das subunidades atentarem somente para as atividades desenvolvidas internamente.

Alternativamente, algumas firmas cuja atuação está fortemente comprometida com a criação de novos produtos e projetos estão empregando novo formato para reunião das funções em subunidades. A organização matricial tem como grande diferencial a intersecção de linhas de autoridade, ou seja, os empregados possuem responsabilidades perante mais de um gestor dependendo da tarefa desempenhada, normalmente definida entre os campos funcional e de produtos¹⁰. O objetivo maior é incentivar ao funcionário parametrizar a realização de suas tarefas à idéia do negócio como um todo, ou seja, fazê-lo compreender a importância do seu trabalho dentro da complexa engrenagem que move a firma ao invés de focar tão somente na tarefa por ele desenvolvida.

Na Figura 5 estão representados aspectos essenciais na determinação da arquitetura organizacional de uma firma. Não por acaso, a conclusão dos esforços da firma em montar uma estrutura capaz de seguir a estratégia traçada e assim

¹⁰ Para efeitos de avaliação de performance, o acompanhamento da produtividade dos empregados é costumeiramente exercido pelos gestores do campo funcional devido ao conhecimento específico detido por estes, que contam com dados repassados pelos gestores de produtos para complementar a avaliação.

enfrentar o ambiente externo constitui-se na vontade de ter seu valor maximizado. Para tanto, faz-se necessária competente estruturação dos diversos departamentos e suas interfaces intrafirma e com o ambiente externo.

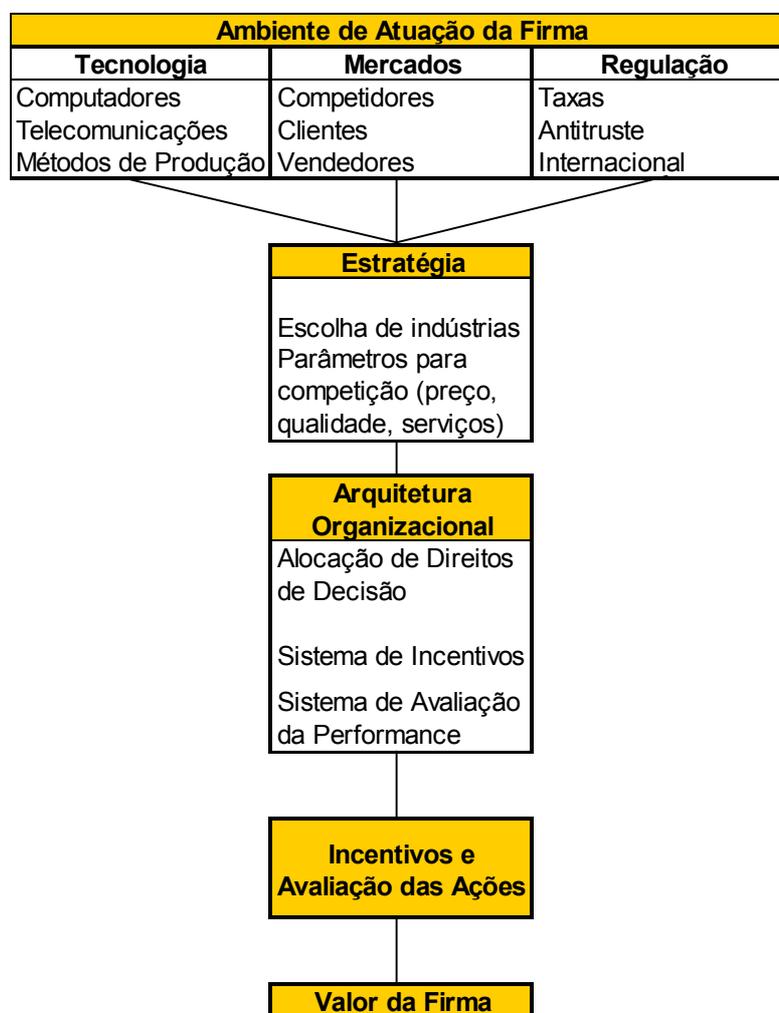


Figura 5 – Os determinantes da Estratégia Negocial, da Arquitetura Organizacional e do Valor da Firma

Fonte: BRICKLEY; SMITH; ZIMMERMANN, 2001, p. 268.

A correta compreensão das oportunidades e ameaças que ocorrem a todo o momento nos mercados será traduzida em adequada estratégia para responder agilmente às demandas dos atores e proporcionar aumento do valor da firma. No entanto, a adoção de posicionamento em atenção às sinalizações que o mercado emite será conquistada com apropriada leitura do papel da arquitetura organizacional nas ações perpetradas pela entidade. Assim, a arquitetura

organizacional pode ser considerada consequência das necessidades da firma a partir das ocorrências no mercado ao mesmo tempo em que se constitui em relevante causa do resultado alcançado pela mesma. Aparentemente contraditória, a afirmação anterior apenas indica a importância da adequação da arquitetura organizacional aos objetivos e metas da firma. Se assim não for, muito provavelmente as ações e correções que se fizerem necessárias com o andamento das atividades não serão satisfatoriamente promovidas, visto que a capacidade da firma em interpretar e reagir aos fatos do mercado estará comprometida pela ineficiência resultante da deficiente estruturação de seus departamentos.

É importante salientar que a determinação da estrutura organizacional a ser adotada por uma firma não obedece ao mesmo princípio observado para a construção de mercados. A arquitetura de mercados surge espontaneamente, submetida ao poder contido no sistema de preços, capaz de solucionar problemas de incentivo e informação graças ao direito de propriedade privada, garantindo sempre a utilização eficiente dos recursos. Já a arquitetura de firmas não tem seus fundamentos baseados exclusivamente na força do sistema de preços, pois a origem da estruturação organizacional das firmas está relacionada à coordenação das atividades econômicas intrafirma condicionada à atuação de executivos que utilizam como ferramenta a formalização de contratos para moldar o desempenho da firma.

Os mercados nem sempre podem ser considerados como o mais eficiente método para organizar a atividade econômica, pois frequentemente as firmas compõem o modo mais eficiente de se fazê-lo. Contudo, no ambiente interno às firmas não há um sistema automático capaz de assegurar que a designação de direitos de decisão a indivíduos com informação e motivação particulares reverta na promoção dos objetivos da firma (BRICKLEY; SMITH; ZIMMERMANN, 2001).

Assim, não há garantias que os direitos de decisão sejam alocados aos indivíduos com conhecimento específico apropriado e tampouco a respeito da motivação destes indivíduos para agirem eficientemente. As firmas têm por objetivo maior produzir o bem desejado por seus clientes ao menor custo possível. O desenho da arquitetura organizacional deverá permitir que os tomadores de decisão possuam a informação necessária e sejam devidamente incentivados a agir produtivamente, tomando a decisão mais eficiente. Assim, para proporcionar à firma a obtenção da melhor produtividade possível com a utilização dos recursos à

disposição, a teoria acerca da arquitetura organizacional sustenta que as firmas deverão buscar alocar os direitos de decisão aos indivíduos mais capacitados para tanto, além de conceder-lhes incentivos e também monitorar-lhes o desempenho para que ajam sempre em prol da maximização do valor da firma.

2.5.1 A Alocação dos Direitos de Decisão

A alocação dos direitos de decisão deve ser realizada de forma a incentivar o uso com maior efetividade do conhecimento específico detido pelos empregados, aumentando a eficiência da firma. Há alguns custos e benefícios associados à decisão de descentralizar a tomada de decisão. Como fatores positivos, além da já citada melhor utilização do conhecimento específico dentro da firma, temos o aumento da produtividade no gasto do tempo por parte da alta administração da empresa e o incremento motivacional observado pelos empregados de escalões inferiores com a maior quantidade de treinamento realizado e a maior possibilidade de participação nas decisões da empresa.

Os benefícios da descentralização da tomada de decisões em relação ao modelo centralizado preponderam em situações onde se faz necessária a rápida adaptação da firma às variações do ambiente, delegando ao nível operacional a tomada de decisões sobre as atividades localmente desenvolvidas e possibilitando à alta administração focar-se em atividades eminentemente estratégicas. Nestes casos, os ganhos auferidos compensam a agregação de novos custos para controlar e recompensar empregados bem como para construir um sistema de comunicação capaz de inibir erros estratégicos advindos de desconhecimento das atividades desenvolvidas em outros departamentos e de informações importantes originadas na administração central.

Os custos para descentralizar decisões são oriundos dos gastos com sistemas de controle provocados por problemas de incentivos, por custos e falhas de coordenação e a utilização menos efetiva de informação central. Ao descentralizar decisões, cresce a importância de incentivar os funcionários a comportarem-se de modo adequado às necessidades da firma, questão potencializada quando estes se tornam responsáveis por decisões que afetam diretamente o resultado da empresa.

Criam-se também novos custos visando coordenar a tomada de decisões descentralizada ao dividir entre os administradores e controladores de decisões as tarefas relativas à sedimentação de uma decisão, onde os primeiros são responsáveis pela iniciação e implementação da decisão ao passo que os últimos são encarregados da ratificação e monitoramento da decisão. Outra perda da organização será o menor uso do conhecimento específico da alta administração, normalmente melhor informada e com visão estratégica mais aguçada do que os demais empregados.

O surgimento de custos para coordenação de decisões irá interferir no grau de empowerment adotado pela firma. Dependendo do ambiente no qual se encontra, poderá ser vantajoso à organização limitar a concessão de direitos de decisão a um número reduzido de administradores locais, cujas deliberações serão acatadas pelas demais unidades de negócios de mesma natureza. A razão para essa ação está no menor custo encontrado para controlar as decisões de parte do grupo de administradores locais em comparação à situação onde se delega à totalidade do grupo de gerentes locais os mesmos direitos. A definição da designação lateral de direitos de decisões será implementada quando a importância do uso do conhecimento específico não for fundamental a ponto de exigir que as decisões sejam tomadas pelos administradores locais, mas relevante no sentido de impedir que a concentração do poder decisório na administração central seja prejudicial à obtenção de máxima eficiência pela firma.

Outra possibilidade para alocar direitos de decisão é delegá-los a times ao invés de simplesmente repassá-los a determinado indivíduo. O senso comum indica que “pessoas reunidas pensam melhor do que sozinhas”, algo que pode ser aplicado ao mundo organizacional. A opção pela utilização de times para construção de decisões apresenta benefícios como melhor agregar o conhecimento específico disperso entre os diferentes profissionais com a obtenção de resultado superior àquele obtido na tomada de decisão individual, além de promover a inclusão dos empregados no processo decisório e tornando-os mais comprometidos com o

cumprimento das decisões estabelecidas por serem as mesmas produtos também de seus esforços¹¹.

Contudo, há custos que devem ser considerados anteriormente ao uso de times para decidirem as ações das firmas. Decisões tomadas a partir de deliberações coletivas geralmente são mais demoradas e nem sempre promovem a solução mais eficiente devido à existência de custos de influência¹² e problemas de agente – principal. Há também problema quanto ao incentivo recebido por indivíduos em imprimir menor intensidade nos trabalhos realizados conjuntamente com colegas pela dificuldade em identificar as situações onde ocorrem as omissões de esforço, acabando por ocorrer uma distribuição desigual do trabalho no grupo e diminuindo a eficiência nas ações do mesmo.

Assim, a utilização de times para tomada de decisões será definida pela firma atuante em ambiente onde o uso do conhecimento específico espreado entre os diferentes profissionais for relevante para alcançar resultado eficiente e os custos somados de controlar o problema do carona (free rider) e para coordenar essa modalidade de tomada de decisões for menor do que os benefícios obtidos. Há de se ressaltar o tamanho ótimo dos times, que deverá absorver novos integrantes até o momento onde o custo marginal da adição for igual ao benefício marginal obtido. Pesquisas como a efetuada por Katzenbach e Smith indicam que times com até 25 membros são mais produtivos (a maioria dos times pesquisados possuía número significativamente menor de elementos – foram pesquisados grupos de 2 a 25 pessoas)¹³.

A determinação do melhor formato para tomada de decisões por uma organização seguirá uma lógica bastante simples. Nos casos em que os custos para descentralizar a tomada de decisões mostrarem-se superiores aos benefícios

¹¹ Brickley, Smith e Zimmermann (2001) transmitem a idéia de que os empregados “vestem a camiseta” da empresa nestes casos.

¹² Nas deliberações anteriores à tomada de decisão por times, os indivíduos são incentivados a proceder a ações improdutivas com o objetivo de ver assistidas suas necessidades, sejam estas o atendimento de suas idéias perante o grupo ou a obtenção de promoção na hierarquia da organização. Para brevar esse efeito, firmas têm limitado as decisões tomadas por grupos e assim desestimular o comportamento disfuncional pelos empregados.

¹³ Informação assinalada na obra de Brickley, Smith e Zimmermann (2001), fonte também das idéias apresentadas ao longo desta seção.

almejados será mais conveniente a tomada de decisões centralizada. Evidentemente, a situação contrária ensejará o uso da modalidade descentralizada para as tomadas de decisões em uma organização.

2.5.2 O Sistema de Incentivos

A criação de um sistema de incentivos está motivada pela necessidade de capturar do funcionário a melhor utilização de sua força de trabalho visando atender às necessidades da firma. Tal esforço é justificado, pois em inúmeros casos os custos de monitoramento em larga escala não compensam as perspectivas de aumento de produtividade resultantes das recompensas instituídas para premiar o empregado cujo resultado alcançado está dentro dos parâmetros desejados pela empresa.

O problema básico de incentivos em uma firma reside no conflito habitual entre os interesses do proprietário (principal) e dos empregados (agentes). É presente a idéia na teoria econômica de serem os indivíduos racionais e auto-interessados, ou seja, é da natureza das pessoas agirem sempre com o objetivo de maximizarem suas utilidades pessoais. Assim, podemos considerar ser freqüente a existência de conflitos nas relações mantidas entre os indivíduos no ambiente das firmas, pois a posição inicial dos mesmos nas situações de trabalho é diversa e, logicamente, a ação ideal planejada por cada um não coincidirá com aquela desejada pelo outro. Dentro de uma firma prestadora de serviços em saúde, é do interesse do proprietário atender o maior número de clientes em dado período. Ao profissional contratado, contudo, pode ser mais interessante prestar atendimentos extremamente zelosos e conseqüentemente mais demorados ou simplesmente fazer o tempo passar até o término de sua jornada de trabalho, se a remuneração referir-se unicamente ao tempo vivido no ambiente de trabalho.

A relevância do problema no exemplo acima é originada pela dificuldade e pelos custos envolvidos na identificação dos esforços empreendidos pelos

empregados nas suas ações em prol dos objetivos da firma. Em casos onde os interesses de empregador e empregado estejam coincidentes ou mesmo quando a identificação das ações tenha baixo custo não há necessidade de implantação de sistema de incentivos, dado que ao proprietário é possível monitorar e corrigir ações de funcionários com medidas de baixo custo (BRICKLEY; SMITH; ZIMMERMANN, 2001).

Por outro lado, em contextos onde há altos custos envolvidos no monitoramento dos esforços dos empregados, residem estímulos ao proprietário para a implantação de sistema de incentivos por este constituir alternativa de menor custo para a firma alinhar os interesses do corpo funcional aos próprios interesses. Dessa maneira, uma opção ao exemplo anterior poderia ser a construção de um contrato com a previsão do uso de incentivos suficientes para promover maior produtividade dos profissionais e distribuir o risco da atividade ao associá-lo à ineficiência no desempenho das funções. Uma combinação entre a conexão de parte da remuneração à quantidade de serviços prestados e uma eficiente avaliação da performance dos profissionais a fim de inibir atendimentos de baixa qualidade, algo também não desejado pelo proprietário da firma, poderia promover esforços mais efetivos por parte dos agentes.

Mas a aplicação dessa interessante medida para motivar maior produtividade por parte dos empregados não deve ser encarada como algo mágico. É necessário observar as condições do ambiente da firma que podem interferir no produto alcançado em conjunto pelos funcionários e a complementaridade deste sistema com as regras utilizadas para avaliação de desempenho. Devem-se adequar as recompensas com as características da firma e do seu corpo funcional. Assim como são racionais e auto-interessados, em sua maioria os indivíduos são avessos ao risco, ou seja, para o mesmo valor esperado optam pela alternativa que apresenta menor risco. Incentivos para a aquisição de parte do capital da empresa são captados apenas por pequeno grupo de empregados com condições de almejar tal ganho. Além disso, em muitas indústrias o produto final é resultado dos esforços combinados de vários trabalhadores que desempenham diferentes tarefas, o que torna complexa a definição dos prêmios para cada etapa do sistema produtivo pelo perigo de recompensar atitudes como as efetuadas por free rider. Em organizações de saúde, o trabalho do médico é considerado muito importante a ponto de ser

entendido como uma tradução dos esforços de toda a equipe envolvida nos variados procedimentos. No entanto, é importante a participação de outros profissionais como enfermeiras e auxiliares de enfermagem em internações hospitalares, por exemplo, onde a atuação destes profissionais impactará fortemente no resultado final do tratamento prescrito pelo médico.

Outro complicador é a realização de mais de uma tarefa por empregado nas firmas. De fato, é comum posições existentes nas firmas preverem o cumprimento de múltiplas tarefas durante o tempo em que o funcionário está disponível à organização. O problema maior é como definir como o empregado utilizará seu tempo para cumprir com suas obrigações perante a firma com a máxima produtividade. Algumas tarefas são mais facilmente observáveis, mas em outras não encontramos a mesma facilidade, situações onde o caráter subjetivo assume maior importância no julgamento do desempenho do indivíduo. A chave está em encontrar a melhor combinação das tarefas a cargo de um indivíduo e sinalizar a este o resultado desejado de seu trabalho.

Algumas operadoras de saúde desejam que os profissionais credenciados retornem informações sobre os atendimentos prestados aos beneficiários que compõem sua carteira de clientes além do tradicional atendimento clínico. Todavia, a remuneração dos profissionais terceirizados está focada nos atendimentos, de forma que o contratado não enxerga como boa alternativa o atendimento da necessidade da operadora. Uma boa saída seria a remuneração à parte desse aspecto aos profissionais, sinalizando-os quanto ao desejo da contratante de possuir as informações clínicas e proporcionando adequado incentivo para que os contratados atendessem à solicitação.

Como alternativas para implantação de recompensas previstas em sistema de incentivos, os proprietários podem estimular os empregados bonificando a boa performance alcançada pelos mesmos ou premiando-os com aumentos salariais e promoções, além de sinalizar o comportamento desejado com a demissão daqueles com desempenho deficiente. Para o nosso caso, destacamos duas situações. Em primeiro lugar, pode-se negociar com os empregados direitos sobre os resultados de suas ações, premiando-os para que sejam mais produtivos (caso das franquias, por exemplo). Aqui, há o problema de necessitar do funcionário perfil empreendedor e condições para pagar os direitos negociados.

Outra opção é a negociação de contrato de incentivo com a previsão de uso de indicadores de performance associado à divisão da remuneração do funcionário em uma parte fixa e outra variável relacionada aos resultados de suas ações. Tal alternativa proporciona ganhos à empresa ao estimular comportamento mais produtivo por parte dos colaboradores, que contarão com a garantia de não serem punidos por resultados obtidos pela organização a partir de decisões estranhas à alçada que se lhes delegou, algo que não ocorrerá no caso de um contrato com remuneração totalmente variável, situação de alto risco que provavelmente levaria ao empregado buscar novas oportunidades para vender sua força de trabalho.

2.5.3 O Sistema de Avaliação e Monitoramento da Performance de Indivíduos e Unidades de Negócios

O sistema de avaliação e monitoramento da performance de indivíduos e unidades de negócios é estabelecido com o propósito de verificar se efetivamente está se empregando os melhores esforços em prol das atividades desenvolvidas na firma por parte dos indivíduos e das unidades de negócios. Justifica-se lançar mão deste instrumento nos casos onde os benefícios agregados superam os custos de mensuração inerentes, pois permite oferecer informações que levem à melhoria da produtividade dos funcionários e das unidades de negócios com o incentivo contido na determinação do estabelecimento de processos de premiação ou punição aos merecedores da distinção.

De modo geral, as organizações procuram estabelecer padrões referenciais para medir a performance de seus funcionários. O estudo de tempos e movimentos para execução de tarefas é um método baseado em estudos de engenharia e afeito a tarefas mensuráveis quantitativamente, tornando-se ferramenta de avaliação não facilmente utilizável em serviços. Além disso, sua aplicação envolve o desembolso de vultosos recursos em sua elaboração, devendo ser refeito toda a vez que ocorrer alterações no processo produtivo, uma vez que os indicadores trabalhados são originados nas ações desencadeadas para efetivação das etapas produtivas.

Outro método bastante comum é a utilização da performance passada para estabelecer o desempenho futuro dos empregados. Todavia, tal metodologia pode

levar ao perverso incentivo denominado efeito catraca ao desencorajar os empregados a elevar seu nível de produtividade muito acima da meta estabelecida, pois sabem que futuramente este crescimento fará parte das cobranças referentes ao seu desempenho (BRICKLEY; SMITH; ZIMMERMANN, 2001). Pode ser evitado ao definir-se um desempenho padrão a ser seguido pelos empregados que será seguido nos próximos períodos mesmo no caso de haver desempenhos acima do exigido, sinalizando aos empregados apenas a exigência de um padrão mínimo de desempenho e incentivando a superação do mesmo com as benesses componentes do sistema de incentivos. Outra maneira de eliminar o efeito catraca é com a realização de rodízio de funções entre os empregados. No entanto, corre-se o risco de perder os ganhos resultantes do uso de conhecimento específico por parte dos empregados e, em certas funções, alimentar o distanciamento entre a firma e seus clientes ao não oportunizar a sedimentação da relação entre o funcionário e o cliente.

A construção de um sistema de avaliação procura, em última análise, maximizar os ganhos da firma resultantes dos esforços dos empregados. Dessa forma, sua implantação está intimamente ligada aos custos para mensurar a produtividade dos funcionários. Quanto maiores forem os custos envolvidos nessa ação, menor será o benefício agregado com a fiscalização do desempenho do corpo funcional e menos intenso será o incentivo para a firma adotar um sistema de avaliação de desempenho.

Ademais, a correta avaliação dos estímulos transmitidos também é fator fundamental no estabelecimento de avaliações sob pena de gerar pelos empregados comportamento disfuncional no intuito de abrihantar seu desempenho, despertando atitudes que levarão a resultados não desejados pela firma, particularmente nos casos de medidas objetivas do produto. Nestas circunstâncias, normalmente as metas são programadas para serem cumpridas em curtos espaços de tempo devido às dificuldades em se prever os acontecimentos em horizontes mais amplos a partir das inúmeras probabilidades do momento. O efeito dessas medidas é potencialmente danoso ao planejamento de longo prazo das firmas, uma vez que os incentivos transmitidos aos empregados estão concentrados em ações de curto prazo, criando uma dissonância entre as metas ajustadas pelas firmas para curto e longo prazo.

Com atuação complementar ao sistema de incentivos, as avaliações, em termos gerais, são classificadas como relativas ou subjetivas. Enquanto as primeiras avaliam o desempenho profissional relativamente ao grupo de empregados com iguais atribuições, as avaliações subjetivas dependem mais fortemente da percepção do avaliador, o que possibilita a ocorrência de lobbies ou favorecimento de amigos, por exemplo, dada sua impossibilidade de comparação entre indivíduos. Como consequência, as avaliações subjetivas podem apresentar conclusões menos precisas, apesar de trazer como grande vantagem o baixo custo da sua aplicação para redução de comportamento oportunista dos agentes.

Eleger como objeto a performance de times é outra opção para a medição de desempenho. A instauração de metas coletivas para determinado grupo de indivíduos pode trazer ganhos relativos ao uso mais eficiente do conhecimento específico disperso entre os membros do time. Contudo, há riscos quanto ao comportamento do grupo perante os indivíduos mais produtivos, que podem ser marginalizados tendo em vista que seu alto desempenho afeta positivamente a média dos empregados participantes do grupo, forçando-os a despendar maior nível de esforços do que o desejado pelos mesmos. Assim, há incentivos para que o time rejeite os elementos de maior produtividade e procure sedimentar a presença daqueles menos capazes, mantendo a produtividade média em níveis inferiores aos alcançados com a existência de empregados com alto nível de desempenho no time.

Além de mensurar o desempenho de indivíduos e times, a firma pode medir a performance de suas unidades de negócios. Há diferentes abordagens que podem ser utilizadas para este fim, cuja escolha dependerá da distribuição do conhecimento específico dentro da firma e a consequente formatação das unidades de negócios em centros de custo, despesa, renda, lucro ou investimento, com vistas à utilização da modalidade que oferecer maiores ganhos em relação às demais (BRICKLEY; SMITH; ZIMMERMANN, 2001).

A utilização de centros de custo busca a minimização dos custos de produção a partir da maximização da produtividade a um dado nível de recursos ou minimizando o custo total referente a nível de produção pré-determinado. Para sua implantação, é indicado que a administração central possua alto grau de informações quanto às funções de custos e ao nível de qualidade almejado para a produção. Dessa forma, serão possíveis as definições da quantidade ideal da

produção e das recompensas atribuídas às unidades cumpridoras das metas. Os gerentes das unidades de negócios terão direitos de decisão apenas sobre a escolha da combinação ideal dos insumos utilizados na produção.

Os centros de despesas constituem arranjos similares aos centros de custos. Seu principal objetivo também é minimizar os custos de produção e aos gerentes das unidades de negócios são atribuídos direitos de decisão somente sobre a escolha ótima da combinação dos insumos participantes da atividade produtiva. Seu uso é indicado em alternativa ao centro de custos para casos onde há dificuldades à observação da produção, fazendo com que a avaliação ganhe caráter preponderantemente subjetivo.

Nos centros de renda a performance é medida com base na maximização da renda a partir de condições pré-definidas pela administração central, como o preço e quantidades ideais do produto e o nível de recursos disponibilizado para efetuar as atividades. Os direitos de decisão delegados à gerência da unidade, a exemplo dos casos anteriores, também está restrito à combinação dos insumos que serão utilizados na produção do resultado desenhado pela administração central. Assim, para atingirem as metas a eles estipuladas, aos gerentes das unidades será necessário dominarem as informações das curvas de demanda dos clientes existentes em suas áreas de atuação.

Para os centros de lucro, a medição da performance se dará simplesmente pela verificação do lucro obtido ou comparando-o ao lucro projetado pela firma durante o planejamento das atividades. Sua utilização é apropriada para situações onde o conhecimento específico necessário para a tomada de decisões, como a definição da quantidade a ser produzida dos diferentes produtos, nível de preços ideal e o grau de qualidade desejado para a produção, esteja majoritariamente situado nas unidades de negócios e o custo para transferi-los seja alto. Em conseqüência, aos gerentes das unidades de negócios são delegados direitos para decidir sobre as combinações eficientes de insumos e quantidade produzida de cada produto, bem como sobre os níveis mais adequados de preços e quantidades que serão transacionadas.

Os centros de investimento compõem uma alternativa dos centros de lucro com maior delegação de direitos de decisão aos gerentes das unidades de negócios. Estes, além de poder definir questões relativas à produção e transação

dos produtos, também reúnem capacitação para identificar as oportunidades de investimentos e deliberar sobre o capital investido em sua unidade. Naturalmente, são também avaliados sobre o retorno dos investimentos realizados.

2.6 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

A reflexão acerca dos dilemas enfrentados pelos participantes do mercado de saúde suplementar sob a ótica da teoria econômica justifica a presença deste capítulo na obra. Durante seu transcorrer, foram expostos diversos aspectos onde a abordagem sob o viés econômico revelou-se de grande valia para a explicação das interações que formam o mercado de saúde suplementar.

O capítulo cumpriu seu objetivo de explicar a realidade das interações entre os diversos agentes do mercado de saúde suplementar sob o ponto de vista da Ciência Econômica. Para tanto, demonstrou que a incerteza é fator inviabilizador do equilíbrio ótimo sob a influência única das forças de mercado conjuntamente à desigual bagagem informacional detida pelos agentes. Nesse contexto, abre-se espaço para o surgimento de ineficiência na utilização dos recursos produtivos, exemplificado em casos onde o tratamento às patologias revela-se intensivo na aplicação de alternativas reservadas pelos protocolos médicos apenas às situações mais complexas.

O estabelecimento do padrão que justifica o comportamento seguido pelos indivíduos compunha ponto importante para ilustrar a lógica seguida no de tomada de decisões. Dentre as teorias investigadas, compreendemos ser o modelo de comportamento humano mais adequado para explicar as razões que fundamentam as posições assumidas pelos indivíduos o REEM de Jensen e Meckling. Em nossa opinião, este modelo pode ser considerado a verdadeira expressão do pensamento econômico enquanto ferramenta de estudo do comportamento humano.

Também ficou evidenciada que a justificativa para contarmos com firmas atuando na economia é a existência de custos para realizar transações. Nas

situações onde assumem alta relevância, pode tornar-se mais interessante ao agente a opção de internalizar as transações em contraponto à realização das mesmas com terceiros como forma de reduzir os custos envolvidos.

Na parte final do capítulo demonstramos que a correta análise sobre a implementação de ações abrangendo a delegação de decisões e a adoção de sistemática que avalie o desempenho funcional e recompense os indivíduos com produtividade correspondente às expectativas da alta administração torna a aplicabilidade da arquitetura organizacional fator precípua na busca pela maximização do valor da firma.

3. BREVE HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

O caráter mercantil das relações entre os membros e a conseqüente seletividade do público consumidor compõe a substância do mercado de saúde suplementar, caracterizado pela oferta de serviços em saúde mediante contrapartida pecuniária de clientela contratante (ALMEIDA, 1998).

3.1 INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO

O objetivo deste capítulo é contextualizar o mercado de saúde suplementar brasileiro partindo de uma breve explanação sobre suas origens. A seguir, demonstraremos as principais características da estrutura atual, fortemente influenciada pela regulamentação instituída pela Lei 9656/1998 e reforçada pela Lei 9961/2000¹⁴, criadora da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), resultante da intervenção governamental com vistas ao estabelecimento de normas para o

¹⁴ Cujas reformulações, trabalhadas nesta dissertação, estão na Medida Provisória 2177-44 de 2001, já reeditada inúmeras vezes.

desenvolvimento das relações peculiares a este mercado, com especial atenção às autogestões em saúde. Encerraremos o capítulo com a apresentação do momento atual e nossas considerações a respeito das oportunidades e perigos que devem dominar o panorama do mercado de saúde nacional nos próximos anos.

3.2 BREVE HISTÓRICO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

A origem da assistência à saúde por empresas no Brasil remonta às primeiras décadas do século passado. Na época, as empresas de estrada de ferro, que formavam um destacado segmento da economia brasileira, tomaram as primeiras iniciativas no sentido de promover a saúde de seus colaboradores e assim garantir a continuidade do desenvolvimento do setor minimizando os percalços impostos pelo absenteísmo¹⁵.

Com a instituição da Lei Eloy Chaves em 1923, organizou-se pela primeira vez no país um sistema com a finalidade de financiar os cuidados em saúde de trabalhadores. Em esquema tripartite, participavam deste esforço os trabalhadores, empresas e governo, proporcionando aos empregados vantagens inéditas como assistência médica (extensiva aos familiares), medicamentos a preços especiais, aposentadorias e pensões. Era o início das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em pouco tempo adotadas por outras classes importantes como marítimos e portuários (UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE - UNIDAS, 2005). Vale ressaltar que a insuficiente oferta de medicina privada motivou a formatação de serviços médicos próprios pelas CAPs. Contudo, devido à sua natureza organizacional originar-se em empresas ou categorias profissionais, este sistema era incapaz de absorver a maior parte da população, que continuava com graves carências no atendimento de suas necessidades em saúde.

¹⁵ O absenteísmo está entendido nesta dissertação como a falta ao trabalho do obreiro por problema de saúde.

De sua parte, o governo não contava com estrutura que permitisse o monitoramento da atuação das CAPs, situação agravada pela expansão deste sistema. Com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, nos anos 30, é que teremos alterações nesse panorama. Como parte de uma política que privilegiava o atendimento de interesses dos trabalhadores e empresariado urbano para permitir o crescimento da sua base de apoio político, o governo criou o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio como forma de regular suas relações com empregadores e trabalhadores. Como ação de apoio, editou decreto visando a reforma do sistema de aposentadorias e pensões.

Tais medidas provocaram o aparecimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), “[...] autarquias centralizadas do governo federal, sob a égide do novo ministério [...]” (UNIDAS, 2005, p. 10), que se tornaram a principal modalidade institucional ao tomarem o lugar da maior parte das CAPs criadas anteriormente. Como exemplos de IAPs surgidos á época, temos os Institutos de Aposentadorias e Pensões dos comerciários (IAPC), dos bancários (IAPB) e dos industriários (IAPI).

Dotados de maiores restrições para concessão de benefícios e destinação de recursos ao atendimento em saúde, os IAPs trouxeram consigo a tendência de entesouramento de recursos, instigando a compra de serviços hospitalares e ambulatoriais ao invés da manutenção dos serviços próprios de atendimento das CAPs (única alternativa em épocas passadas devido à inexistência de mercado privado em condições de absorver a demanda das Caixas). Assim, no final da Era Vargas a assistência médica e hospitalar deixara de ser uma obrigação dos IAPs para se tornar um encargo do governo. Todavia, isto não significava melhor acesso aos serviços de saúde da população em geral; o público agraciado com o benefício continuava a ser o mesmo assistido pelos institutos, não deixando outra opção aos demais trabalhadores além de buscar auxílio nas Santas Casas e outros estabelecimentos filantrópicos, cuja capacidade de atendimento estava longe do ideal para abrigar a demanda existente.

A mudança de cenário advinda do término do governo Vargas propiciou a agregação de novos benefícios como a assistência médica a aposentados e pensionistas. A contrapartida de recursos para custear a cobertura adicional veio com o aumento em 50% do teto dos gastos em saúde dos IAPs. Retomaram-se também os investimentos em serviços próprios de saúde e inovou-se com a

construção de hospitais por parte dos institutos (na década de 1960 já contavam com 28 hospitais). Com a promulgação do Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões em 1954, unificou-se as atribuições e benefícios dos IAPs, avaliando melhorias como aposentadoria por tempo de serviço, por idade e por invalidez e garantindo a todos os trabalhadores segurados auxílios doença, maternidade e funeral, outrora restritos a poucas classes profissionais.

Em 1960 foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que teve como principal efeito a uniformização das estruturas de assistência médica dos IAPs. A LOPS instituiu em 8% dos salários a taxa de contribuição dos segurados com igual contrapartida das empresas, participando também o Estado na condição de contribuinte do sistema. Ela também regulava as

“[...] formas de concessão e compra de serviços de saúde do setor privado; os convênios entre Estado, empresas, instituições públicas e sindicatos para prestação de serviços de saúde; as formas de pagamento dos serviços comprados; o financiamento para expansão de entidades beneficentes de saúde; o credenciamento de médicos; a livre escolha e as tabelas de honorários.” (UNIDAS, 2005, p. 12).

Infelizmente, a nova regulamentação não alcançou os resultados esperados; o próprio governo, ao descumprir suas obrigações, contribuiu para o comprometimento do sistema. Observando o incentivo estatal, muitas empresas também deixaram de recolher suas contribuições, tornando insustentável a crise instalada no sistema de assistência à saúde no Brasil.

A nova alteração do panorama político nacional com o golpe militar de 1964 veio acompanhada de revoluções no sistema de assistência à saúde e previdência social, desgastado com os crescentes problemas acumulados nos anos anteriores. Em 1967, com a reforma previdenciária, os institutos foram unificados dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)¹⁶, responsável por zelar pela assistência médica, ambulatorial e hospitalar de todos os trabalhadores segurados, mantendo-se o esquema de financiamento anterior. Neste novo modelo, já não era permitido aos trabalhadores participarem da gestão das políticas da área de saúde como outrora; por outro lado, foi estendida a cobertura assistencial a grupos sociais anteriormente segregados, como empregadas domésticas e população rural.

¹⁶ Na verdade, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado (IPASE) foi o único a resistir às mudanças, vindo a se extinguir nos anos 1980.

O acréscimo no número de segurados suplantava a capacidade instalada para atendimento, resultando em medidas como o crescimento da rede própria de atendimento e contratação de novos parceiros privados. Como os agentes privados não contavam com estrutura capaz de atender razoavelmente as novas necessidades, obrigou-se o Estado a financiar a expansão da estrutura existente¹⁷. Apesar disso, os baixos valores pagos em contrapartida dos serviços prestados foram motivo suficiente para a ocorrência de desvios e fraudes contra o sistema público, fato que ainda hoje se faz presente neste mercado.

Visando o aperfeiçoamento da gestão da saúde, o governo federal criou em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), desmembrando o INPS em três novos institutos para colher maior eficácia nas principais metas estabelecidas. Para administrar e recolher recursos, tinha-se agora o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS); para administrar o sistema de saúde previdenciária, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); por último, um novo INPS, cuja obrigação restringia-se à administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais. Em 1976 sedimentou-se esta nova política com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), composto pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor (Funabem), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) e Central de Medicamentos (Ceme), além dos institutos citados neste parágrafo. Como suporte financeiro, criou-se paralelamente o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS).

Com o INAMPS, foi intensificada a política de convênios do governo com grandes empresas dos setores industrial e comercial, iniciada ainda em 1964 com a Volkswagen. Esta modalidade de atuação ficou conhecida como convênio INAMPS - Empresa, onde os indivíduos recebiam atendimento de organizações atuantes no setor de saúde mediante contrapartida prefixada per capita por parte da empresa conveniada, devidamente subsidiada pela Previdência Social. O cenário sócio-econômico brasileiro associado à cobertura governamental dos procedimentos

¹⁷ Os recursos eram originados em valores de loterias e saldo operacional da Caixa Econômica Federal.

médicos mais complexos e caros contribuiu para que no final da década de 1970 esta política de convênios fosse desestimulada com a retirada de recursos da saúde por parte do Estado. Assim, nos primórdios da década de 1980 tínhamos no Brasil um forte incentivo para que várias empresas investissem na formatação de instituições voltadas para o atendimento em saúde de seus funcionários e familiares. Mesmo que várias experiências advindas de órgãos públicos tenham se iniciado em época anterior, podemos afirmar que a crise do final dos anos 1970 tornou-se o grande incentivo para o fortalecimento das entidades de assistência à saúde patrocinada por empregadores e trabalhadores.

De fato, foi a partir da década de 1980 que o mercado de saúde suplementar teve seu crescimento acelerado. A desaceleração do financiamento do sistema público de saúde empurrava à população em direção ao mercado suplementar. Não por acaso, muitas organizações passaram a oferecer planos de saúde a seus funcionários como um benefício valioso, capaz de granjear e assegurar a permanência de profissionais considerados de ponta. O que era uma alternativa ao serviço público de saúde hoje passou a desempenhar o papel principal. Não seria heresia dizermos que atualmente é o serviço público que suplementa o atendimento ofertado pelos planos de saúde particulares¹⁸.

3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

O atual contexto do mercado de saúde brasileiro pode ser considerado uma das expressões contemporâneas das históricas dificuldades de promoção do bem-estar social geradas pelas discrepâncias na distribuição de renda entre os membros

¹⁸ Nossa afirmação não traz consigo a intenção de macular os grandiosos esforços dispensados pelos profissionais atuantes nos serviços públicos; apenas queremos chamar a atenção para as dificuldades de acesso ao serviço público de saúde, fator inviabilizador do sucesso nos atendimentos em saúde. Quando falamos que o atendimento do serviço público complementa aquele ofertado pelo plano de saúde, recorreremos a casos onde os tratamentos mais caros e complexos deixam de ser cobertos pelo ente privado e passam a ser atendidos pelo órgão público (transplante pulmonar, por exemplo, fora da cobertura mínima exigida pela ANS e custeado em praticamente todos os casos pelo SUS).

da população. O crescimento das atividades do setor privado encontrou forte estímulo na incapacidade estatal de responder pelas atribuições constitucionais como o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL. Constituição Federal, 1988, art. 196). Com problemas para manter servidores qualificados e proporcionar suficiente acesso e condições de atendimento, além da precariedade das instalações físicas dos hospitais públicos de grande porte (MACERA; SAINTIVE, 2004), o sistema público de saúde é desconsiderado como opção atraente para os atendimentos em saúde da população, tornando o usufruto de plano privado de saúde condição de alto valor social.

A preferência das pessoas em utilizar os serviços disponibilizados pelo setor privado de saúde, apesar de estar contida àquelas que gozam de maior disponibilidade de renda, oferece como contribuição indireta ao sistema público um amortecimento em suas demandas. De fato, o bom funcionamento das entidades privadas tornou-se ponto de grande relevância nas estimativas de desempenho do sistema público, obrigado constitucionalmente a suprir as necessidades em saúde da população residente em nosso país e sem gozar da plenitude dos recursos imprescindíveis para tanto.

No âmbito estrito do mercado suplementar de saúde, a insuficiência das informações recolhidas pelos agentes, fruto da dificuldade de padronização advinda da heterogeneidade dos serviços de atenção à saúde e da subjetividade na avaliação da qualidade dos mesmos (MACERA; SAINTIVE, 2004), ocasiona o surgimento de imperfeições mercadológicas como o risco moral, a seleção adversa e a seleção de risco. O risco moral pode ocorrer da parte dos usuários, ao entenderem ser possível a utilização indiscriminada dos serviços ofertados pelo fato de quitarem regamente suas contribuições, ou por parte dos prestadores de serviços, normalmente remunerados pela quantidade de eventos consumados e conseqüentemente estimulados a maximizarem o volume dos atendimentos prestados.

Por sua vez, a seleção adversa é calcada na percepção de ser mais atraída à aquisição de planos privados de saúde a parcela da população cujas condições de saúde exijam uma maior utilização dos serviços oferecidos, representando maior risco ao empreendimento privado do que o consumidor típico considerado no

momento de definição dos preços praticados. Em razão disto, as operadoras passam a praticar a seleção de risco, ou seja, instituem normas discriminando a cobertura dos eventos potencialmente danosos à saúde financeira das entidades. As falhas de mercado apontadas têm como resultado a necessidade de financiamento por parte dos beneficiários considerados de menor risco dos planos consumidos por aqueles indivíduos com maior grau de utilização dos serviços, gerando ineficiência no setor.

O mercado de saúde suplementar ainda procura ajustar-se à nova realidade imposta pelo surgimento da regulação de suas atividades. Não contém exageros a afirmativa de estarem os usuários, as operadoras e os prestadores de serviços descontentes com o contexto atual. De maneira geral, as queixas dos agentes referem-se à qualidade, aos custos e à remuneração dos serviços prestados, indicando a existência de ineficiência na utilização dos recursos disponíveis nesse setor. Com efeito, a diversidade do juízo de operadoras e prestadoras acerca dos custos envolvidos com os serviços contratados, ampliada pela crescente centralização da tomada de decisões em contraponto às diferentes realidades vivenciadas pelos povos brasileiros, provoca o surgimento de inúmeros conflitos. O não pagamento de itens faturados (glosa) e a negativa de autorização para realização de procedimentos prescritos, culminando por vezes em renúncias contratuais, são exemplos bastante comuns. Este ruído na comunicação entre os agentes traz como conseqüências a adoção de maior burocracia para efetivação dos atendimentos contratados, gerando com isso maiores custos com os serviços e insatisfação dos beneficiários com os transtornos enfrentados na busca pela solução de seus problemas em saúde. Assim, ao desviar esforços e recursos da atividade fim para ajustar a mecânica de relacionamento, os agentes contribuem para a ocorrência de ineficiência nesse mercado.

Em trabalho apresentado no Fórum de Saúde Suplementar promovido pelo Ministério da Saúde e pela ANS em 2003, Alceu Alves da Silva (2003) levantava pertinente questionamento ao indagar se as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços construirão pontes ou muros em seus relacionamentos. A resposta à pergunta do autor pelos agentes desse mercado, em nosso entendimento, trará consigo as possibilidades de aprimoramento das atividades assistenciais e de melhoria da eficiência dos recursos empregados na assistência

privada à saúde. O esforço da ANS em promover o diálogo entre os envolvidos na discussão em prol da qualificação da saúde suplementar, iniciado no final de 2004, traz consigo o grande objetivo de superação dos conflitos atuais, almejando com a transformação dos papéis desempenhados pelos diversos atores a demolição dos muros existentes e a proliferação de novas pontes com foco na verdadeira essência deste mercado, a produção de saúde.

Como regra geral, é através de um processo de livre negociação que a operadora de saúde contrata, a partir das suas necessidades, prestadores dos diversos serviços disponíveis em saúde para atendimento de sua clientela¹⁹. A forma de remuneração pela prestação de serviços obedece à regra de pagamento efetivo, ou seja, são ressarcidos aqueles serviços realmente realizados pelo prestador, obedecidas as regras contratuais previamente estabelecidas. Esta mecânica permite ao operador gerenciar sua demanda e assim alcançar a melhor relação custo-benefício entre os valores recebidos dos beneficiários e os despendidos com a utilização dos serviços por estes. Por sua vez, ganha o prestador com o direcionamento da clientela originado com o oferecimento de seus serviços perante a população assistida pelo plano de saúde.

Como alternativa, há o mecanismo da livre escolha, onde o beneficiário utiliza o serviço de sua preferência, mesmo não estando este contratado pelo seu plano de saúde, e é ressarcido por procedimentos inclusos no contrato mediante comprovação das despesas aos valores constantes na tabela da operadora. Algumas operadoras mantêm serviços próprios de atendimento como uma opção ao usuário ou então como porta de entrada, sistema que constitui uma medida reguladora da própria instituição perante a utilização do plano pelo beneficiário ao obrigá-lo a passar pelo atendimento em saúde da própria operadora, que o encaminhará ao serviço contratado no caso de detecção desta necessidade.

3.3.1 Principais Características dos Planos de Saúde Existentes no Mercado de Saúde Suplementar

¹⁹ Há dois processos gerais de contratação. É designado credenciamento quando o prestador recebe pelos seus serviços os valores determinados na tabela praticada pela operadora, e convênio quando os valores são livremente estabelecidos pelas partes em contratos individuais.

Há quatro características básicas que diferenciam os planos de saúde existentes no mercado de saúde suplementar, cuja observação é recomendada pela ANS em momento anterior à contratação como forma de otimizar a escolha do plano por parte dos indivíduos.

A existência de duas formas de contratação é o primeiro ponto a distinguir os planos de saúde. Respondendo por 37% dos planos registrados na ANS (BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2005b), a forma individual ou familiar consiste em planos contratados para assistir à saúde apenas de indivíduo ou deste e de seus dependentes. Por sua vez, correspondendo a 63% dos planos registrados na agência reguladora, a outra forma de contratação existente é a coletiva. Neste caso, uma pessoa jurídica contrata junto à determinada operadora plano de saúde e responsabiliza-se total ou parcialmente pelas respectivas mensalidades (na forma conhecida como coletiva com patrocinador) ou repassa integralmente a responsabilidade pelo pagamento deste valor aos beneficiários, que deverão fazê-lo diretamente à operadora contratada pela pessoa jurídica (formato conhecido como coletivo sem patrocinador).

Apesar de não haver possibilidade de criação de planos em desacordo com a regulamentação vigente, a época de contratação é característica bastante importante na diferenciação dos planos de saúde presentes no mercado de saúde suplementar. Devido às significativas alterações provocadas pela regulação do mercado de saúde iniciada com a aprovação da Lei 9656/1998, os contratos formalizados anteriormente à vigência da nova legislação têm características muito diferentes daqueles celebrados a partir de 1999.

Dessa forma, atualmente são denominados antigos os contratos apontados até 31 de dezembro de 1998. A validade destes instrumentos jurídicos está restrita aos contratantes que optaram por não adaptá-los à nova legislação, inclusa a possibilidade de agregação de novos dependentes (somente cônjuge ou filhos). Para aqueles usuários que manifestaram sua intenção de reformar os pactos de acordo com as novas regras vigentes, criou-se a figura do contrato adaptado, que deve ser registrado na ANS e estar totalmente submisso à nova legislação. Por fim, são considerados novos os contratos celebrados a partir da vigência da Lei

9656/1998, registrados na Agência e formatados dentro das novas especificações vigentes.

Tabela 1 – Beneficiários por segmento de plano e adequação ao novo modelo regulatório - ANS, 2005

Segmentação do plano	Planos novos (posteriores à Lei 9656/98)		Planos antigos (anteriores à Lei 9656/98)		Total
Hospitalar e ambulatorial	14.562.955	66,89%	7.209.191	33,11%	21.772.146
Referência	4.217.713	100,00%	0	0,00%	4.217.713
Ambulatorial	963.737	54,96%	789.857	45,04%	1.753.594
Hospitalar	212.493	36,76%	365.501	63,24%	577.994
Não identificado	0	0,00%	6.993.350	100,00%	6.993.350
Total	19.956.898	56,51%	15.357.899	43,49%	35.314.797

Fonte: Brasil. MS. ANS, 2005b. Informações sobre beneficiários, operadoras e planos. Dados do setor

Nota: Contratos novos são os acordados em data posterior à vigência da Lei 9656/1998. contratos antigos são aqueles formalizados anteriormente à Lei 9656/1998.

A Tabela 1 ilustra a distribuição dos beneficiários de planos de saúde por segmento e época de contratação. Verificamos a existência de significativo estrato da população agraciada com assistência privada à saúde ainda utilizando serviços contratados anteriormente à legislação regulatória do setor de saúde suplementar. Nossa observação indica haver razoável resistência à reformulação dos contratos devido ao alto custo envolvido nesta operação em razão da majoração que sofreriam as mensalidades dos planos de saúde daqueles usuários que porventura optassem pela atualização contratual. Também é relevante o quantitativo de usuários que contam com planos de saúde com cobertura hospitalar e ambulatorial, perfazendo mais de 60% dos usuários de planos de saúde no Brasil, índice que pula para 72% da população total se considerados apenas os contratos novos.

Por sua vez, a cobertura assistencial é considerada uma das principais características para qualificar a excelência de um plano de saúde, visto ser a grande razão para que o agente contratante efetive a compra dos serviços ofertados. De discriminação obrigatória nos contratos levados a termo a partir de 1999, a clarificação a respeito da cobertura assistencial contratada busca eliminar os

freqüentes problemas com negativas de assistência advindos da livre interpretação dos serviços realmente à disposição do beneficiário.

Na Tabela 2 temos os segmentos especificados na legislação, cuja contratação independe da modalidade da operadora. O plano de referência, sobre o qual construiremos nosso modelo de autogestão, é de oferecimento obrigatório por parte das operadoras, que também podem optar por trabalhar com os demais segmentos estabelecidos em lei inclusive de forma combinada (por exemplo, uma operadora pode formatar produto oferecendo cobertura ambulatorial mais cobertura hospitalar sem obstetrícia). Vale ressaltar que não há possibilidade de construção de plano sem as coberturas mínimas estipuladas pela legislação.

Tabela 2 – Cobertura assistencial mínima por segmento – ANS, 2005

Segmento	Cobertura					
	Consultas	Exames	Tratamentos ambulatoriais	Internações	Partos	Tratamentos odontológicos
Ambulatorial	π	π	π			
Hosp. s/ obstetrícia				π		
Hosp. c/ obstetrícia				π	π	
Odontológico						π
Referência	π	π	π	π	π	

Fonte: Brasil. MS. ANS, 2005b – Guia de Cobertura Assistencial

Outro importante atributo é a abrangência geográfica delimitada para o atendimento do plano de saúde. Consiste na determinação da área geográfica de cobertura assistencial ao beneficiário por parte do plano de saúde contratado. Pelas normas legais, a cobertura contratada poderá ser municipal, por grupo de municípios, estadual, por grupo de estados, nacional ou internacional, obedecidas as coberturas assistenciais mínimas estipuladas em lei. Quanto maior for a área contratada, maiores serão os custos para manutenção dos serviços contratados, situação que deve ser avaliada pelo contratante a fim de maximizar os benefícios do produto contratado.

3.3.2 As Modalidades de Operadoras de Planos de Saúde Suplementar

As modalidades de operadoras de planos de saúde estão apresentadas na abertura do Caderno de Informações sobre Beneficiários, Operadoras e Planos de Saúde editado pela ANS em setembro de 2005, a partir da classificação estabelecida na RDC 39/2000.

As Administradoras são entidades que dirigem planos ou serviços de assistência à saúde. No primeiro caso, têm por característica a não assunção dos riscos inerentes à operação e não possuem rede de atendimento própria ou contratada de serviços médicos e tampouco de serviços odontológicos, limitando-se ao gerenciamento de planos financiados por outras entidades. Por sua vez, as instituições administradoras de serviços de saúde estão comprometidas exclusivamente com o gerenciamento de serviços de assistência à saúde, independentemente da existência de rede própria ou contratada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

As Autogestões, que trataremos mais detidamente a seguir, são todas as entidades que, diretamente ou por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão congênere, criam e administram programa de assistência à saúde destinado exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consangüíneo ou afim, de uma ou mais empresas. Associações, fundações, sindicatos, entidades de classe profissionais e demais instituições similares também contam com a possibilidade de ofertarem aos respectivos participantes e dependentes os serviços de entidade de autogestão em saúde.

As Cooperativas Médicas são as sociedades de pessoas sem fins lucrativos que operam somente planos privados de assistência à saúde, cuja constituição obedece aos preceitos estabelecidos na Lei 5764/1971, mais conhecida como Lei das Cooperativas²⁰.

²⁰ Conforme observado por Arantes (2004), a Lei 5764/1971, alterada pela Lei 6981/1982, possibilita a agregação de vantagens competitivas derivadas das possibilidades de auxílio mútuo entre as cooperativas. Estas organizações possuem estatutos e objetivos próprios, caracterizando sua autonomia dentro da área de atuação delimitada. Classificam-se em singulares, cooperativas centrais ou federação de cooperativas e confederações de cooperativas.

Por sua vez, as Cooperativas Odontológicas também estão construídas sob a égide da Lei das Cooperativas, a exemplo da modalidade anterior. A diferença está no objeto trabalhado: exclusivamente planos odontológicos.

Exercem a Filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e que possuam certificado de entidade filantrópica, obtida junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, além de declaração de utilidade pública expedida pelo Ministério da Justiça ou órgãos com competência análoga nas esferas estadual ou municipal.

Segmento importante do mercado de saúde suplementar, as entidades classificadas como Medicina de Grupo são aquelas que operam planos privados de assistência à saúde não classificadas na qualidade de administradoras, autogestões, cooperativas médicas ou filantropas;

Segue o mesmo princípio observado pelas entidades classificadas no item anterior aquelas denominadas Odontologia de Grupo, com a diferença de operarem planos odontológicos. Assim, são todas aquelas não classificadas como cooperativas odontológicas e que se dedicam exclusivamente ao segmento odontológico.

As Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde inicialmente não listadas pela legislação como operadoras de saúde, as seguradoras tiveram suas atividades relativas ao mercado de saúde suplementar regulamentadas pela Lei 10185/2001. A principal exigência feita às seguradoras é a inclusão em seu estatuto da impossibilidade de atuarem com outros produtos além dos seguros enquadrados como planos de assistência à saúde, na forma explicitada na Lei 9656/1998. Sujeitas à regulação praticada pela ANS e a regulamentação do CONSU (Conselho de Saúde Suplementar), apresentam alto grau de concentração de usuários e trabalham com rede credenciada ou pelo sistema denominado livre escolha, onde o beneficiário é ressarcido com base na tabela de valores da operadora mediante comprovação dos gastos efetuados.

3.3.3 A distribuição de beneficiários e operadoras no mercado de saúde suplementar

Os dados disponibilizados pela ANS, abrangendo desde sua criação em 2000 até a metade de 2005, demonstram haver no período pequeno crescimento do número de beneficiários de planos de saúde privados. O período entre dezembro de 2000 e junho de 2005 registrou uma queda de 9,71% no número de beneficiários vinculados a planos médico-hospitalares gerenciados por autogestões, em contraste com o aumento de 0,8% do número total de beneficiários de planos médico-hospitalares no mesmo período observado na Tabela 2.2.3; este índice aumenta para 2,9% se retirarmos os beneficiários de autogestões da base de cálculo de beneficiários.

Muito embora a queda do número de beneficiários atendidos pelas autogestões sofra forte influência dos inúmeros planos de demissão voluntária implantados em órgãos e empresas públicas, principais fomentadoras da modalidade, destes números depreende-se haver dificuldades que devem ser enfrentadas pelas autogestões com vistas a garantir sua sobrevivência em mercado cada vez mais competitivo. Para Gama (2003, p. 59), as autogestões devem agir em três frentes: precisam “[...] garantir condição privilegiada dentro da regulamentação do setor, aprimorar os instrumentos de gestão dos planos de saúde e apresentar-se como alternativa melhor do que a terceirização para a empresa empregadora [...]”. Um dos pressupostos deste trabalho é demonstrar a capacidade da autogestão para proporcionar alternativas qualificadoras sem provocar o crescimento dos custos com a assistência prestada, transformando-se em boa opção para solucionar os impasses entre os participantes do mercado de saúde suplementar.

Assim, considerando que o crescimento geral do quantitativo de beneficiários foi ínfimo e houve variação positiva de 25,6% e de 0,7% na quantidade de beneficiários atendidos por cooperativas médicas e medicinas de grupo, respectivamente, ao passo que as filantropias e seguradoras de saúde apresentaram queda de 4,5% e 23,9%, podemos concluir que no mesmo período anterior aconteceu uma migração de beneficiários, em particular das autogestões e seguradoras para as cooperativas médicas. Mesmo ainda não superando em números absolutos o segmento das medicinas de grupo, as cooperativas médicas apresentam significativo avanço; se em dezembro de 2000 representavam aproximadamente 65% do montante atendido por medicinas de grupo, em junho de 2005 já somavam 81% da outra modalidade, indicando a possibilidade de troca de

mãos do título de modalidade líder em número de beneficiários atendidos no mercado de saúde suplementar.

A grande modificação observada foi a mudança de usuários dos contratos anteriores à nova legislação para os planos formatados de acordo com as novas diretrizes. Comercializados desde o início de 1999, os novos planos abocanharam em seus primeiros 24 meses de existência 28,1% do mercado. Todavia, ao contrário do desejado, em junho de 2005 representavam apenas 56,5% dos planos médico-hospitalares no país, dado que revela a resistência dos beneficiários em aderir às novas regras devido aos maiores custos pessoais envolvidos, apesar da ampliação da cobertura assistencial.

Tomando como exemplo o plano comercializado pela CASSI, autogestão patrocinada ligada ao Banco do Brasil, verificamos haver grande amplitude nos valores das mensalidades referentes a março de 2006 na faixa etária inicial²¹. O valor correspondente ao plano anterior à Lei 9656/98 é R\$ 83,32, enquanto que para o plano lançado em 1999, portanto sem adequação ao Estatuto do Idoso e não mais disponível sua contratação (assim como o anterior), é de R\$ 120,61 e para o atualmente comercializado (com as alterações conseqüentes da aplicação do Estatuto do Idoso) é R\$ 142,89. A partir destes dados, visualizamos o crescimento da contribuição pecuniária do beneficiário para o usufruto do produto formatado dentro dos novos padrões desenhados pela intervenção governamental nesse mercado. Associado às decisões judiciais obrigando às operadoras ao fornecimento de cobertura assistencial conforme o novo marco legal mesmo para contratos firmados em momento anterior à vigência da nova legislação, concluímos haver fortes incentivos para os beneficiários resistirem à reforma de seus planos antigos.

Em artigo de setembro de 2004, realizamos comparativo entre valores de mensalidades de plano de saúde mantido por entidade de autogestão e planos de saúde livremente comercializados no mercado de saúde suplementar (DUTRA,

²¹ Nos Planos Saúde Família I e II, respectivamente anterior à Lei 9656/98 e posterior à Lei e anterior ao Estatuto do Idoso, a faixa etária inicial vai do nascimento até 17 anos. O Plano Saúde Família III teve a composição das faixas etárias alterada devido ao Estatuto do Idoso, sendo a inicial de zero a 18 anos. A diversidade nos períodos definidos para faixa etária em cada momento de criação dos planos não permite compararmos genericamente todos os valores para qualquer nível de idade, razão pela qual optamos por utilizar a faixa etária considerada inicial, com mínima variação entre os três planos.

2004). Para realizar a comparação, optamos por utilizar apenas o plano de referência visando estabelecer o máximo de igualdade possível entre os produtos quanto à cobertura assistencial e assim eliminar distorções existentes na comparação de valores de produtos diferentes. Neste trabalho é corroborada nossa hipótese de serem os planos comercializados livremente no mercado de saúde suplementar mais onerosos ao consumidor do que àqueles oferecidos pela CASSI, cuja escolha deveu-se à grande representatividade da mesma perante o segmento autogestão. De fato, verificamos apresentarem-se, em média, 52% superiores os valores das mensalidades dos planos ditos de mercado relativamente aos preços praticados pela autogestão com seu plano de saúde.

Outra constatação da influência dos preços desse produto frente aos beneficiários é a prevalência entre os contratos novos dos planos coletivos em detrimento dos planos individuais, cuja proporcionalidade gira em torno de 3 para 1 em todas as competências.

Tabela 3 Beneficiários por tipo de plano médico-hospitalar: 2000 a 2005

Competência	Posteriores à Lei 9656/98				Anteriores à Lei 9656/98		Total
	Coletivos	Individuais	Total	%		%	
dez/00	7.094.649	2.737.019	9.831.668	28,1%	25.182.012	71,9%	35.013.680
dez/01	8.384.113	3.523.744	11.907.857	34,8%	22.349.013	65,2%	34.256.870
dez/02	9.885.205	4.067.854	13.953.059	40,9%	20.183.928	59,1%	34.136.987
dez/03	11.755.810	4.749.470	16.505.280	47,6%	18.197.794	52,4%	34.703.074
dez/04	14.233.887	5.028.142	19.262.029	54,6%	16.025.021	45,4%	35.287.050
jun/05	14.828.750	5.128.148	19.956.898	56,5%	15.357.899	43,5%	35.314.797

Fonte: BRASIL. MS. ANS, 2005b. Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 06/2005

Nota: Foram incluídos 6.993.350 vínculos de operadoras médico-hospitalares a planos antigos com segmentação não identificada no cadastro da ANS.

Como é visto na Tabela 4, praticamente um quinto da população brasileira está vinculada a planos médico-hospitalares privados. Não por acaso, encontramos uma grande concentração deste contingente na região sudeste, onde está acumulada boa parte da riqueza nacional. Comparativamente às demais regiões, é no sudeste brasileiro que nos deparamos com o maior grau de cobertura da população total, além de estar nesta região a residência de aproximadamente 68% dos beneficiários de planos privados de saúde do país.

É tão díspar a realidade encontrada no sudeste em relação ao restante do país que em nenhuma outra região se alcança sequer a média nacional do grau de cobertura, fortemente influenciada pela pujança econômica desta região, com destaque negativo para os resultados auferidos pelas regiões norte e nordeste, abaixo da metade do índice nacional. A situação se agrava ao avaliarmos os números nacionais sem os dados dos estados do sudeste.

Sob esta nova condição, a média nacional do grau de cobertura despenca para 8,5%, o que significa afirmar que, em média, 91,5% da população residente no país fora da região sudeste depende exclusivamente do sistema público para resolver suas demandas em saúde. Aqui, não podemos deixar de registrar que as reformulações promovidas pelo poder público ainda não resultaram na entrada significativa de novos beneficiários no mercado de saúde suplementar.

Tabela 4 – Grau de cobertura do mercado de saúde suplementar nacional em relação à população vinculada a planos médico-hospitalares - por região de residência

Região do país	Beneficiários	População	Grau de cobertura
Sudeste	24.008.392	77.374.720	31,03%
Sul	4.408.638	26.635.629	16,55%
Centro-Oeste	1.555.401	12.770.141	12,18%
Nordeste	4.263.948	50.427.274	8,46%
Norte	1.078.257	14.373.260	7,50%
Não identificado	154	-	-
Exterior	7	-	-
Total	35.314.797	181.581.024	19,45%

Fonte: BRASIL. MS. ANS, 2005b – Cadastro de Beneficiários (06/2005)

Nota: Estimativa populacional por município – IBGE – 2004

Grau de cobertura: percentual de beneficiários em relação à população

Acompanhando o comportamento dos dados relativos aos beneficiários, observamos também forte convergência das operadoras no sudeste brasileiro, onde têm sede aproximadamente 60% destas entidades. Na região sul estão localizadas 18% e, paradoxalmente à baixa cobertura populacional, em torno de 14% das operadoras de saúde têm sede no nordeste brasileiro (BRASIL. MS. ANS, 2005b).

Uma das causas para o destacado índice de operadoras sediadas no nordeste brasileiro é o expressivo contingente populacional desta região, onde vivem

mais de um quarto dos residentes no país, contabilizando quase o dobro da população encontrada na região sul. Dessa forma, mesmo com menor grau de cobertura populacional, justifica-se a equivalência no quantitativo de beneficiários atendidos nas duas regiões comparadas. O maior número de estados federativos no nordeste brasileiro também auxilia na explicação dos números observados ao multiplicar as particularidades normalmente encontradas nas populações de diferentes localidades, exigindo maior fragmentação administrativa e assistencial e facilitando, em consequência, o surgimento de operadoras menores destinadas ao atendimento local.

As autogestões, por sua vez, também apresentam forte concentração quanto à localização de sua sede na região sudeste, endereço de 54,43% das operadoras desta modalidade. A representatividade das autogestões em relação ao número total de operadoras mantém certa regularidade em termos regionais: é de 12% no nordeste, 14% no sudeste e 15% nas regiões norte e sul. A exceção fica por conta da região centro-oeste, onde este índice salta para 30% (BRASIL. MS. ANS, 2005b). Ressalte-se o fato de ser a autogestão a modalidade de operadora prevalente nesta região, de poucos atrativos às operadoras cuja ambição maior é o lucro, representando a principal alternativa à população local para atendimento em saúde suplementar.

Tabela 5 – Concentração de beneficiários vinculados a planos médico-hospitalares por operadora no mercado de saúde suplementar

Beneficiários	Percentual acumulado de beneficiários	Operadoras	Percentual acumulado de operadoras
3.439.814	9,8	2	0,2
7.002.793	19,9	7	0,5
10.606.668	30,1	15	1,2
14.173.064	40,3	26	2,0
17.679.343	50,2	46	3,6
21.128.946	60,0	79	6,1
24.644.100	70,0	131	10,1
28.161.058	80,0	220	17,0
31.675.322	90,0	393	30,3
35.187.947	100,0	1.295	100,0

Fonte: BRASIL. MS. ANS, 2005b - Cadastro de Beneficiários (06/2005) e Cadastro de Operadoras (08/2005)

Notas: Existem 126.850 beneficiários ativos em 19 operadoras inativas.

O total de operadoras corresponde àquelas com registro de beneficiários

A outra face da concentração no mercado de saúde suplementar brasileiro está demonstrada na Tabela 5. Apenas 3,6% das operadoras respondem pelo atendimento de 50,2% dos usuários, fato que ilustra a tendência à diminuição do número de operadoras decorrente da acirrada disputa em mercado com demanda relativamente estável ao longo do tempo. A inacessibilidade desse benefício à expressiva parcela da sociedade, decorrente do baixo rendimento auferido por boa parte das famílias, foi agravada pelo encarecimento dos planos que impôs novas barreiras à entrada de novos consumidores, ocasionado pelo aumento das exigências de cobertura assistencial²². As 46 operadoras que respondem por metade do mercado de saúde suplementar têm 384 mil usuários em média, ao passo que dentre as 1.249 instituições responsáveis pelo atendimento da outra metade do mercado a média verificada é de 14.030 usuários por operadora. Sobre este ponto, há vários profissionais que esperam uma retração na quantidade de operadoras atuantes no mercado de saúde suplementar, cuja consequência primária será o aumento da concentração do quantitativo médio de usuários atendidos por uma mesma operadora. Segundo a argumentação defendida por Arrow em seu artigo *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* e vista no capítulo inicial dessa dissertação, a concentração esperada pode aperfeiçoar o funcionamento do mercado brasileiro de saúde suplementar à medida em que proporciona a diminuição da influência negativa da seleção adversa sobre os níveis de eficiência possíveis de serem alcançados pelas entidades do setor.

²² Entre dezembro de 2000 e julho de 2005, o crescimento de usuários vinculados a planos médico-hospitalares observado no Cadastro de Beneficiários da ANS foi de apenas 0,8%, ao passo que o número de operadoras ativas decresceu de 2.723 em 2000 para 2.129 operadoras entre 2000 e 2005 segundo os dados de agosto de 2005 do Cadastro de Operadoras da ANS. Pelas mesmas fontes, identificamos que apenas 21% dos planos contratados após a vigência da Lei 9656/98 têm ampla cobertura, optando os usuários em sua maioria pela contratação de planos apenas com cobertura ambulatorial e hospitalar (73% dos planos novos e, em números absolutos, correspondem a mais de 14 milhões e 500 mil contra 4 milhões e 200 mil planos de referência). Consideramos que estes dados demonstram a sensibilidade dos beneficiários à variação nos preços de planos de saúde, proporcionalmente mais caros de acordo com a abrangência da cobertura oferecida e a faixa etária do usuário.

Tabela 6 – Distribuição de beneficiários vinculados a planos médico-hospitalares e operadoras – por modalidade de operadora

Modalidade	Beneficiários	%	Operadoras	%
Medicina de grupo	13.391.461	37,96%	718	47,14%
Cooperativa médica	10.862.444	30,79%	367	24,10%
Autogestão	5.322.469	15,09%	316	20,75%
Seguradora especializada em saúde	4.433.931	12,57%	14	0,92%
Filantropia	1.268.786	3,60%	108	7,09%
Total	35.279.091	100,00%	1.523	100,00%

Fonte: BRASIL. MS. ANS, 2005b - Cadastro de Beneficiários (06/2005) e Cadastro de Operadoras (08/2005)

Nota: Administradoras não incluídas – todos os planos com ou sem odontologia

Conforme demonstra a Tabela 6, as autogestões constituem 20,75% das operadoras de saúde que trabalham com planos médico-hospitalares e respondem pelo atendimento de 15,09% dos consumidores destes planos, constituindo-se na terceira modalidade com maior número de entidades e beneficiários vinculados. O descompasso entre os dois índices indica uma menor densidade de beneficiários nas autogestões em relação às demais operadoras. Há uma média de 16.843 usuários por entidade de autogestão, ao passo que para as duas principais modalidades, medicina de grupo e cooperativas médicas, responsáveis conjuntamente pelo atendimento de mais de 24 milhões de beneficiários (68% da clientela vinculada à plano privado de saúde), existem 18.651 e 29.597 usuários por operadora, respectivamente.

Para as entidades pertencentes ao segmento de seguradoras em saúde, os dados obtidos junto à ANS demonstram uma grande concentração de usuários, com média de 316.709 atendidos por instituição, havendo apenas uma seguradora com menos de 20 mil beneficiários. A alta confluência de usuários por seguradora explica-se pela abrangência nacional das mesmas, operando com estruturas administrativas centralizadas e contando com extensa rede terceirizada de serviços médico-hospitalares em boa parte do território nacional para efetivar a prestação de serviços contratada.

Entre as autogestões, 70,8% possuem em seus cadastros até 10 mil beneficiários, e apenas 9 autogestões, ou 2,84% das entidades pertencentes a esta modalidade, possuem mais de 100 mil beneficiários. Comparativamente, as modalidades com maior número de beneficiários atendidos, medicina de grupo e

cooperativas médicas, apresentam 65,2% e 48,7% de operadoras com até 10 mil beneficiários cadastrados, respectivamente. Estas modalidades têm maior incidência de operadoras com mais de 100 mil usuários (5% e 7%) em relação às autogestões, resultante da maior concentração de usuários por operadora.

Tais dados destacam a existência dentre as autogestões de várias entidades de pequeno ou médio porte, asseverando o caráter personalista característico destas entidades derivado do amoldamento do produto ofertado às necessidades apresentadas por população a ser assistida.

Com o intuito de buscar maior eficiência do mercado de saúde ao melhorar as condições de acesso ao sistema suplementar, bem como a perenidade do gozo dos serviços pelos usuários, o poder público optou pela intervenção nas condições gerais de funcionamento deste mercado. Isto ocorreu com a construção de um sistema de regulação capaz de atribuir maior eficiência ao funcionamento do setor, iniciado com a promulgação da Lei 9656/98.

3.4 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR E A REGULAÇÃO

A regulação é questão fundamental para compreendermos a mecânica do mercado de saúde complementar. Visando garantir maior segurança às relações entre os agentes deste mercado, ela promoveu uma verdadeira revolução, criando garantias aos usuários e fiscalizando questões assistenciais e econômico-financeiras das operadoras como forma de garantir o equilíbrio no setor.

Anteriormente à Lei 9656/98, o único instrumento com o qual contavam os usuários de planos de saúde privados para estipular os serviços à disposição era o contrato firmado com as operadoras. Contudo, devido à desproporcionalidade de forças nessa relação, as cláusulas eram estipuladas pelas empresas, observando

questões como o afastamento de usuários com tendência de forte utilização dos serviços contratados. Além disso, também havia o cuidado de subtrair do compromisso a assistência relativa aos procedimentos mais onerosos, visando com estas medidas resguardar os interesses mercantis das operadoras de saúde.

Como exceção, as seguradoras constituíam-se na única modalidade a seguir regras determinadas pelo poder público. A fiscalização exercida pela SUSEP obedecia a critérios eminentemente econômicos, sem foco na qualidade assistencial, diferentemente da atuação desenvolvida pelo atual órgão regulador.

A criação da Lei de Defesa do Consumidor englobou questões relativas aos planos de saúde em sua tentativa de conter a presença de abusividade nas cláusulas contratuais, muito embora as ações desenvolvidas com base nesta lei estivessem limitadas pela dificuldade em estabelecer o exagero da vantagem assumida pela parte mais privilegiada na relação contratual. Apesar do avanço representado pela aplicação da Lei 8078/90, seu conteúdo não era suficiente para modificar a estrutura até então predominante no mercado de saúde suplementar.

Por outro lado, os problemas de acesso²³ da população ao atendimento proporcionado pelo SUS, associados à baixa qualidade atribuída pela sociedade aos serviços públicos, impulsionavam o crescimento do mercado de saúde suplementar. Este incremento ocorria de forma desordenada graças à ausência de parâmetros capazes de proporcionar uma padronização entre os inúmeros produtos ofertados pelas diferentes operadoras.

Muito embora a Constituição 1988 e a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90) tenham passado ao largo das questões inerentes à assistência supletiva de saúde, a magnitude alcançada pelo segmento e sua importância estratégica na complementação da oferta de serviços de saúde no país, associada ao ambiente conflituoso entre os atores envolvidos, trouxeram consenso à idéia de necessidade de regulação deste mercado (BAHIA, 2001). Dando início à regulação no mercado de saúde suplementar, a Lei 9656/98 vinha com dois objetivos principais. No âmbito econômico, estabelecia garantias financeiras para a entrada e continuidade das

²³ O acesso é constituído, além da simples oferta de serviços e recursos, por fatores como disponibilidade de horários para atendimento, tempo de deslocamento, de transporte e de espera do usuário ao serviço de saúde.

empresas no setor, medida que trazia o propósito de garantir a credibilidade do mercado de saúde suplementar. No âmbito assistencial, criava a obrigatoriedade do oferecimento por parte das operadoras do plano de referência, com ampla cobertura, no intuito de eliminar os prejuízos sofridos pelos beneficiários quando da necessidade de utilização dos tratamentos mais complexos e mais custosos.

Obedecendo ao ambiente criado no país na década de 1990, buscou-se a construção de uma agência reguladora com independência suficiente para defender imparcialmente as melhores soluções para o mercado de saúde suplementar. Assim, prevista na Lei 9656/98 e criada pela Lei 9961/2000²⁴, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) entrou em ação buscando equilibrar as relações no mercado de saúde suplementar com práticas regulatórias sobre a determinação de cobertura assistencial mínima, fiscalizando a seleção de risco praticada pelas operadoras e controlando os efeitos da assimetria informacional.

Particularmente quanto ao último aspecto, as atenções da agência estão centradas sobre a propaganda e cláusulas contratuais patrocinadas pelas operadoras e sobre as relações entre os planos de saúde e os prestadores de serviços (ALMEIDA, 1998).

Dessa maneira, o grau de liberdade de atuação das operadoras foi diminuído para garantir a efetividade dos objetivos almejados com a regulação do setor. Foram estipuladas condições para ingresso, atuação e para encerramento das atividades desenvolvidas pelas entidades, transmitindo ao usuário confiabilidade quanto à manutenção dos benefícios contratados mesmo com a saída da operadora contratada do mercado, situação onde a carteira de clientes será transferida para outra entidade.

Os valores das mensalidades e respectivos índices de reajuste são controlados pela agência reguladora, que também estabelece sistema de normatização, regulamentação e fiscalização do setor de saúde suplementar e

²⁴ O marco legal da regulação pode ser definido como o conjunto das Leis 9656/98 e 9961/2000, sendo que à primeira estão agregadas modificações constantes na MP 2177-44.

verifica o ressarcimento dos gastos de usuários de planos privados com a utilização do SUS²⁵ (PINTO, 2003).

Todas as ações defendem o interesse de garantir maior segurança ao beneficiário a partir da sedimentação da confiança dos agentes nos produtos contratados, eliminando a desconfiança quanto ao cumprimento dos contratos e assim gerando condições para que o mercado alcance seu equilíbrio.

Quadro 1 – Comparativo das formas de atuação anterior e posterior à regulamentação das operadoras de saúde

	Ambiente pré-regulamentado	Ambiente a partir da regulamentação
Operadoras	Legislação influenciando apenas a atuação de seguradoras;	A atuação de todas as modalidades de operadoras passa a ser regulada: deve obter autorização para funcionamento, seguir regras de operação uniformes e de exigências de garantias financeiras sob pena de intervenção ou liquidação;
Assistência à saúde	A livre atuação da maioria das operadoras permitia a autodeterminação da cobertura assistencial oferecida, dos prazos de carência e dos índices de reajuste, a seleção de risco e rescisão unilateral de contratos;	Com as novas exigências legais passa a haver obrigatoriedade de assistência integral à saúde dos beneficiários, proibição da seleção de risco e das rescisões unilaterais de contratos, definição e limitação dos prazos de carência e controle dos reajustes.

Fonte: MONTONE, 2003, p. 13.

O Quadro 1 confronta o ambiente encontrado pelas operadoras de saúde antes da vigência da Lei 9656/98 e as limitações à liberdade de atuação resultantes das alterações impostas pela intervenção na atividade econômica pelo poder público. Da total liberdade de atuação característica do ambiente pré-regulamentado, as operadoras tiveram sua atuação vinculada a vários regramentos, ocasionando alterações nos custos em função da maior cobertura assistencial exigida legalmente e com conseqüente impacto sobre os preços dos produtos oferecidos. Não por acaso, atualmente praticamente dois terços dos planos privados de saúde são de natureza coletiva, estando restrito o usufruto de planos individuais aos estratos mais abastados da sociedade brasileira.

²⁵ Todos os atendimentos patrocinados pelo Sistema Único de Saúde a beneficiários de operadoras privadas deverão ser ressarcidos pelas mesmas, caracterizando mais fortemente o caráter suplementar da assistência privada ao mesmo tempo que promove um desafogo na demanda atendida diretamente pelo poder público.

Ao contrário das demais agências reguladoras instituídas com o advento das privatizações de empresas responsáveis por serviços de interesse público, a ANS defrontou-se com mercado preexistente, o que criou maior dificuldade em desenvolver suas atividades com a natural resistência dos organismos em alterar sua forma de atuação independentemente da sua vontade. Contudo, a qualificação da atuação da agência reguladora deverá avançar com o aprofundamento das suas ações. Afinal, a complexidade dos interesses envolvidos nas transações desse mercado e a desproporcionalidade dos poderes possuídos pelos diversos atores permite-nos imaginar a perpetuação dos problemas atualmente verificados nas relações entre operadoras de saúde, prestadores de serviços e beneficiários.

A intervenção do Estado deve ir além do estabelecimento de normas gerais para o ambiente macro, passo realizado com a construção do novo marco legal. Para Cecílio (2003), há de se intervir também na auto-regulação operativa, estabelecida livremente pelos agentes para regramento das suas relações, existente anteriormente à intervenção do poder público no setor.

A Figura 6 facilita a compreensão do processo regulatório, dividindo-o em dois campos distintos, mas auto-relacionados. O campo A é definido como o campo macrorregulatório, abrangendo todas as disposições regulamentares originadas no Estado²⁶. Por sua vez, o campo B corresponde ao ambiente regulado pelos próprios agentes, inserido no campo macrorregulatório (campo A) e limitado às relações mantidas entre operadoras, prestadores e beneficiários.

²⁶ Às Leis 9656/98 e 9961/2000 unem-se resoluções normativas, operacionais e instruções expedidas pelo poder público (Executivo/ANS, Legislativo, Conselho de Saúde Suplementar – CONSU) atuantes sobre o mercado de saúde suplementar.

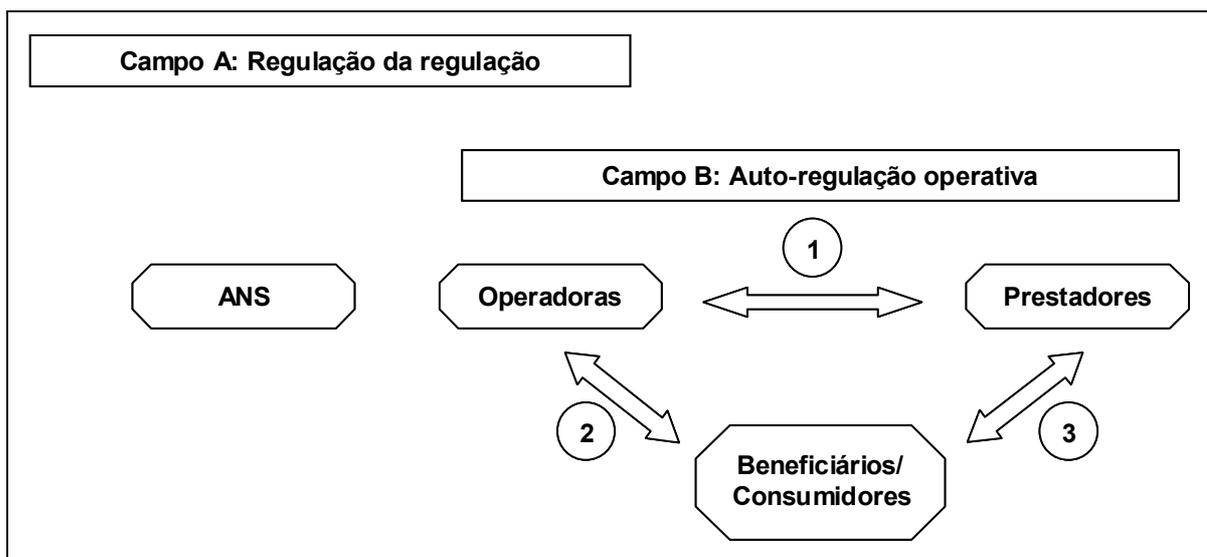


Figura 6 – A cartografia do campo regulatório da ANS

Fonte: CECÍLIO, 2003, p. 12.

No campo B, visualizamos a representação das três formas básicas de relações entre os agentes. Apesar de aparentemente independentes entre si, provocam e sofrem influência das demais relações. Por exemplo, conflitos entre operadoras e prestadores de serviços impactam negativamente na atenção dispensada aos beneficiários, e caso estes deixem de pagar suas mensalidades à operadora deixam de gozar do acesso aos serviços disponibilizados pelos prestadores.

A relação 1 do campo B é exemplificada pelas iniciativas das operadoras em impor mecanismos regulatórios, como autorizações prévias para internações hospitalares e procedimentos de maior complexidade, como ressonâncias magnéticas e tomografias computadorizadas, e glosas nos pagamentos pelos serviços, bem como pelas reações dos prestadores de serviços (reduções de seus custos, negociações para redução das burocracias para atendimento e ressarcimento pelos serviços prestados).

A relação 2 sinaliza o encontro de beneficiários e prestadores, ou seja, é neste espaço que se efetiva o objeto contratado pelo usuário com a utilização da estrutura disponibilizada para atendimento de suas necessidades em saúde. Cabe salientar que este relacionamento encontra-se bastante pressionado pelo posicionamento das operadoras, cuja lógica de obtenção da melhor relação custo-

benefício tem encontrado na negativa de autorização para realização de procedimentos e exames um dos pilares da busca incessante pela redução nos custos assistenciais. Por fim, é na relação 3, onde se realizam as transações entre operadoras e beneficiários, que estão situadas as questões relacionadas com falhas de mercado como seleção adversa e risco moral.

3.5 ASPECTOS RELEVANTES DA AUTOGESTÃO EM SAÚDE

De maneira geral, é bem aceito pelas instituições que os colaboradores são mais produtivos quando é disponibilizado para os mesmos e seus dependentes a possibilidade de bem cuidarem de sua saúde. Uma das alternativas que as entidades dispõem para ofertar esse benefício é a constituição de entidade com finalidade de proteger e promover a saúde de seus colaboradores: a autogestão.

Esta modalidade de operadora apresenta 60% dos planos ainda seguindo o regramento anterior à Lei 9656/1998, situação que contrasta com as demais modalidades de operadoras de planos médico-hospitalares, cuja adequação à nova regulação está bem mais adiantada. Há predomínio da coletividade entre as autogestões, que contam com 92% de planos coletivos em suas carteiras. A causa está na própria natureza destas entidades, originadas do objetivo comum de determinados grupamentos em atender suas necessidades em saúde. A diminuta parcela de planos individuais tem origem na possibilidade legal dispensada às autogestões em comercializar planos de saúde para familiares até o terceiro grau dos titulares ativos ou aposentados, permissão estendida também àqueles que se desligaram das empresas patrocinadoras e seus familiares, com limitação idêntica ao caso anterior.

De acordo com as disposições legais, podemos definir autogestões como entidades organizadas com objetivo de prestar assistência à saúde de empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, além dos respectivos grupos familiares até o terceiro grau de parentesco, de uma ou mais empresas,

associações, sindicatos, entidades de classes profissionais, bem como de outros agrupamentos de natureza assemelhada (BRASIL. Lei n. 9.656, 1998; BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Suplementar. Resolução n. 5, 1998, Resolução n. 15, 1999; BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução de Diretoria Colegiada, n. 39, 2000). Como condição básica, não poderão ter entre suas finalidades a obtenção de lucro, diferenciando-se assim das principais opções para contratação de planos de saúde representadas por cooperativas, medicina de grupo e seguradoras.

Sob o aspecto jurídico-institucional, à autogestão é facultado optar entre duas formas distintas de organização. A diferenciação se dará a partir de decisão administrativa da instituição de origem sobre o grau de independência que contará a entidade assistencial. Como primeira alternativa, pode a autogestão estar absorvida pelo departamento da empresa responsável pelos benefícios (via de regra, o departamento de recursos humanos), inserida na estrutura administrativa da patrocinadora e, conseqüentemente, contando com menor autonomia de gestão administrativo-financeira. A outra opção é a constituição de entidade jurídica independente, cujas formas de existência preponderantes são caixas de assistência, associações, sindicatos ou fundações, contando com maior liberdade de gestão e com a vantagem de estar diretamente focada na atividade fim de promoção da saúde da população assistida.

Independente da forma organizacional, a participação financeira do usuário e da entidade patrocinadora deverá constar da documentação legal de constituição e no regulamento aprovado para a autogestão (BRASIL. MS. CONSU. Resolução n° 5, 1998, art. 4°). Nos casos convenientes, a resolução também abrange as condições para ingresso e exclusão de participantes, o cálculo utilizado para reajustes, as franquias ou fatores moderadores e as coberturas assistenciais, obedecidos os parâmetros legais, bem como deverão estar inseridos as demais condições determinadas na Lei 9656/98 pertinentes às autogestões. É válido ressaltar que há diferenciações entre as autogestões quanto à forma de financiamento do cuidado em saúde. Quando os beneficiários são responsáveis pela totalidade do custo com a assistência recebida, qualificamos sua autogestão como não patrocinada. Em situação diversa, quando a instituição de origem dos beneficiários assume os custos

com a assistência dispensada, total ou parcialmente, consideramos a entidade de autogestão patrocinada.

As autogestões devem possuir gestão própria (caso contrário sua denominação perderia o sentido), que pode ser exercida pela empresa patrocinadora ou pelos empregados, exclusiva ou simbioticamente. Os planos administrados diretamente pelos empregadores normalmente não contam com empregados participantes da gestão da entidade. Por outro lado, os planos originados em sindicatos e associações de classe não agregam em sua administração os empregadores. O compartilhamento das responsabilidades de gestão ocorre nas autogestões organizadas como caixas de assistência ou fundações, que normalmente contam com órgão ou conselho com a função precípua de equalizar os interesses das partes com vistas à assistência em saúde dos beneficiários vinculados.

Um ponto fundamental para a determinação do sucesso das atividades de uma autogestão é o correto gerenciamento de sua rede de prestadores. Esta modalidade de operadora de saúde está obrigada a contratar e administrar diretamente a rede de prestadores disponibilizados aos beneficiários, cabendo a terceirização somente em regiões com carência no quadro de prestadores contratados ou com impossibilidade de contratação direta, ou ainda mediante convênio de reciprocidade com entidade congênere²⁷. Contudo, parece-nos que as exceções constantes da determinação legal dão margem a interpretações sobre o real significado das expressões “carência” ou “impossibilidade de contratação direta”, eliminando a rigidez a princípio constante na norma. Como complemento, pode a autogestão trabalhar com o sistema denominado livre escolha, onde a operadora restitui com base em sua tabela de valores de ressarcimento os gastos dos beneficiários com serviços não credenciados.

Mesmo que não tenha como finalidade precípua a obtenção de lucro, a autogestão permite à instituição financiadora granjear ganhos financeiros além dos benefícios assistenciais trazidos pela sua atuação, visto que se elimina o intermediário entre o tomador e o prestador dos serviços bem como os custos com

²⁷ Conforme artigo 3º da Resolução CONSU nº 5, de 04.11.98, alterado pela Resolução CONSU nº 15, de 29.03.99.

publicidade, dada a dispensabilidade da propaganda como forma de captação de novos clientes. Além disso, os desembolsos financeiros se darão exclusivamente pelo pagamento dos serviços realmente efetuados pelos profissionais e instituições de saúde, ocorrência que associada ao irrestrito acesso às informações administrativas do plano propicia a composição de estrutura operacional ágil e enxuta com reflexos positivos no gerenciamento dos custos envolvidos nessas operações.

Particularmente às autogestões patrocinadas, a legislação concede privilégios adicionais. Diferentemente das demais operadoras de saúde, estão dispensadas do cumprimento de regramentos correspondentes à nomeação de administradores e à constituição de garantias financeiras na forma de capital mínimo, margem de solvência e provisão de risco e para eventos ocorridos e não-avisados (BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 11, 2002, e Resolução Normativa nº 77, 2001, respectivamente). Sem a necessidade de empenhar recursos com tais garantias, o produto da autogestão apresenta maior economicidade em relação aos demais ofertados no mercado ao permitir a diminuição dos recursos investidos na operação sem prejuízo à qualidade da prestação do serviço ou mesmo destinando-os à suplementação da cobertura assistencial inicialmente prometida. Assim, ganha força o argumento de apresentarem as autogestões custo final inferior às demais modalidades presentes no mercado, situação que permite a oferta de maiores benefícios à população assistida.

Por trabalhar com população predeterminada, é possível à autogestão investir com eficiência, eficácia e efetividade na atenção à saúde de seus beneficiários graças à formatação de plano de saúde moldado às necessidades apresentadas pelos beneficiários, ocasionando melhor aproveitamento dos investimentos financeiros e alcançando melhores resultados quanto à qualidade da atenção despendida aos usuários. A personalização do produto permite o surgimento da identificação do usuário com o plano, tornando-o um verdadeiro aliado na

consecução do objetivo comum de promoção da saúde²⁸. A organização financiadora, dessa maneira, passa a ser encarada como promotora do bem-estar dos funcionários e dependentes, gerando maior grau de confiança e satisfação dos usuários com a instituição, com ganhos evidentes de melhoria da imagem institucional perante a sociedade.

O desenvolvimento de programas preventivos buscando minimizar as principais patologias e suas causas entre os usuários e a possibilidade de integração com as ações de saúde ocupacional desenvolvidas são outros fatores favoráveis à modalidade em questão, pois ainda é menos dispendiosa a realização de atividades preventivas (e assim mantendo o beneficiário no gozo de boas condições de saúde) do que patrocinar tratamentos visando a cura de determinada doença.

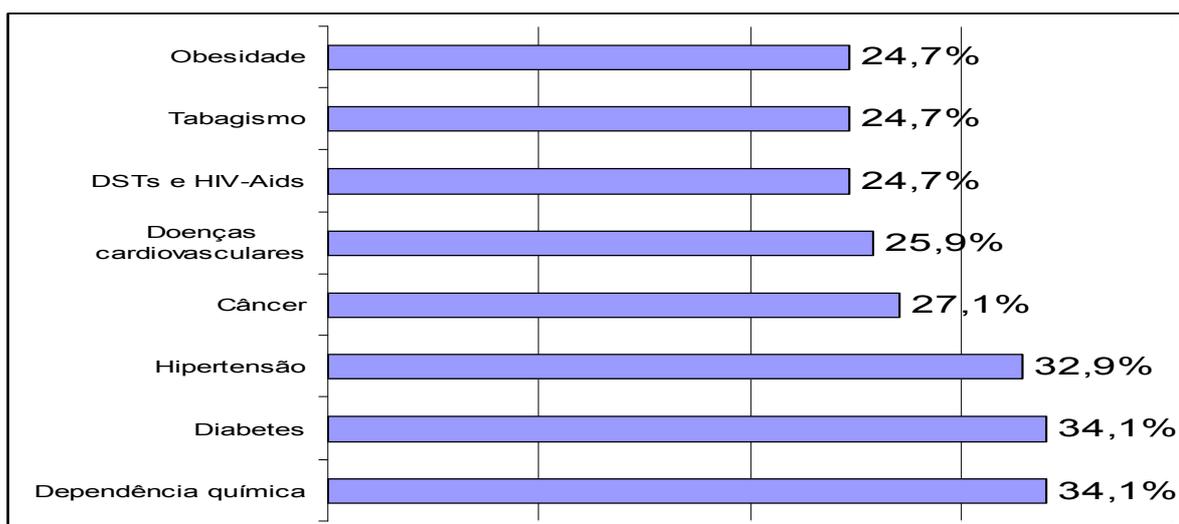


Figura 7 – Programas de atenção a portadores específicos desenvolvidos por autogestões – Unidas, 2001/2002

Fonte: UNIDAS, 2005, Pesquisa Nacional 2001/2002

²⁸ Pela experiência profissional adquirida em sete anos de atuação em entidade de autogestão, podemos afirmar ser fato comum a fiscalização pelos próprios usuários das contas apresentadas pelos prestadores por serviços em casos de utilização própria ou de familiares, característica que proporciona à autogestão um ganho extra no controle da qualidade e efetividade dos serviços contratados. A principal motivação dos usuários na prática desta ação é a continuidade do plano de saúde, tido como opção mais atrativa do que os outros planos disponíveis.

A Figura 7 traz os principais programas de atenção específica desenvolvidos pelas autogestões, cuja maior finalidade de promover a qualidade de vida dos envolvidos nos grupos trabalhados traz consigo um efeito positivo sobre a produtividade laboral dos participantes, menos afeitos ao absenteísmo ocasionado por motivo de ausência de saúde.

Além disso, ainda sob o aspecto ocupacional, nos casos em que as necessidades do usuário exigirem o emprego de recursos externos à entidade, a ampla cobertura do plano assistencial facilita às equipes de saúde a realização de parcerias com prestadores contratados.

Esta ação permite aos tratamentos em saúde desenvolvidos alcançar maior produtividade, pois amplia a quantidade e qualidade das informações sobre as condições de saúde e linhas terapêuticas já trabalhadas. Facilita a comunicação direta entre os profissionais envolvidos, tanto os pertencentes ao quadro funcional da autogestão como aqueles inclusos na sua rede credenciada, encurtando a jornada em busca da melhor alternativa ao atendimento das necessidades do beneficiário.

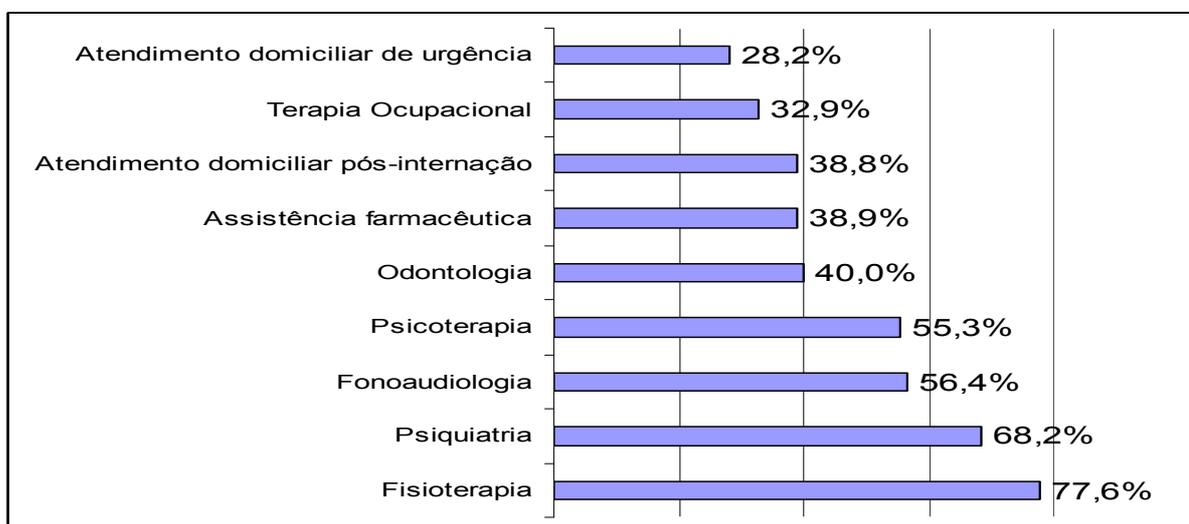


Figura 8 – Coberturas assistenciais específicas e outros serviços oferecidos por entidades de autogestão no Brasil – Unidas, 2001/2002

Fonte: UNIDAS, 2005, Pesquisa Nacional 2001/2002

A Unidas, entidade representativa das autogestões, realizou entre 2001 e 2002 pesquisa nacional que mapeou as coberturas ofertadas pelas autogestões, cujos dados são apresentados na Figura 8. Verificamos que expressivo contingente de autogestões oferece cobertura superior à exigida pela legislação, como nos casos de fisioterapia (77,6% das autogestões ofertam), assistência farmacêutica (38,9%) e psicoterapia (55,3%).

A autogestão, por estar totalmente focada no cuidado à saúde de público predeterminado, permite aos administradores operacionalizar com maior agilidade do que os planos ofertados no mercado as alterações que se fizerem necessárias para o aperfeiçoamento dos cuidados. Por exemplo, é possível direcionar esforços para otimizar os efeitos das ações de qualificação da saúde a partir da identificação de novas necessidades da população atendida a partir da análise dos resultados apurados com a execução do PCMSO. Esta iniciativa terá potencial para trazer reflexos positivos à qualidade de vida dos beneficiários e também quanto à diminuição dos custos potencialmente mais onerosos que normalmente acompanham a realização de tratamentos mais complexos, proporcionando assim um melhor resultado na assistência à saúde com um custo menor do que aquele auferido sem a utilização de ações preventivas.

Para ilustrar os benefícios da implantação de entidade de autogestão, citamos o exemplo histórico da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, a CASSI, criada em 1944 com o objetivo de permitir aos trabalhadores e suas famílias disporem de acesso a prestação qualificada de serviços em saúde, notadamente no interior do país, à época contando com atendimento muito precário se comparado com o atualmente existente.

De acordo com o Relatório de Administração de 2004, gozam de cobertura assistencial superior às exigências legais em torno de 735 mil vidas em todo o país. Destas, aproximadamente 280 mil são beneficiários dos planos destinados aos parentes até 3º grau dos associados e 51 mil gozam do benefício por intermédio de convênios de reciprocidade mantidos pela CASSI com outras autogestões. A pesquisa constante do relatório revelou que 83% dos beneficiários avaliam como razoável e suficiente a quantidade de serviços, sendo que 93% destes entrevistados consideraram-se satisfeitos com os resultados obtidos com os tratamentos médicos recomendados. Da parte dos prestadores de serviços credenciados, 93,9% acham

que a cobertura assistencial ofertada é adequada às necessidades dos usuários e 81,8% entendem possuir a empresa bom atendimento, agilidade, pontualidade no pagamento e boa remuneração. A satisfação registrada pelos agentes relacionados com a empresa e a clara indicação de expansão no setor com a comercialização de planos e contratação de convênios de reciprocidade, respectivamente, indicam o sucesso dos esforços despendidos até o momento e a criação de alternativa para o desenvolvimento da autogestão. Tal constatação está cristalizada na construção de novos caminhos capazes de impulsionar o crescimento da empresa e a conseqüente manutenção dos benefícios aos clientes vinculados.

O amplo conhecimento das condições gerais da população assistida pelas autogestões minimiza os custos advindos da assimetria informacional normalmente presente em planos formatados com o objetivo de captar clientes junto à sociedade. Problemas como seleção adversa são atenuados pela diversidade dos elementos presente no grupamento segurado com conseqüente diluição dos riscos envolvidos na operação, visto que a ligação primeira entre os mesmos e o plano de saúde é a sua condição de participante de determinado grupamento e não a busca de cuidados por aqueles portadores de saúde mais fragilizada, normalmente mais incentivados a adquirir planos de saúde do que a média das pessoas em uma sociedade.

Por outro lado, a autogestão por si só não consegue rebater as distorções de utilização dos serviços causadas pelo chamado risco moral. Esta modalidade foi a primeira a implementar mecanismos preventivos quanto ao uso desnecessário dos serviços, como a necessidade de autorização prévia para procedimentos de maior complexidade, exemplificadas pelas internações hospitalares, e a co-participação pecuniária do beneficiário para custeio de eventos menos complexos e de maior incidência (consultas médicas, exames laboratoriais e sessões psicoterápicas). Esta iniciativa estava justificada pela ausência da ambição pelo lucro e pela necessidade da busca de maior eficiência na utilização dos recursos, visto ser o objetivo maior a promoção da saúde do público atendido ao invés de simplesmente garantir suficiente margem de lucro na operação, o que seria possível simplesmente reformando os percentuais de contribuição dos participantes.

Os demais planos privados, por sua vez, reagem ao aumento dos custos repassando-os ao consumidor, que arcava com maiores gastos para a manutenção

de seu plano de saúde. Com a criação da agência reguladora, os reajustes das mensalidades dos planos passaram a ser controlados, dificultando o repasse do aumento da sinistralidade ao usuário. Dessa forma, o pioneirismo das autogestões tornou-se fonte inspiradora das demais operadoras, pois se constitui em alternativa minimizadora dos efeitos da alta dos custos para tratamentos em saúde ao para incentivar o bom uso dos serviços disponíveis por parte dos beneficiários.

As autogestões possuem uma entidade representativa com a finalidade de defender seus interesses comuns. A Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde) surgiu com a fusão do Ciefas e da Abraspe, instituições que originariamente representavam as autogestões, como forma de reforçar as potencialidades destas operadoras e evidenciar “[...] as potencialidades de um segmento que mantém exemplos bem-sucedidos de gestão e programas inovadores de prevenção de doenças e de promoção da saúde.” (UNIDAS, 2005, p. 42). A Unidas, entidade com caráter nacional e contando com superintendências em todos os estados do Brasil, tem assumido importante papel no cenário atual do mercado de saúde suplementar, participando de debates referentes ao mercado de saúde e o desenvolvimento do setor suplementar que dominam o momento atual, do qual se espera como resultado a melhoria nas condições de saúde e de vida da população nacional.

3.6 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

A compreensão do ambiente de negócios ao qual está vinculada determinada firma é de grande importância para que a mesma persiga suas ambições. Ao discorrer sobre o desenvolvimento ao longo do tempo do complexo de relações que se convencionou denominar mercado de saúde suplementar brasileiro, desfrutamos da oportunidade de melhor avaliar as razões que levaram ao cenário presente.

Da mesma forma, a análise acerca do momento atual traduz-se de significativa relevância para quem intenta atuar nesse mercado. As profundas

transformações patrocinadas pela nova legislação, iniciadas com a promulgação da Lei 9656/1998, podem ser consideradas ainda em curso devido ao vultoso contingente de usuários ligados a contratos formatados em período anterior ao do novo marco legal.

A partir do exame das origens do setor de saúde suplementar brasileiro, este capítulo sedimentou as bases para analisar detidamente o contexto atual desse segmento econômico, em especial os principais aspectos comuns às autogestões, identificando as principais características dos planos de saúde e a distribuição de beneficiários entre as diversas modalidades de operadoras. A existência de pequeno grupo de operadoras dominando a oferta de planos de saúde manifesta o caráter oligopolista do setor, condição que deve recrudescer dada a tendência de concentração no quantitativo de operadoras constatada em nosso estudo. Como conseqüência, parece-nos recomendável que a entrada de nova operadora de saúde deva ocorrer somente com o aporte de beneficiários em nível que permita o enfrentamento das crescentes adversidades à sobrevivência dos ofertantes de planos de saúde, reveladas pela alta nos custos com tratamentos e limites impostos pelo poder público para repasse dos mesmos ao público consumidor.

O capítulo comprovou que a regulação está mudando a cara do setor. Produto da desigual distribuição de forças entre os agentes ofertantes e demandantes de serviços em saúde, foi criada com a intenção de promover maior segurança aos demandantes ao estipular os cuidados mínimos constantes dos diferentes tipos de planos de saúde que a lei permite serem ofertados, bem como mitigar a presença de seleção adversa e limitar os mecanismos de prevenção ao risco moral. A idéia geral que lhe direciona os esforços parte da construção de mecanismos que promovam maior paridade nas relações e assim proporcionar condições que viabilizem o equilíbrio no mercado de saúde suplementar.

4. PROPOSTA PARA CONSTITUIÇÃO DE ENTIDADE DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE DO TIPO PATROCINADA

Em nosso trabalho, consideramos variável exógena a decisão por parte de uma organização de contar com serviços de assistência à saúde para seus integrantes e dependentes diretos. Assim, o objetivo deste capítulo é apresentar a constituição de uma autogestão em saúde do tipo patrocinada a partir das idéias incluídas na nova teoria da firma como alternativa qualificada para propiciar o usufruto dos cuidados em saúde de população adstrita.

4.1 INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO

O capítulo está dividido em sete seções, cabendo à primeira cumprir a tarefa de apresentação do mesmo. A segunda seção busca apresentar brevemente os aspectos legais envolvidos na constituição de uma autogestão em saúde. Na terceira seção estão apresentados os fundamentos da arquitetura organizacional sugerida e sua ilustração gráfica, além da caracterização do contexto sob o qual atuará uma nova autogestão em saúde.

A três próximas seções também analisam a arquitetura organizacional proposta neste trabalho. Contudo, os três pilares que sustentam a arquitetura

organizacional são desenvolvidos individualmente: a alocação dos direitos de decisão é o objeto da seção 4.4, enquanto que a definição dos sistemas de incentivos e de avaliação e monitoramento de desempenho estão na quinta e sexta seções, respectivamente. A última seção traz nossas conclusões a respeito das idéias desenvolvidas no capítulo.

4.2 ASPECTOS LEGAIS RELACIONADOS À CONSTITUIÇÃO DA ENTIDADE DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE DO TIPO PATROCINADA

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) publica em seu site um breve roteiro identificando as principais etapas que devem vencer os interessados em constituir uma autogestão em saúde, que pode ser operacionalizado sob o formato de uma operadora de planos privados de assistência à saúde ou ligado ao departamento responsável pelos recursos humanos da patrocinadora (UNIDAS, 2006). Como seu princípio está vinculado à manifestação da vontade dos participantes em gerá-la, a criação de entidade de autogestão em saúde deve ser aprovada em uma Assembléia Geral de Constituição, cuja ata deve ser registrada no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas e assim dar início sob o ponto de vista jurídico à entidade. A Assembléia Geral deve ser precedida pela publicação de Edital de Convocação direcionado à população interessada. Além da legitimidade proporcionada pela Assembléia à nova entidade, trata-se de evento fundamental para que a agência reguladora autorize o início das atividades da operadora que surge.

A Assembléia Geral de Constituição tem a importante missão de aprovar o Estatuto Social da autogestão, cuja validação estará dependente de registro no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas. O Estatuto será o responsável pelos regramentos gerais que regerão a atuação da nova entidade, pois é o documento onde estarão definidas as características gerais da autogestão, como os princípios que nortearão sua atuação, área territorial abrangida, objetivos e regras gerais a

serem observadas pelos beneficiários. No Estatuto também estarão discriminados os atributos que devem possuir os indivíduos candidatos a participantes, as regras de financiamento que permitirão a continuidade da operação¹, bem como as atribuições delegadas aos diferentes órgãos.

Cada plano de assistência criado pela autogestão terá seus parâmetros definidos em regulamento próprio. Neste regulamento serão discriminados os benefícios disponibilizados aos usuários, as formas de acesso aos serviços ofertados bem como a área geográfica que contará com a cobertura assistencial do plano. Ainda deverá ser especificada a forma e responsabilidades acerca do custeio das despesas de atendimento, indicando claramente as situações nas quais não contará o usuário com as benesses do plano de saúde contratado.

Após a regulamentação do mercado de saúde suplementar, qualquer pessoa jurídica que busque iniciar atuação neste setor deve observar as exigências da Agência Nacional de Saúde (BRASIL. MS. ANS, 2006). Submetida às exigências constantes da legislação específica do setor, o início das atividades de novas operadoras no mercado de saúde suplementar está condicionado à prévia autorização emitida pela agência reguladora. Como regra geral para novas inscrições, deve ser solicitado o registro das operadoras e dos produtos formatados e realizado o pagamento das taxas incidentes, evidenciando-se o tipo de atenção que será prestada e apresentando o plano de negócios e as garantias financeiras à continuidade das operações².

A agência reguladora de saúde suplementar faz outras exigências para o funcionamento regular de uma autogestão em saúde, que deve satisfazer aos requisitos para validar a eleição de seus administradores e formalizar a indicação de seu coordenador médico. Remessas mensais do cadastro de beneficiários e do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), preenchimento do Sistema de Informações de Produtos (SIP) e a elaboração da Nota Técnica de Registro de

¹ A legislação não exige da autogestão patrocinada o cumprimento das garantias financeiras constantes do regramento do setor. Contudo, faz ressalva sobre a necessidade da definição de regras particulares de financiamento pela própria entidade.

² Às autogestões patrocinadas estão reservadas algumas regalias quanto à extensão das obrigações anteriores ao começo de suas atividades. Para elas, não há necessidade de apresentação de garantias financeiras e tipo de atenção que será prestada.

Produto (no caso de inclusão de beneficiários sem vínculo empregatício) são outros exemplos de exigências a serem vencidas pelos aspirantes à condição de operadora de plano de saúde da modalidade autogestão patrocinada.

4.3 A ARQUITETURA ORGANIZACIONAL SUGERIDA

Primordialmente, é crucial o entendimento de ser a arquitetura organizacional algo maior do que a simples estruturação dos níveis hierárquicos que em conjunto formam o organograma de uma firma. Em linhas gerais, podemos presumir que a organização de qualquer atividade econômica envolve o desejo de extrair o melhor produto possível a partir dos recursos disponíveis ao menor custo que se puder atingir. Considerado o raciocínio anterior verdadeiro, é razoável supormos que ao desenhar corretamente a arquitetura organizacional de uma firma aumentaremos substancialmente as probabilidades de utilização eficaz das informações relevantes à tomada de decisões. Ao mesmo tempo em que o poder decisório estará delegado àquele em posição de tomar a melhor decisão, como garantias para que resoluções ótimas sejam efetivadas atuarão mecanismos recompensadores do comportamento produtivo e outros capazes de identificar a qualidade do desempenho dos colaboradores e fundamentar medidas corretivas para casos de resultados aquém dos esperados, com o fim de minimizar os custos de agência.

A decisão sobre o formato da arquitetura organizacional que uma instituição adotará na busca da concretização dos objetivos que dão sentido a sua existência pode ser qualificada como ponto fundamental inserido nas definições estratégicas da organização. Tendo por objetivo maior a maximização do valor da firma, a definição da arquitetura organizacional está condicionada prioritariamente à relação entre a estratégia organizacional e as exigências impostas pelo ambiente de negócios. Não devemos pensar a instituição de dentro para fora, mas sim de fora para dentro se a quisermos adequada ao atendimento das necessidades do público demandante. De fato, uma análise detalhada do comportamento habitual dos agentes intervenientes e

o modo que se processam suas relações é aspecto importante na definição da estratégia que conduzirá os rumos da firma no mercado escolhido para a operação. Em igual grau de importância nesta análise estão os papéis da tecnologia utilizada e das regras de regulação vigentes e sua influência na atuação dos agentes no mercado, particularmente em setor que experimenta forte ação regulatória como é o caso da saúde suplementar.

De maneira simplificada, podemos dividir os ambientes de atuação das empresas em dois extremos. No primeiro, temos ambientes onde há baixa exigência de uso do conhecimento específico por parte dos colaboradores, não existindo incentivo à alta administração de instituição atuante para aumentar os poderes quanto à tomada de decisões por parte dos funcionários. Contudo, no pólo antagônico temos outros ambientes onde há forte exigência de utilização intensiva do conhecimento específico detido pelos profissionais neles atuantes. Nesses casos, a alta administração das instituições recebe estímulos com vistas à delegação de autoridade aos demais níveis hierárquicos, possibilitando à instituição alcançar resultados mais expressivos em razão da melhor resposta dada às mutações do ambiente, conseguidos pela maior agilidade na tomada de decisão e posterior execução de ações.

O foco de nossa dissertação está no mercado de saúde suplementar, cenário que tradicionalmente é caracterizado pelo intensivo uso de conhecimento específico dos profissionais que dele participam. A conduta de médicos, apenas para ficar em um exemplo, é regida por código específico que contempla a necessidade da liberdade de atuação profissional em defesa das necessidades do paciente, mesmo que o tratamento recomendado seja contrário às vontades do empregador ou terceiro contratante dos serviços.

Complementarmente, a importância do uso de conhecimento específico transcende os casos onde seu domínio é marcado pela formação do profissional. Muito embora não apareça de modo tão cristalino quanto no caso dos profissionais da saúde, no campo administrativo também são possíveis ganhos advindos da exploração do conhecimento idiossincrático combinado ao conhecimento científico dos empregados. Saberá responder com maior agilidade e eficiência à solicitação de cliente o profissional responsável pela relação com o mesmo em detrimento ao presidente da organização, por exemplo, pelo simples fato de conhecer mais

profundamente as expectativas do cliente em relação ao resultado da prestação do serviço e compreender melhor as peculiaridades do desenvolvimento da tarefa. Evidentemente, aqui cabem considerações a respeito da importância relativa da demanda apresentada nos negócios da instituição, que pode exigir a participação da alta administração no desenvolvimento das atividades. Entretanto, mesmo nesses casos será interessante que o profissional detentor do maior grau de conhecimento específico a respeito da situação participe dos processos que levarão à tomada de decisões por parte da alta administração, pois este colaborador é o indivíduo com condições de repassar as informações que subsidiarão a escolha por caminho com maior possibilidade de otimização do resultado pela instituição.

Desse modo, a arquitetura organizacional projetada para nosso caso de criação de autogestão em saúde deve obrigatoriamente observar a necessidade de utilização intensiva do conhecimento específico por parte dos profissionais que lhe darão vida. A diversidade de formação dos indivíduos envolvidos e o grau de inovações tecnológicas existente, pontos com decisivo impacto na forma de atuação da entidade, indicam haver a necessidade da delegação de poder decisório para que a instituição conquiste os objetivos projetados. Os mecanismos que regularão o processo de transferência do poder de tomar decisões será objeto de análise da seção posterior.

A formatação sugerida para o modelo organizacional almeja proporcionar a realização dos objetivos estratégicos que nortearão as operações da autogestão com alto grau de produtividade. O atual panorama do mercado de saúde indica um recrudescimento da competitividade entre os diferentes segmentos ofertantes de planos de saúde a partir do impacto provocado pela regulação iniciada com a vigência da Lei 9656/1998 e sua influência nas atividades desenvolvidas por planos de saúde e prestadores de serviços bem como sobre as decisões de consumo dos beneficiários. Também devemos considerar a significância da adoção de novas e mais onerosas tecnologias para tratamento dos usuários, normalmente criadas com o objetivo de tratar situações de maior complexidade, mas que acabam forçosamente tendo seu uso difundido também para patologias cujo tratamento poderia ser levado a cabo com o apoio de tecnologias mais antigas (e mais baratas). Tal situação constitui-se em bom exemplo da ocorrência de risco moral, visto que

sem a cobertura financeira de um plano de saúde o usuário seria incentivado a fazer uso mais racional dos serviços a ele ofertados.

Os indicadores pesquisados junto à ANS atestam existir tendência de diminuição do número de operadoras atuantes no mercado de saúde suplementar. Desse modo, é razoável supormos que o quantitativo médio de usuários atendidos por operadora deverá crescer à medida que se confirmar a retração do número de operadoras ativas.

Entendemos que a constituição de uma autogestão será proporcionada também pela existência de número suficiente de beneficiários para promover o financiamento das atividades da entidade. Apesar de encontrarmos em grande parte das autogestões existentes um público assistido não superior a 10.000 pessoas, acreditamos que a criação de nova entidade desta modalidade deve estar destinada ao atendimento de público superior ao acima exposto, dando à organização maior poder de fogo para conquistar seu espaço em setor que convive com movimento de concentração do número de ofertantes. De fato, as novas exigências trazidas pela legislação vigente vieram acompanhadas da necessidade de ganhos de escala com vistas à aquisição de maior fôlego financeiro por parte das operadoras de saúde dada a ampliação da cobertura assistencial promovida.

Além disso, os custos com os tratamentos em saúde têm crescido a taxas superiores ao crescimento observado na receita das operadoras. A combinação destes dois fatores tem-se mostrado pernicioso às operadoras de saúde, cuja resposta tem sido um enrijecimento das relações com os prestadores de serviços contratados em busca de uma maior produtividade que compense ao menos em parte a pressão sentida com a dilatação dos custos. Assim, nesta dissertação trabalharemos com a recomendação de buscar trabalhar minimamente com população equivalente à média das populações atendidas pelas autogestões de mesmo porte no momento da criação da nova entidade como forma de prevenir-se dos riscos financeiros inerentes à atividade, resultantes principalmente da ocorrência de eventos de alta complexidade, grandes consumidores de recursos da entidade, evidentemente obedecidas as limitações legais quanto às possibilidades de agregação de novos beneficiários.

O relacionamento da autogestão com seus beneficiários deverá ser parametrizado por regramentos formalizadores da responsabilidade das partes

quanto ao financiamento da operação e o alcance dos benefícios projetados e o processo que deverá ser obedecido para usufruir os mesmos. As condições de acesso e permanência do indivíduo e seus dependentes ao plano de saúde ofertado, bem como a cobertura assistencial oferecida e as condições necessárias para o acesso aos diferentes procedimentos inclusos, devem ser abrangidas pela criação de regulamento particular do plano de saúde criado pela autogestão. As medidas constantes dos regramentos buscam evitar o fomento de problemas relacionados ao risco moral ou à seleção adversa. Contudo, seu alcance está limitado pela regulação setorial implementada pelo poder público.³

Outro ponto crucial é a definição da cobertura assistencial que se ofertará à população beneficiária. É característica das autogestões disponibilizar assistência médico-hospitalar em grau superior à média da cobertura ofertada pelas demais operadoras. Por outro lado, a ANS exige das operadoras responsáveis por planos de atendimentos médico-hospitalares o oferecimento do Plano de Referência, abrangendo, em linhas gerais, as consultas médicas, exames, tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais e as internações hospitalares, incluída a obstetrícia (BRASIL. MS. ANS, 2005a). Cremos ser apropriado na fase inicial da existência de nossa autogestão o oferecimento de plano de saúde com características idênticas ao Plano de Referência, podendo haver o acréscimo de tratamentos odontológicos com base em criterioso estudo de viabilidade desta expansão a partir do critério de maximização do valor da entidade. As características e as formas de acesso ao plano de saúde constituirão regulamento específico nos moldes relatados na seção 4.2.

As internações hospitalares serão realizadas em acomodações projetadas para duas pessoas, normalmente denominada pelos agentes do mercado como “quarto semiprivativo”. Poderá ser oferecida opção para acomodação privativa; contudo, o beneficiário deverá realizar contribuição superior à situação onde escolhe contar com acomodação semiprivativa em caso de internação futura. Ressaltamos que essa opção, apesar de à primeira vista ser frugal, irá impactar na remuneração

³ Como exemplo, as operadoras estão impossibilitadas de promover entre o público interessado em seus produtos seleção para formar sua carteira de clientes. Também há restrições para formatação de mecanismos inibidores do risco moral, estando os mesmos concentrados na participação fiduciária do beneficiário para determinadas coberturas e à prévia auditoria das contas hospitalares visando coibir excessos nas cobranças recebidas.

dos serviços médicos dada a tradição de duplicar o valor tabelado de honorários médicos em casos de internações em quartos privativos⁴. Complementando esse ponto, não há previsão da exigência de carências para beneficiários titulares e dependentes diretos, tendo em vista que a adesão compulsória dos indivíduos cobertos pelo plano de saúde minimiza a ocorrência de seleção adversa.

Devemos lembrar que a cobertura assistencial somente se efetivará com a participação de profissionais e instituições responsáveis pela complementação dos cuidados em saúde projetados pelo plano de saúde desenvolvido pela autogestão. A construção de adequada rede de prestadores de serviços é ponto-chave para o sucesso dos objetivos assistenciais da autogestão simplesmente pelo fato que a entidade não poderá realizar por si todos os procedimentos necessários para o desenvolvimento dos tratamentos de saúde. Por exemplo, a autogestão não se responsabilizará pela construção e manutenção de instituições hospitalares, apenas contratará os serviços disponibilizados por estas.

A rede de prestadores de serviços deverá ser quantificada de forma a atender satisfatoriamente as necessidades de atendimento da população e também as administrativo-financeiras, de conhecimento interno à autogestão. Em outras palavras, há necessidade da contratação de profissionais e instituições para prestar o atendimento adequado às necessidades de saúde da população vinculada à autogestão, preferencialmente no próprio município onde residam os beneficiários, observadas as necessidades por especialidades.

Por outro lado, não se recomenda a contratação indiscriminada de prestadores de serviços, defendida pelo imaginário popular de quanto mais, melhor. Uma rede contendo maior número de prestadores do que o ideal aumenta o custo administrativo da autogestão ao elevar os esforços da entidade ao gerenciar sua relação com os prestadores contratados. Além disso, a quantidade excessiva de prestadores pulveriza o atendimento aos beneficiários, resultando em reduzida média de eventos por prestador e conseqüente desinteresse deste pela parceria com a operadora.

⁴ Prevista inclusive na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), publicação cuja elaboração foi patrocinada pela AMB e parametriza os valores que deverão ser pagos aos médicos pelos serviços prestados.

Se tomarmos por verdadeira a idéia de que as agendas de atendimento dos melhores profissionais e instituições são mais disputadas porque eles têm sua capacidade reconhecida pelo público consumidor de serviços de saúde, podemos assumir também que estes prestadores reúnem poder para selecionar seus parceiros negociais e darão preferência àqueles que lhes apresentam maior retorno. Assim, uma rede de prestadores mal dimensionada incentivará os melhores profissionais a rejeitarem a realização de eventos patrocinados pela entidade mantenedora dessa rede, aumentando a importância relativa dos prestadores menos prestigiados nos cuidados em saúde da população assistida pela autogestão, o que pode majorar os riscos da operação.

A Figura 9 demonstra graficamente a arquitetura organizacional desenvolvida para nosso modelo de autogestão em saúde. Neste trabalho, a busca principal é pela viabilização de nova entidade de autogestão em contexto já existente. Desse modo, entendemos mais produtivo o aproveitamento do conhecimento acumulado pelos diversos anos de existência do modelo autogestão em saúde por entidades como a Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul (CABERGS) e Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), duas das principais autogestões com atuação no estado⁵. Assim, a construção da arquitetura organizacional partiu da exploração das estruturas vigentes nessas entidades, visando antes o aperfeiçoamento de estratégias administrativas aprovadas pelo mercado do que a adoção de novo caminho não testado e, conseqüentemente, possível gerador de maiores riscos à subsistência da nova entidade.

⁵ As informações utilizadas foram retiradas dos sites mantidos pela CABERGS (2006) e CASSI (2006). Devido ao foco de atuação regional e atendimento em nível nacional por intermédio de parcerias, utilizamos com maior ênfase o modelo da CABERGS. Salientamos que os modelos supracitados serviram apenas como base às idéias apresentadas nessa dissertação, não havendo compromisso por parte das entidades citadas com os resultados do nosso trabalho.

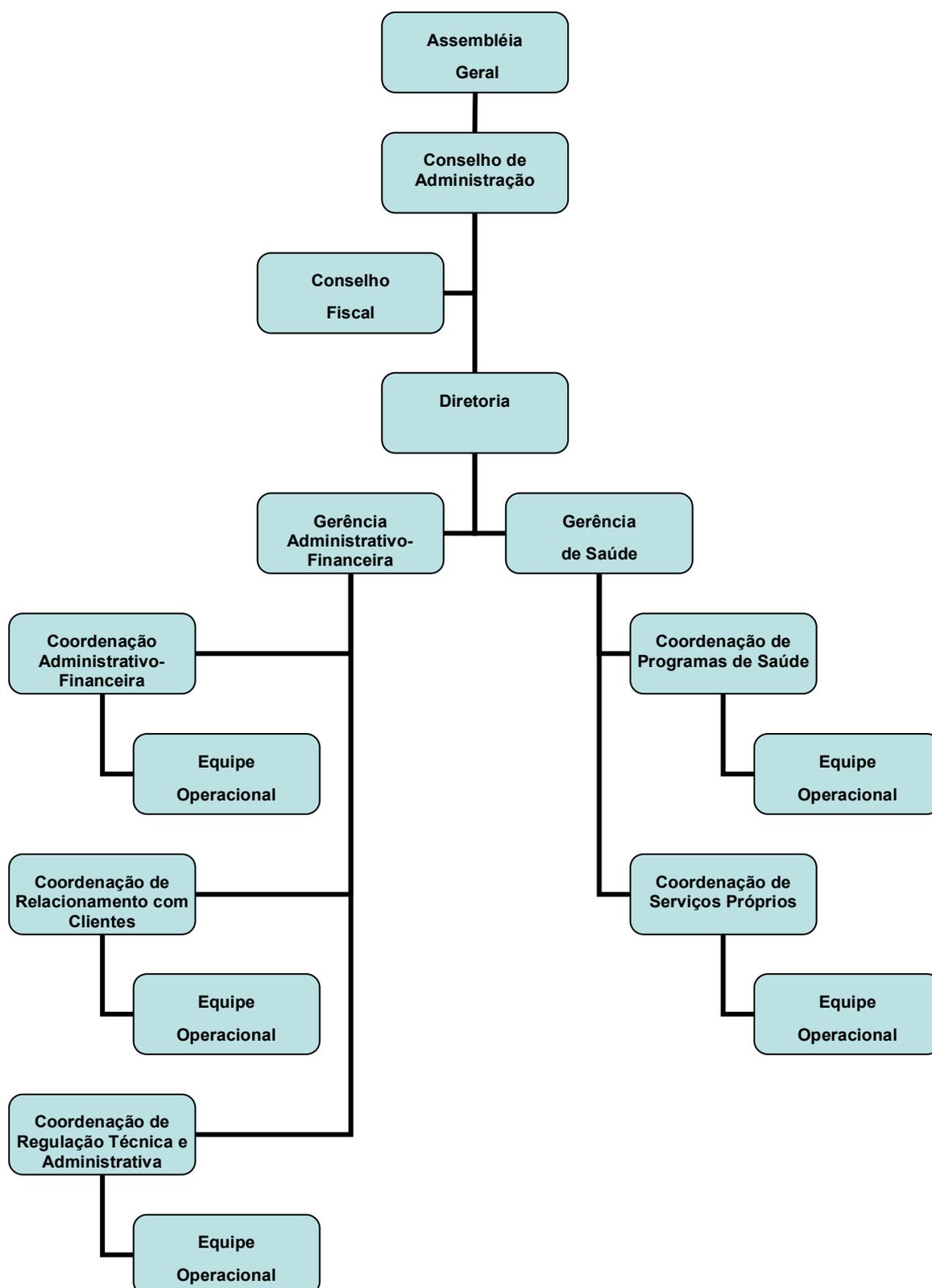


Figura 9 – Modelo organizacional sugerido para formatação de autogestão em saúde com atuação estadual

Fonte: Elaborado pelo autor.

A confecção do modelo ilustrado na Figura 9 procura estabelecer um formato que conceda à organização maior agilidade na tomada de decisões sem, entretanto, abrir mão do controle sobre o teor das determinações de seus integrantes. Em todos os níveis procurou-se estabelecer relações que aproveitassem ao máximo o conhecimento específico desejado aos ocupantes das posições dando-lhes liberdade para administrar as ações que conduzirão sua gestão. Contudo, não há infinitude na livre atuação dos profissionais, visto que se assim fosse seria grande a probabilidade de descoordenação entre os diferentes departamentos com razoável ameaça ao objetivo maior de maximização do valor da autogestão. Portanto, também está contemplado em nosso modelo o controle das decisões tomadas no âmbito da firma, a cargo do superior imediato na hierarquia desenhada.

Em termos simplificados, podemos separar os órgãos do modelo em dois grandes grupos. Inicialmente, temos aqueles cujas decisões incidem majoritariamente sobre assuntos de natureza estratégica: Assembléia Geral, Conselho de Administração e Diretoria. Todos os demais serão encarregados de deliberar sobre temas de cunho operacional, em sua maioria.

Esta divisão não implica na composição de dois grupos sedimentados. Apenas queremos demonstrar que haverá no modelo organismos com maior responsabilidade sobre a definição dos caminhos da entidade e outro cuja preocupação primária será a condução administrativa dentro dos cenários planejados sob o ponto de vista estratégico. Isto não quer dizer que os níveis considerados operacionais não tomem durante o desempenho de suas atribuições decisões estratégicas, mas sim que estão responsáveis em primeiro lugar pela operacionalização da estratégia definida pela alta administração da entidade.

Desse modo, ao conceber o modelo de arquitetura organizacional sugerido nesse trabalho, imaginamos a formatação de uma organização matricial onde a distribuição de tarefas em cargos e subunidades e o estímulo às interações entre titulares de conhecimento específico diverso surge como a alternativa ótima à maximização de produtividade e conseqüente geração de valor para a firma.

A Assembléia constitui-se na última instância decisória da entidade, de modo que suas deliberações atingem a todos os níveis da hierarquia organizacional. Obedecendo aos modelos de autogestão pesquisados, presumimos a participação nessas reuniões restrita a integrantes da população assistida que possuam vínculo

com o patrocinador na condição de empregados da ativa ou aposentados que, em decisões partilhadas com a entidade provedora, têm a competência de eleger membros efetivos e suplentes dos Conselhos de Administração e Fiscal, bem como deliberar sobre os rumos futuros da instituição⁶.

O Conselho de Administração possui o encargo de decidir a estratégia que adotará a autogestão como forma de atingir suas metas, além de impor limites sob os quais será encaminhada a administração da entidade. Por sua vez, o Conselho Fiscal, como já sugere sua denominação, está encarregado de fiscalizar os atos praticados pelos gestores da instituição, exercendo tipicamente o papel de polícia para legitimar as decisões tomadas no âmbito da empresa e assim sinalizar ao mercado o nível de excelência atingido pela organização.

A Diretoria representa o órgão cuja responsabilidade maior é a condução administrativa da autogestão, observadas as determinações e diretrizes exaradas pelo Conselho de Administração. Acreditamos que deva as funções desempenhadas pela Diretoria devam ser repartidas com as Gerências sob a forma de um Comitê Tático que, ao combinar esforços de profissionais detentores de conhecimento específico diverso, com privilegiado acesso a informações estratégicas e com poder para disseminar suas resoluções entre os demais membros, surge como alternativa para potencializar os ganhos de produtividade da instituição.

Com menos graus de liberdade para a tomada de decisões estão os Coordenadores, cuja atribuição principal é a administração das resoluções ordenadas pelo grau hierárquico superior. Enquanto isso, as equipes operacionais formam o grupamento com menor poder para emitir e colocar em prática juízos. Todavia, é importante salientar que estes dois níveis também contam com indivíduos com poder decisório relevante dentro da estrutura da entidade, mais facilmente vislumbrada pela natureza da função desempenhada como no caso de médicos ou analistas de finanças. Outro exemplo sobre o mesmo fator pode ser dado pela participação em grupos de trabalho montados com o objetivo de aproveitamento de conhecimento específico disperso na organização, que naturalmente oferecem aos

⁶ Em consonância com o disposto no Estatuto da Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul (CABERGS).

indivíduos a oportunidade de exercer maior encorpamento na influência sobre as decisões da organização.

4.3.1 A alocação dos direitos de decisão

O mercado de saúde suplementar atualmente pode ser visto como um bom exemplo da busca patrocinada pelas instituições no intuito de obter maior eficiência na utilização dos recursos que contam para fomentar sua produção, o que pode ser traduzido pelo desejo de crescimento dos benefícios produzidos sem que para isso haja correspondente crescimento nos custos envolvidos no desenvolvimento das atividades. Caracteristicamente, trata-se de setor com acentuado uso de mão-de-obra altamente especializada⁷. Dessa maneira, há incentivos para que muitas decisões sejam descentralizadas visando possibilitar à firma o aproveitamento de oportunidades potencialmente obstruídas no caso de decisões centralizadas e o conseqüente aumento no tempo de resposta aos incentivos.

A arquitetura organizacional em construção ao longo dessa dissertação, dessa maneira, possui como critério maior para distribuir direitos de decisão entre as diferentes posições que a integram o incentivo aos indivíduos do uso eficiente da informação relevante por eles detida em prol da maximização dos objetivos da instituição. O uso de todo o conhecimento especializado capaz de contribuir para o resultado deve ser encorajado, tornando a organização mais criativa e com maior poder de reação frente às ameaças apresentadas pelo mercado. Logicamente, não se efetiva um plano de alocação de direitos de decisão sem observar suas correlações com os sistemas de incentivos e de avaliação de desempenho, pois é a atuação conjunta dos três instrumentos que sustenta a arquitetura organizacional, não se podendo pensar nos efeitos resultantes da aplicação isolada de um sem imaginar como isso repercutirá sobre os demais.

⁷ Como ilustração dessa afirmação, há inúmeros cursos de formação especializada para profissionais de nível médio como Técnico em Radiologia, em Nutrição e em Enfermagem, entre outros. Para profissionais de nível superior, além dos tradicionais cursos de Medicina e Enfermagem, crescem as ofertas para cursos de Nutrição e de Administração Hospitalar que, apesar da denominação aparentemente restritiva, forma profissionais capacitados para atuar nas diversas instituições que compõem o mercado de saúde.

Contudo, o processo de delegação de direitos de decisão não deve ser automático. A iniciativa de centralizar ou descentralizar a tomada de decisão dependerá do reflexo da opção exercida sobre a função utilidade da firma. Antes de implementar a descentralização da tomada de decisão, faz-se necessária a realização de criterioso estudo visando a comprovação dos ganhos auferidos pela firma com essa ação. A descentralização da tomada de decisões em uma firma é um processo que deve ser cuidadosamente analisado pela alta administração, pois poderá trazer consigo tanto benefícios quanto custos. De modo geral, os benefícios surgem do uso específico de conhecimento local e a conseqüente melhor utilização do tempo da alta administração, além da oportunização de treinamento aos administradores locais, que pode ser visto como fator motivacional para formação dos futuros gestores da firma. Os custos para descentralizar decisões são oriundos dos gastos com sistemas de controle provocados por problemas de incentivos, por custos e falhas de coordenação e a utilização menos efetiva de informação central (BRICKLEY; SMITH; ZIMMERMANN, 2001).

Os benefícios da descentralização da tomada de decisões em relação ao modelo centralizado preponderam em situações onde se faz necessária a rápida adaptação da firma às variações do ambiente, ou seja, permite-se ao nível operacional a tomada de decisões sobre as atividades localmente desenvolvidas, possibilitando à alta administração focar-se em atividades eminentemente estratégicas. Nestes casos, os ganhos auferidos compensam a agregação de novos custos para controlar e recompensar empregados bem como para construir um sistema de comunicação capaz de inibir erros estratégicos advindos de desconhecimento das atividades desenvolvidas em outros departamentos e de informações importantes originadas na administração central. Nos casos em que os custos para descentralizar a tomada de decisões mostrarem-se superiores aos benefícios almejados obviamente será mais adequada a tomada de decisões centralizada.

Outra discussão envolvendo a tomada de decisão que apresenta grande relevância no mercado de saúde diz respeito à designação dos direitos de deliberação a equipes. A tomada de decisões pela equipe apresenta a vantagem de melhor utilizar o conhecimento específico disperso entre os diferentes profissionais com a finalidade de obter resultado superior àquele esperado com a decisão

individual. Além disso, quando participam de times tendo a missão de determinar os caminhos a seguir pela instituição, os colaboradores tendem a adquirir maior compromisso com o cumprimento das decisões estabelecidas pelo simples motivo de terem participado de sua construção, dotando as resoluções tomadas pelo grupo de maior força do que se fossem produto apenas de uma pessoa.

Todavia, não devemos tornar mágica a idéia de que “várias cabeças pensam melhor do que uma” e assim grupos sempre chegarão a melhores resultados do que indivíduos isoladamente: a designação do direito de decidir a um grupo não é uma panacéia e também envolve custos que devem ser assumidos se por esse rumo seguir a firma. Com efeito, as ações coletivas geralmente demoram a serem decididas e nem sempre promovem a solução mais eficiente. Há também o problema do carona, caracterizado pelo incentivo recebido por alguns indivíduos em deixar que o trabalho seja feito por outros, visto que dificilmente serão identificados em suas omissões. Assim, deve a firma optar por equipes em situações onde o conhecimento específico necessário para a tomada de decisões esteja disperso entre diferentes indivíduos e os custos de ação coletiva e o problema do carona sejam menos relevantes que os ganhos auferidos com o resultado do trabalho do time.

Outro aspecto de grande importância está relacionado ao controle e administração de decisões. Em artigo objeto de inúmeras referências sobre o tema, Fama e Jensen (1983) indicam que o processo para tomada de decisões divide-se em algumas etapas. A primeira chama-se Iniciação e abrange a proposição de idéias para construção dos contratos e uso dos recursos para na segunda fase, denominada Ratificação, fazer-se a escolha das iniciativas com maior probabilidade de sucesso e por essa razão implementadas. A Execução das decisões ratificadas constitui a terceira etapa ao passo que a fase final é intitulada Monitoramento e tem por finalidade a verificação do sucesso alcançado pela implementação das decisões e também promove a construção das recompensas destinadas à boa performance.

Os autores colocam como princípio básico que a administração e o controle de decisões devem estar alocados a pessoas diferentes no caso de os tomadores de decisões não reunirem condições para assenhorear-se dos efeitos sobre a riqueza de suas resoluções. Esta separação ajuda a compreender a hierarquia entre indivíduos em uma empresa, pois a iniciação e implementação de decisões são

monitoradas e ratificadas por ocupantes de cargos hierarquicamente superiores. Importante salientar que o argumento anterior é válido para uma mesma decisão, ou seja, é factível um indivíduo cometer ações de implementação e monitoramento de decisões desde que tais ações sejam direcionadas a decisões diferentes.

Em nosso modelo, dada a complexidade das atividades desenvolvidas por uma operadora de plano de saúde, recomendamos que os empregados integrantes das equipes operacionais e respectivas coordenações tenham sob sua responsabilidade a condução de tarefas especializadas buscando o melhor aproveitamento de suas capacidades e a minimização do gasto inicial com treinamentos. O alto grau de conhecimento específico também ordenará a definição das tarefas a cargo de uma posição e o agrupamento destas em departamentos. No modelo da Figura 3.1 temos uma clara divisão com base no conhecimento específico exigido ilustrada pela bipartição da estrutura em Áreas Administrativo-Financeira e de Saúde, sendo a primeira responsável majoritariamente pela condução das atividades administrativas e de relacionamento com prestadores de serviços e a última em maior grau pelos cuidados em saúde da população assistida, em que pese nossa sugestão de ao nível gerencial os profissionais buscarem maior interação entre si e com a Diretoria para diminuir os custos de coordenação e proporcionar maior produtividade às atividades desenvolvidas com participação das coordenadorias das respectivas áreas.

No entanto, é bem verdade que nossa sugestão possa ser insuficiente para evitar os efeitos perversos relativos à perda da noção de inserção da atividade desenvolvida individualmente perante o conjunto das atribuições que resulta no serviço prestado pela entidade aos clientes, externalidades negativas que podem acompanhar a realização de tarefas altamente especializadas. Para diminuir esses possíveis efeitos, entendemos importante o estabelecimento de grupos de trabalho constituídos paritariamente entre os departamentos envolvidos visando construir uma linha de ação para as atividades que serão disseminadas para realização no ambiente interno das coordenadorias, contemplando os aspectos necessários para chegar ao melhor resultado e que atuem como multiplicadores perante os demais membros. Pretendemos com isto difundir a idéia de haver por trás de um documento pessoas necessitando do auxílio da instituição para sanar suas carências em saúde, e somente com eficiente atuação de todos os departamentos, desde aquele que

inicia o atendimento e contando com o outro que formaliza convênios com prestadores de serviços, é que poderá o beneficiário ter suas aspirações atendidas.

4.3.2 A definição do sistema de incentivos

A implantação de um sistema de incentivos pode ser entendida como uma tentativa da firma em dirimir suas perdas advindas do conflito de interesses entre o empregador e os colaboradores, o que equivale a dizer que em organizações onde todos os indivíduos possuam objetivos alinhados não existem motivos para estabelecimento de incentivos.

Porém, cabe aprofundarmos nosso raciocínio acerca da relação entre a existência de conflito de interesses e a criação de sistema de incentivos. A bem da verdade, nos casos onde o desempenho funcional é plenamente verificável não se presume necessária a criação de incentivos, pois o contratante tem a possibilidade de identificar com segurança a performance alcançada por seus empregados, podendo inclusive remunerá-los proporcionalmente à produtividade individual. Em outras palavras, fica aberta a possibilidade de tornar o sistema de remuneração o maior dos incentivos ao instituir-se remuneração proporcional ao rendimento individual.

Com essa idéia, portanto, restringimos a validade da instituição de sistema de incentivos apenas aos casos onde os interesses patronais e dos empregados estão desalinhados e ao empregador torna-se preferível estimular aos colaboradores a adoção de postura mais produtiva devido aos altos custos envolvidos na identificação da performance individual. Sua necessidade justifica-se pela ausência de garantias que o indivíduo tomador de decisões o fará sempre em prol da maximização do resultado de seu empregador.

Entretanto, tal restrição não significa que a instituição de um sistema de incentivos encontra pouca aplicabilidade dentro das organizações. De fato, é considerável a gama de atividades econômicas onde a verificação do desempenho funcional dos colaboradores não é perfeitamente observável sem que para tanto incorra o contratante em custos de monitoramento.

Particularmente no objeto desse trabalho, a mensuração da performance profissional é fortemente influenciada pela percepção dos superiores hierárquicos devido à própria natureza das funções desenvolvidas. Como concluir que o atendimento médico realizado atingiu todos os propósitos desejados pela instituição? E como captar com precisão o grau de esforço empenhado pelos profissionais administrativos em suas atividades? Mesmo que seja possível encontrar mecanismos que levem a respostas precisas às perguntas acima, a tendência é que seu desenvolvimento agregaria custos adicionais à operação em grau suficiente para ensejar a busca de alternativas com melhor relação custo-benefício. Desse modo, estariam abertas as portas para a implantação de sistema de incentivos com capacidade para induzir aos agentes a adoção de comportamento alinhado aos objetivos da instituição desde que a custos inferiores do que aqueles que resultariam da segunda alternativa ótima.

Contudo, por ser a construção de uma autogestão em saúde a proposta elaborada nesse trabalho, temos limitado o poder para implementar incentivos. Se em grandes empresas atuantes no Brasil a grande ferramenta em termos de incentivo ao trabalho mais produtivo tem sido a oferta de prêmios vinculados a resultados contábeis positivos, o mesmo não se aplica a autogestões em saúde, entidades por definição sem fins lucrativos. Dentre as autogestões atuantes no mercado de saúde suplementar nacional prepondera a utilização de ferramentas tradicionais para estimular os indivíduos a obterem maior produtividade, exemplificada pela ascensão profissional, pelo patrocínio de cursos de aperfeiçoamento pessoal e pela punição representada pela demissão.

Para o caso em tela, defendemos a utilização das opções supracitadas. Contudo, visando que os indivíduos enxergassem tais medidas como verdadeiramente integrantes de uma política de incentivos, acreditamos que as regras que norteariam a adoção dessas medidas devem estar publicadas em local acessível a todos os colaboradores e, evidentemente, ser cumpridas. Caso contrário, acreditamos que o efeito proporcionado seria inverso ao desejado. Como exemplo, ao se negar a promoção de indivíduo reconhecidamente merecedor da distinção não apenas se estaria estimulando negativamente esta pessoa. Os demais colaboradores também receberiam a mensagem de que o trabalho duro não estaria sendo recompensado; logo, inexistiria motivos para sua prática. Similarmente, vale o

raciocínio para a concessão de bolsas de estudo e para demissões, neste último se considerarmos o fato de continuar empregado situação mais interessante do que a perda do emprego.

Adicionalmente, entendemos como viável o estabelecimento de uma política de premiação por metas atingidas para casos determinados. Para a implantação desta sugestão, deveria a autogestão estabelecer em seu planejamento propostas de caráter específico e respectivas metas dirigidas ao suprimento de necessidades verificadas e cujo atendimento não possa ser atingido pelos meios tradicionais. Outra opção seria a determinação de programa estabelecendo premiação aos indivíduos cujas idéias resultassem em ganhos para a entidade, com o objetivo de estimular o comportamento produtivo não apenas pontualmente e para tarefas sob sua responsabilidade, mas também com atenção à inserção da firma em seu ambiente de negócios. O indivíduo que gerasse à instituição um aumento de seu valor e fosse premiado estaria fortemente estimulado a alinhar seus objetivos com o da entidade, além de sinalizar aos demais que a organização está atenta à produtividade dos empregados e recompensa àqueles com desempenho destacado.

4.3.3 A definição do sistema de avaliação e monitoramento

A ferramenta de avaliação e monitoramento de desempenho age complementarmente ao sistema de incentivos como indutor da motivação necessária ao indivíduo para que este tome decisões em busca do grau máximo de produtividade nas atividades desenvolvidas. Desse modo, a definição dos instrumentos empregados na avaliação de desempenho funcional pode ser considerada o terceiro pilar do triângulo formado pelos princípios norteadores da formatação da arquitetura organizacional (naturalmente, os outros são a alocação dos direitos de decisão e o sistema de incentivos), o que significa que seu sucesso está condicionado ao êxito da interatividade conseqüente da aplicabilidade no ambiente da firma destes fatores.

A delegação aos agentes de poderes decisórios ocorre concomitantemente à indeclinável necessidade de acompanhamento dos resultados obtidos com as iniciativas dos colaboradores. Devido às características de alta utilização de

conhecimento específico no mercado de saúde, torna-se por vezes inviável ao Principal medir a produtividade dos agentes. Como mensurar os ganhos amealhados com o tempo despendido em negociações com prestadores de serviços ou com o atendimento pessoal a beneficiário à mercê de uma complexa teia de relacionamentos para alcançar seu objetivo pessoal? Por certo as respostas às questões anteriores respeitarão limites impostos por indicadores criados com a missão de antecipar o comportamento mais útil a partir de possíveis cenários. No entanto, dificilmente poderão calcular com pequena margem de erro o quanto uma decisão seria mais acertada do que suas alternativas.

Assim, entendemos que as particularidades das atividades desenvolvidas pelos profissionais atuantes no mercado de saúde suplementar, especialmente em entidade que busca primeiramente a satisfação de seus clientes em detrimento do lucro contábil como se pretende uma autogestão, levam à conclusão que a aplicação de avaliações objetivas reúne grande probabilidade de insucesso. Por outro lado, a adoção de modelos subjetivos para reconhecer a performance dos indivíduos também não é uma medida perfeita, pois dá margem a erros interpretativos por parte dos avaliadores e também reforça os chamados custos de influência.

Uma saída estaria na relativização da avaliação funcional em função dos resultados alcançados por indivíduos com atribuições similares, introduzindo o benchmark como ferramenta de medição de performance. Contudo, além de normalmente ser mais custosa a adoção desta opção, corre-se o risco de fomentar atitudes indesejadas como o boicote aos indivíduos mais produtivos e assim produzir desempenhos subótimos. A pergunta que surge é como, então, realizar uma justa avaliação da performance dos colaboradores de forma a obter resultados que espelhem dignamente a produtividade dos indivíduos.

A definição de formatação do sistema de avaliação e monitoramento de desempenho tem como critério básico identificar a performance dos colaboradores arcando para tanto com custos que tornem esta medida compensatória à firma. Evidentemente, não produzirá ganho algum o processo onde o custo de realização supera o resultado positivo dele esperado. Nos casos onde se despende alto para observar o produto do indivíduo deve ser repensada a sistemática que norteará a avaliação de desempenho, visto que os benefícios esperados do processo podem não recompensar o esforço de identificação do resultado. Ao deparar-se com fatos

dessa natureza, algumas instituições têm decidido pela adoção de proxies para medir o desempenho de seus líderes principais, como a rentabilidade obtida pelos departamentos sob jurisdição destes indivíduos.

Para a arquitetura organizacional da autogestão objeto dessa dissertação, o sistema de avaliação proposto busca mesclar atributos dos modelos de avaliação relatados nos parágrafos acima. Em sua construção há a constante preocupação de evitar o aparecimento de externalidades negativas como o comportamento oportunista dos colaboradores, usualmente vinculadas a medidas objetivas que não contemplam os interesses de longo prazo da firma. Para tanto, o princípio seguido é a adequação à delegação de poderes de decisão e ao sistema de incentivos, procurando a criação de um mecanismo que coadune os três pilares em prol da maximização do valor da instituição.

Todavia, a perfeita medição do desempenho de profissionais cujas tarefas agregam alta dose de subjetividade na análise de sucesso nos esforços empregados constitui-se em arranjo perseguido vorazmente por instituições de inúmeros segmentos da economia, mas ainda não alcançado. De fato, compreendemos que nossos esforços não avançaram a ponto de apreender os elementos que tornariam realidade uma ferramenta capaz de reproduzir fielmente a realidade da performance perpetrada no âmbito da entidade.

Assim sendo, buscamos apresentar sistema próximo aos utilizados pelas principais organizações no mercado analisado com a justificativa que ainda não encontramos em nossas pesquisas opção mais qualificada sendo utilizada por empresas cujos colaboradores realizam serviços caracterizados pelo uso intensivo de conhecimento específico. Restringimos nossa análise à avaliação individual da performance pela insubsistência de indicadores formais para avaliação do desempenho de equipes em entidades de autogestão em saúde. Entendemos pertinente o desenvolvimento deste tema, evolução projetada para discussão em artigo futuro.

Em nossas observações, encontramos avaliações focadas em observações pontuais e periódicas reunidas em formulários cujo preenchimento está sob a responsabilidade do superior hierárquico imediato e objeto de aval de um terceiro, geralmente integrante de escalão hierárquico acima do avaliador. A finalidade deste procedimento é relacionar parâmetros de desempenho e atributos pessoais

considerados importantes à função do avaliado, colocando o colaborador dentro de uma distribuição normal que o posicionará relativamente a seus pares.

O Quadro 2 reúne os principais fatores críticos de sucesso considerados relevantes à avaliação da performance dos integrantes da autogestão objeto dessa dissertação. Sua formulação tem por premissas o foco na confrontação entre os resultados obtidos e desejados sem relegar o caráter participativo das pessoas na contínua construção deste sistema, propósito vinculado ao objetivo de caracterização do processo como ferramenta desenvolvimentista do desempenho individual e não apenas como argumento convenientemente utilizado para justificar demissões. A condução da avaliação fica a cargo do superior hierárquico imediato ao avaliado e deve ser validada pela análise de um revisor responsável pelo controle dessa tarefa e assim dirimir possíveis custos de agência dentro do próprio processo que criado para inibi-los.

O grau de excelência do desempenho profissional será assinalado nas colunas de desempenho à direita no formulário, que será distribuído entre os graus Excelente, Bom, Razoável ou Insuficiente (sendo a primeira letra destas classificações o título das colunas de desempenho). Para obter uma performance excelente, deverá o avaliado atingir integralmente os objetivos propostos para seu cargo, ao passo que será considerado bom o rendimento de colaborador que atinge regularmente os objetivos propostos, muito embora deixe a desejar em alguns casos. A performance razoável será aquela que apresente baixo nível de atendimento dos fatores críticos de sucesso, enquanto que serão classificados como insuficientes desempenhos com alto grau de insucesso perante os objetivos delegados e que tenham capacidade de comprometer gravemente o desempenho geral do grupo ao qual está inserido dentro da arquitetura organizacional.

Quadro 2 – Fatores Críticos de Sucesso relacionados para avaliação do desempenho

Nº de ordem	FATOR CRÍTICO DE SUCESSO	DESEMPENHO			
		E	B	R	I
01	ALCANCE DE METAS				
02	CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM				
03	COMUNICAÇÃO				
04	LIDERANÇA				
05	QUALIDADE DO TRABALHO				
06	INICIATIVA				
07	ORGANIZAÇÃO				
08	ASSERTIVIDADE				
09	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL				
10	RESPONSABILIDADE				
11	COMPROMETIMENTO				
12	ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE				

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos modelos da Fundação Araucária (2006) e Fundação Oswaldo Cruz (2006).

Legenda: E – Excelente; B – Bom; R – Razoável; I – Insuficiente.

4.4 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

O capítulo demonstrou que para as firmas a maximização do ajuste produtivo não ocorre automaticamente como no caso dos mercados em geral, onde o sistema de preços exerce papel decisivo na promoção do equilíbrio ótimo. A alocação de recursos nas diversas entidades é feita com base em decisões administrativas, não necessariamente direcionadas à busca do melhor retorno aos negócios envolvendo a instituição.

Nossa interpretação sobre excelente alternativa para a obtenção da máxima produtividade dos recursos no ambiente interno às firmas aponta para a aplicação dos conceitos da arquitetura organizacional e seus três pilares de sustentação. A necessidade de utilização em maior ou menor grau de conhecimento específico é o

critério indicado para balizar o nível de delegação da alta administração do poder para tomar decisões aos demais empregados.

As particularidades do mercado de saúde suplementar, conforme visto neste capítulo, levam à conclusão positiva sobre a existência de incentivos para que o poder de decidir seja compartilhado com funcionários dos diferentes níveis hierárquicos em nossa proposta de arquitetura organizacional aplicada à autogestão em saúde.

Todavia, o simples ato de delegar autonomia para dirigir sua atuação profissional ao empregado não garante que este tome as decisões que a firma considere corretas. Há necessidade de exercer controle sobre o comportamento dos empregados para que as decisões tomadas estejam de acordo com o esperado pela alta administração. Para tanto, deve acompanhar a ação de delegação de tomada de decisões a formatação de sistema capaz de avaliar e monitorar o desempenho funcional, para o que formulamos uma ferramenta capaz de qualificar a performance individual com base na análise de fatores críticos de sucesso selecionados.

A preferência pela criação e manutenção de mecanismos de controle pode atingir custos que a tornem opção mais onerosa do que sua não utilização. Dessa maneira, como forma de promover o comportamento produtivo por parte dos funcionários sem incorrer em custos excessivos com ferramentas de controle, deve a instituição implementar sistema de recompensas que estimule o empregado ao comportamento ótimo, mitigando os custos com o controle das decisões.

Por fim, para que a arquitetura organizacional manifeste sua validade, ressaltamos a indispensabilidade de coordenação por parte da firma dos esforços envolvendo a delegação de tomada de decisões e a administração de sistemas de incentivos e de avaliação da performance. Se aplicados isoladamente, é bastante provável que tal iniciativa experimente rotundo fracasso, pois somado o resultado alcançado individualmente teremos um produto inferior ao resultado auferido com a ação conjunta dos três pilares que sustentam a arquitetura organizacional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista organizacional, as entidades recebem diferentes estímulos que acabam delineando suas estruturas. A partir do ambiente de atuação inserido, cada firma formará sua estrutura organizacional buscando como produto final a maximização de seus resultados. Uma das questões básicas que enfrentarão nessa busca será a minimização dos custos de transação, fator preponderante na determinação do tamanho da firma.

A arquitetura organizacional procura explicar a estruturação das firmas a partir da influência irradiada do ambiente de negócios ao qual se insere e da estratégia que norteará sua gestão. A arquitetura organizacional assumirá como critérios básicos à composição da firma a definição dos detentores dos direitos de decisão nos diferentes níveis hierárquicos e a sistematização de conjuntos de medidas visando monitorar o comportamento dos empregados e recompensar o desempenho do indivíduo que se mostre mais rentável.

O presente trabalho, ao nosso entender, valida a aplicabilidade de um modelo sustentado pela ótica da arquitetura organizacional à criação de entidade de autogestão em saúde como alternativa à contratação de planos oferecidos no mercado de saúde suplementar. Apoiamos nossa hipótese principal na premissa de que a elaboração de um plano de saúde próprio possui maior poder de agregação de valor à organização por permitir a criação de produto ajustado ao perfil da população atendida.

Além disso, entendemos que as despesas com os atendimentos em saúde podem estar em patamares inferiores às demais modalidades de operadoras

integrantes do mercado de saúde suplementar brasileiro. Afinal, não haverá a necessidade de remunerar o lucro da operadora e problemas ocasionados por informação assimétrica, como a seleção adversa, estarão minimizados pela predeterminação da população participante do plano de saúde, ilações afiançadas pela ausência de finalidade lucrativa e compulsoriedade de adesão ao plano por parte da população beneficiária.

No capítulo 2 demonstramos as implicações que as questões relacionadas à incerteza e à assimetria informacional podem ter, como a inviabilidade da obtenção de equilíbrio ótimo pela livre interação entre os diferentes agentes que compõem o mercado de saúde suplementar. Também estabelecemos que o comportamento individual é melhor explicado pelo modelo REEM de Jensen e Meckling, sob o ponto de vista econômico.

Neste capítulo comprovamos que o surgimento de firmas na economia é justificado pela magnitude dos custos de transação, tornando preferencial a opção pela internalização de etapas da cadeia produtiva, ou não. A análise da arquitetura organizacional, por sua vez, levou-nos à conclusão de que sua construção deve ser considerada como alternativa qualificada para maximizar os resultados da firma, desde que observado o ambiente de negócios ao qual está inserida e que a estratégia esteja definida respeitando o ambiente institucional e com foco no aperfeiçoamento dos resultados. Necessário salientar que acurado estudo sobre a forma de delegar decisões e a aplicação de sistemas que avaliem o desempenho funcional e permitam recompensar os empregados mais produtivos é ponto fundamental que deve se realizar anteriormente à formatação da arquitetura organizacional.

Em complemento à análise do anterior, o capítulo 3 objetivou explicar o ambiente de negócios que encontrará a autogestão em saúde em formulação nesse trabalho. A partir do exame de suas origens, podemos melhor visualizar os motivos que justificam a acentuada complexidade nas relações que caracterizam atualmente o mercado de saúde suplementar.

Resultado do objetivo governamental de promover maior estabilidade ao setor e assim gerar melhores condições para acesso e utilização de serviços de saúde por parte da população brasileira ao proporcionar regras mais claras e inibir a seleção adversa, o novo momento iniciado com a introdução de marco regulatório alterou

profundamente a realidade do setor, muito embora se possa afirmar inconclusa esta mudança no panorama setorial, pois ainda há considerável número de usuários ligados a planos de saúde anteriores às novas leis. Além disso, o próprio desempenho da agência regulatória deve experimentar impulso qualificatório, agora que conta com a experiência de 5 anos de atuação.

A partir da realidade encontrada na análise do mercado de saúde suplementar, formatamos nossa hipótese de recomendar a entrada de nova autogestão de saúde apenas com o lastro adquirido com a vinculação de quantitativo de vidas em nível similar à média observada nas demais operadoras de saúde. A justificativa está na alta nos custos com tratamentos, visto que um único caso com extrema utilização de serviços considerados de última geração em internações hospitalares persistentes pode trazer a insolvência à operadora, principalmente quando o poder público impõe limites para o repasse ao público beneficiário da alta crescente dos custos dos tratamentos de saúde.

No capítulo 4 formalizamos nossa sugestão para estruturação de uma autogestão em saúde com base na arquitetura organizacional como forma de maximizar os resultados almejados pela entidade. Diferentemente dos mercados, a alocação eficiente dos recursos produtivos não é automática, pois é originada em decisões administrativas influenciadas por outras motivações além da busca pelo melhor retorno ao negócio da empresa.

Estruturamos nosso modelo com base nos três pilares que sustentam a arquitetura organizacional: a delegação de poder de decisão, a definição de sistema de incentivos e de sistema de avaliação e monitoramento de performance. Obedecendo à lógica deste contexto, o critério utilizado para reunião de tarefas em cargos e subunidades e a conseqüente delegação de poder para tomar decisões por parte dos empregados foi a intensidade do conhecimento específico necessário para o desempenho satisfatório das tarefas.

Verificamos a necessidade de monitoramento das decisões tomadas pelos empregados, cujos custos podem ser mitigados com o ofertamento de recompensas para indivíduos que apresentem comportamento produtivo. Em outras palavras, irá a firma repassar aos empregados o poder de decidir com vistas à obtenção de maior produtividade que leve à maximização dos resultados da instituição.

No entanto, tendo em vista os indivíduos comportarem-se naturalmente em defesa de seus interesses, faz-se necessário exercer controle sobre tais decisões. Isto será feito através de sistemas de avaliação e monitoramento de performance, cujo dispêndio para manutenção poderá justificar a criação de um sistema de incentivos que leve os indivíduos a comportarem-se de acordo com o esperado pela alta administração sem a necessidade de monitorá-los.

Os esforços envidados na confecção deste trabalho não se pretendem encerrados. Sua realização pode ter assumido o papel de fonte inspiradora para estudos futuros versando sobre os diversos fatores que caracterizam o mercado de saúde suplementar. A título de idéias iniciais, surgem idéias para aprofundamento da análise das estruturas organizacionais das diferentes modalidades de operadoras, além da proposição de novas alternativas para composição de sistemas de incentivos e de avaliação de performance, individual e por times, pontos que percebemos merecer figurar como elemento principal de discussão em artigos e outros trabalhos científicos.

REFERÊNCIAS

AKERLOF, George. The market for lemons: quality uncertainty and the market mechanism. **Quarterly Journal of Economics**, v. 84, p. 488-500, 1970.

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998.

ALVES, Sandro. Estimando seleção adversa em planos de saúde. **Revista Economia**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 253-283, dez. 2004.

ANDRADE, Luciana; SABINO JUNIOR. O problema do risco moral no mercado brasileiro de assistência médica suplementar. **Análise Econômica**, Porto Alegre v. 22, n. 41, p. 241-266, mar. 2004.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: IPEA, 2003.

ARANTES, Luzia L. **Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde**: dimensionamento nos planos de assistência à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004

ARROW, Kenneth. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, v. 55, n. 1/2, p. 154-158, 1965.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php. Acesso em: 09 set. 2006.

BERBEL, José D. Sposito. **Administração de programas de autogestão em saúde nas empresas**: gestão e controles. São Paulo: STS, 2000.

BESANKO, David; BRAEUTIGAM, Ronald. **Microeconomia**: uma abordagem completa. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988. Disponível em: www.senado.gov.br. Acesso em: 30 mar 2006.

BRASIL. **Lei 9.656, de 03 de jun. de 1998**. Ementa da Lei. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 21 fev. 2006.

BRASIL. **Lei 9.961, de 28 de jan. de 2000**. Ementa da Lei. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 21 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução de Diretoria Colegiada n. 39, de 30 de out. de 2000**. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 15 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa n. 11, de 23 de jul. de 2002**. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 22 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa n. 77, de 17 de julho de 2001**. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 22 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **[Informações sobre beneficiários, operadoras e planos: dados do setor]**. ed. jun. 2005, competência: jun. 2005. Brasília, 2005b. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 02 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cobertura assistencial: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados**. 3 ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **[Site]**. 2006. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 10 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução n. 5, de 04 de nov. de 1998**. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 04 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução n. 15, de 29 de mar. de 1999**. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 04 abr. 2006.

BRASIL. Presidência. **Medida Provisória n. 2.177-44, de 24 de ago. de 2001**. Ementa. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em 22 fev. 2006.

BRICKLEY, James A.; SMITH, Clifford W.; ZIMMERMANN, Jerold L. **Managerial Economics and Organizational Architecture**. 2nd. ed. New York: Mac-Graw-Hill-Irvin, 2001.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL. **[Site]**. 2006. Disponível em: www.cassi.org.br. Acesso em: 02 fev. 2006.

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. [Site]. 2006. Disponível em: www.cabergs.org.br. Acesso em: 06 fev. 2006.

CAMPOS, Francisco; ALBUQUERQUE, Eduardo. As Especificidades Contemporâneas do Trabalho no Setor Saúde: Notas Introdutórias para uma Discussão. **Revista Econômica Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 97-123, jul./dez. 1999.

CECÍLIO, L. C. O. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de saúde no Brasil**. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003. Relatório parcial do projeto de pesquisa, produto 3. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 02 fev. 2006.

COASE, Ronald. The Nature of the Firm. In: WILLIAMSON, Oliver; WINTER, Sidney (Ed.). **The Nature of the Firm: Origins, Evolution, and Development**. New York: Oxford University Express, 1993, p. 18-33.

COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **A história da autogestão em saúde no Brasil**. São Paulo, 2000.

CONCEIÇÃO, Otávio. **Instituições, Crescimento e Mudança na Ótica Institucionalista**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 2001.

DUTRA, Rodrigo Stigger. **Entidades de autogestão em saúde: relação entre quantidade de novas adesões de usuários com preços praticados no mercado e renda real da população**. Porto Alegre, set. 2004. Artigo apresentado na disciplina Estatística Econômica Aplicada do Curso de Mestrado Profissional em Economia.

FAMA, Eugene F.; JENSEN, Michael C. Agency Problems and Residual Claims. **Journal of Law & Economics**, v. 26, p. 327-349, 1983.

FUNDAÇÃO ARAUCÁRIA. [Site]. 2006. Disponível em: www.fundacaoaraucaria.org.br. Acesso em: 20 set. 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. [Site]. 2006. Disponível em: www.direh.fiocruz.br. Acesso em: 20 set. 2006.

GAMA, Anete Maria. **Caracterização da Autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

GARCIA, Ricardo L. **A economia da corrupção: teoria e evidências : uma aplicação ao setor de obras rodoviárias no Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

GODOY, Márcia R.; SILVA, Everton N.; BALBINOTTO NETO, Giácomo. Planos de Saúde e a Teoria da Informação Assimétrica. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 9., 2004 : Uberlândia. **Anais [recurso eletrônico]**. Uberlândia: SEP, 2004. CD-ROM.

JENSEN, Michael C.; MECKLING, William H. The Nature of Man. **Journal of Applied Corporate Finance**, v. 7, n. 2, p. 4-19, 1994.

JENSEN, Michael C.; MECKLING, William H. Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. **Journal of Financial Economy**, v. 3, n. 4, p. 305-360, 1976.

LAZEAR, Edward P. **Personell Economics for Managers**. New York: John Wiley & Sons, 1998.

MACERA, Andrea; SAINTIVE, Marcelo. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil**. Disponível em: www.seae.gov.br. Acesso em 15 ago. 2006.

MACHO-STADLER, Ines; PÉREZ-CASTRILLO, J. David. **An Introduction to the Economics of Information**. New York: Oxford University Press, 1997.

MINOTTO, Ricardo. **A Estratégia em Organizações Hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

MONTONE, J. **Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em 5 jul 2006.

NADLER, D. et al. **Arquitetura Organizacional: A Chave para a Mudança Empresarial**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

NORTH, Douglass C. **Custos de Transação, Instituições e Desempenho Econômico**. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1998.

PINDYCK, Robert S.; RUBINFELD, Daniel L. **Microeconomia**. São Paulo: Makron Books, 1999.

PINTO, Luiz Felipe. **O setor de saúde suplementar: acesso e cobertura populacional**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

SILVA, Alceu A. **Relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços: um novo relacionamento estratégico**. Porto Alegre, 2003. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 25 mai. 2006.

SILVA, Alessandro N. **Mudanças Organizacionais e Estruturas de Incentivo: o Caso da RBS – no período de 1962 a 2002**. Dissertação (Mestrado profissional em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SILVEIRA, Carlos E. H. **Teoria Econômica e a Organização da Firma**. Trabalho de conclusão (Graduação em Ciências Econômicas) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. **[Site]**. 2006. Disponível em: www.unidas.gov.br. Acesso em: 08 set. 2006.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. **Autogestão em Saúde no Brasil: 1980 – 2005: História da Organização e Consolidação do Setor.** São Paulo, 2005.

WANICK, Alexey T. de Souza. **Seleção Adversa, Ajustamento Ótimo de Risco e Regulação de Contratos Individuais.** Disponível em: www.ipea.gov.br. Acesso em: 02 abr. 2006.

ZYLBERZSTAJN, Décio. **Economia das Organizações.** Disponível em: www.projetoe.org.br. Acesso em: 02 jun. 2006.